



Biomédica

ISSN: 0120-4157

biomedica@ins.gov.co

Instituto Nacional de Salud

Colombia

Rodríguez, Jorge; Torre, Alejandro De La; Miranda, Claudio T.

La salud mental en situaciones de conflicto armado

Biomédica, vol. 22, núm. Su2, diciembre, 2002, pp. 337-346

Instituto Nacional de Salud

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84309603>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## POLÍTICAS

### La salud mental en situaciones de conflicto armado

Jorge Rodríguez <sup>1</sup>, Alejandro De La Torre <sup>2</sup>, Claudio T. Miranda <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud, Guatemala.

<sup>2</sup> Programa de Salud Mental, División de Promoción y Protección de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE.UU.

Los autores destacan la importancia del tema en Latinoamérica, donde muchos pueblos han sido afectados por conflictos armados de larga duración y grandes grupos de población se han desplazado o refugiado. Se detallan algunas investigaciones realizadas y datos epidemiológicos que ponen de manifiesto el significado de las consecuencias psicosociales de eventos traumáticos de esta índole. Además de los trastornos psicopatológicos que aparecen como consecuencia del trauma, es necesario considerar otros fenómenos como el miedo, la aflicción, el desorden social, la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas. Se hace referencia a las lecciones aprendidas en los últimos años, así como a los retos enfrentados y a las perspectivas que se tienen para el futuro. Finalmente, se analizan las principales líneas de acción de un plan de salud mental en situaciones de emergencia, que serían: el diagnóstico preliminar, así como el incremento, la descentralización y el fortalecimiento de los servicios públicos de salud mental; también se subraya la atención psicosocial a los trastornos más prevalentes -con énfasis en niñez y juventud- por personal no especializado y la atención que debe desarrollarse por psicólogos o psiquiatras. Otros aspectos a tener en cuenta serían la educación comunitaria, capacitación, comunicación social, organización comunitaria, participación social, coordinación interinstitucional, flexibilidad, sostenibilidad y acciones específicas de acuerdo con las necesidades locales.

**Palabras clave:** conflicto armado, salud mental.

#### Mental health in armed conflict situations

Mental health is a serious problem in Latin America where many communities have been directly affected by armed conflict, communities in which large population groups have been displaced or have sought refuge. Research studies and epidemiological statistics are summarized to emphasize the psychosocial consequences of traumatic events associated with armed conflict. In addition to specific psychological disorders, other more generalized are considered such as fear, affliction, diseases, social disorder, violence and psychoactive substance consumption. Finally, the main points of a mental health plan for emergency situations are described which include the following: (1) preliminary diagnosis, (2) increase, decentralize and strengthen mental health public services, (3) psychosocial attention to the prevailing disorders - with emphasis on childhood problems, (4) initiate training and use of non-specialized personnel, and (5) identification of special needs requiring attention by psychologists and psychiatrists. Other aspects emphasized were community education, training, social communication, community organization, social participation, interinstitutional coordination, flexibility, sustainability, and specific actions in accordance with local needs.

**Key words:** armed conflict, mental health.

Correspondencia:  
Jorge Rodríguez  
rodrigoj@gut.ops-oms.org

Recibido: 04/06/02; aceptado: 09/10/02

Durante los conflictos armados, la salud mental tanto individual como colectiva, tiene alto riesgo de verse afectada no sólo de forma inmediata sino también a mediano y largo plazo, situación que se agrava por la poca atención que ha recibido. El

caos y la violencia -en sus diferentes modalidades- incrementan los riesgos de trauma psicológico y, de hecho, los conflictos armados no sólo generan muertes, heridas y discapacidades físicas, sino que también dejan huellas en la vida de las personas, las familias y la sociedad.

Los conflictos armados y la secuencia de sucesos que generan son considerados emergencias complejas que, en ocasiones, producen un colapso de las autoridades nacionales y locales. Esto conlleva la pérdida del control de la situación y la dificultad o imposibilidad de proveer apoyo vital y protección mínima a la población civil, convirtiéndose ésta en grupo especialmente vulnerable y actor pasivo del conflicto (1). Con base en las experiencias aprendidas, el enfoque del manejo de las emergencias complejas ha evolucionado hacia una nueva perspectiva que añade a la atención del daño el enfoque de gestión de riesgo, dirigido a eliminar o disminuir la probabilidad de sufrir daños.

Como nunca antes se había visto en la historia, en los últimos años muchas poblaciones han sido desplazadas en el contexto de conflictos armados; se estima que en el mundo existen, actualmente, 50 millones de desplazados (2). Como consecuencia, se producen cuantiosas pérdidas económicas y un aumento en la morbilidad psiquiátrica y los problemas sociales derivados de los desplazamientos. El tributo es aún más oneroso en los países en desarrollo donde la capacidad de hacer frente a estos problemas es limitada.

Un problema frecuente en salud mental es que las respuestas se basan en la atención psiquiátrica que sirve sólo a un número muy reducido de personas de la población afectada (3). Es claro que la exposición a eventos traumáticos puede producir un mayor nivel de angustia en cualquier persona e inclusive afectar a amplios grupos de la comunidad, que, en su gran mayoría, si bien no sufren en ese momento enfermedad mental alguna, sí están experimentando reacciones normales producidas por un evento significativo (4). Para apoyar estos grupos de población es necesario diseñar y responder con celeridad, desde el sector salud, con propuestas de intervención psicosocial dirigidas a prevenir los

potenciales daños en la salud mental ocasionados por los conflictos armados y desplazamientos subsecuentes, con el fin de que las personas recuperen su funcionamiento normal en el menor plazo posible.

Con el propósito de encontrar salidas a la situación descrita, la Organización Panamericana de la Salud, OPS, convocó a expertos a un taller en Bogotá, Colombia, en noviembre de 2001, en el cual se revisaron y analizaron diversas experiencias sobre atención psicosocial a los desplazados por la violencia. El presente trabajo resume las conclusiones de dicho taller, muestra los resultados de una revisión de diversos artículos sobre el tema y recopila otras experiencias. Se sintetiza así la posición del Programa de Salud Mental de la OPS, sobre la atención a la salud mental en situaciones de conflictos, con énfasis en la población desplazada.

En la revisión de la literatura no se encontraron suficientes estudios en la región de las Américas sobre los trastornos mentales en poblaciones desplazadas. Robert Kohn con ocasión de dos eventos considerados emergencias complejas (*El huracán Mitch en Honduras* y *Psicosis en poblaciones indígenas afectadas por la guerra de Guatemala*, ambas revisiones pendientes para publicación en 2002), señala: "con relación al estado actual de las investigaciones epidemiológicas en las emergencias, aunque existen excepciones, pocos tienen muestras grandes y representativas, grupos de comparación, medidas de resultados sistemáticas y fiables, análisis multivariados de los efectos de la exposición, inclusión de factores de riesgo conocidos y de modificaciones de los trastornos bajo estudio".

Lo anterior evidencia que no se dispone de suficientes estudios en este campo en nuestra región.

En Guatemala, país que sufrió un conflicto armado de más de tres décadas, la OPS realizó una investigación en 1998 (5), en la que se utilizaron técnicas cualitativas. Algunos de los hallazgos más significativos fueron:

- los problemas de salud mental aparecieron o se incrementaron durante y después de la guerra;

- actualmente, a la mayoría de las personas, especialmente en las zonas rurales e indígenas, les invade una sensación de frustración y desesperanza;
- en jóvenes de las zonas rurales afectadas por la guerra, se observó un incremento de las adicciones, en especial alcohol y tabaco; también, aunque en menor proporción, se observó inhalación de pegamento o gasolina, lo cual era prácticamente desconocido hasta entonces;
- la conducta suicida en jóvenes es un hecho relativamente novedoso en comunidades indígenas. Se evidenció que, a pesar de los motivos aparentemente banales de los actos suicidas, existía una gran desesperanza con respecto a su futuro, la frustración por no haber alcanzado los objetivos por los cuales lucharon sus padres o ellos mismos, además de la pobreza y el choque cultural que se produce con las costumbres mayas de sus comunidades. A eso se suman las influencias occidentales y la excluyente vida citadina que los impulsa a realizar este tipo de actos;
- durante el conflicto armado se trastornó la vida de las familias y se produjo una gran desconfianza entre las personas, la comunicación era pobre y había mucho miedo o temor. Las personas vieron o experimentaron situaciones muy traumáticas como muertes, violencia, torturas, masacres, desapariciones, etc. La gente se empobreció más y muchos perdieron su pequeño patrimonio. Apareció el fenómeno de proliferación de sectas religiosas (fundamentalmente evangélicas) en detrimento de las prácticas tradicionales (mayas) y de la propia religión católica;
- después del conflicto armado se han perdido muchas tradiciones y valores culturales propios del indígena guatemalteco; los 'ancianos no pudieron transmitir su cultura'. Se considera perniciosa la influencia de las 'costumbres de la capital' y la influencia de los medios de comunicación masivos. Hoy predomina, a juicio de los participantes en los grupos, el individualismo en vez de la solidaridad humana y muchos creen que tantas religiones han contribuido a dividir la población. Otros, por el contrario, insisten en la necesidad de recurrir

a la 'palabra de Dios' para enfrentar la problemática social actual. Se considera que hay muchas personas que aún tienen desconfianza y temor. En lo referente a los mecanismos de defensa que usaban las personas, se destaca que antes y durante el conflicto armado lo fundamental era la ayuda espiritual o religiosa y de familiares o amigos. Los mecanismos de defensa actuales dependen menos de las costumbres y tradiciones.

En otro estudio realizado con un grupo de personas desplazadas en Uganda (6), cuyo objetivo fue determinar la extensión del trauma e identificar los problemas de salud mental más frecuentes en personas desplazadas en los últimos años por los 'conflictos armados', se examinaron 100 adultos con edades comprendidas entre los 19 y los 65 años, con un promedio de 37,6 años, utilizando el cuestionario de trauma de Harvard (HTQ) (7), que mide la extensión del trauma en la población desplazada, acompañado de 'entrevistas de eventos vitales e historia social', el cual permitió demostrar que:

- 94% de las personas sufrieron trauma por la separación forzada de otros;
- 91% sufrieron trauma por la separación forzada de miembros de su familia;
- 83% tenían escasez de agua y alimento, y
- 32% sufrieron trastorno de estrés post-traumático.

El mismo estudio examinó 56 niños con edades comprendidas entre los 6 y 14 años, con un promedio de 11,2 años y encontró que 12 (20%) sufrieron trastorno de estrés postraumático.

### **Consideraciones sobre aspectos específicos**

#### ***Problemas psicosociales en situaciones de conflicto armado***

En algunos países latinoamericanos, a la situación de pobreza y marginación de amplios grupos humanos se suma el conflicto armado con su secuela de violencia y problemas psicosociales principalmente en las zonas rurales, donde las condiciones de riesgo son mayores (8). Ante la falta de apoyo real del estado en estas áreas, los pobladores han desarrollado mecanismos individuales de defensa. Estos mecanismos,

construidos a través de su ciclo de vida, además de las redes de apoyo familiar y social, son los que permiten a los pobladores afrontar las situaciones adversas de la vida. A continuación enunciamos los tres principales grupos de problemas psicosociales:

- desorden social, violencia y consumo de sustancias adictivas; incluye actos vandálicos y delincuenciales, rebeliones, demandas exageradas, abuso sexual, violencia intrafamiliar, etc.;
- el miedo y la aflicción como consecuencia de los daños y pérdidas o por el temor a la recurrencia del problema, y
- trastornos psicopatológicos o enfermedades psiquiátricas evidentes.

De lo anterior, se derivan tres enseñanzas:

- además de lo psicopatológico, lo que hay que tener en cuenta es la amplia gama de problemas con alto contenido social;
- ampliar el campo de competencia de los profesionales de la salud mental, y
- los problemas psicosociales pueden y deben ser atendidos, en gran proporción, por personal no especializado.

Al ampliar el campo de competencia de la salud mental se involucra otra gama de problemas psicosociales y no sólo lo referente a las enfermedades psiquiátricas. La aflicción, la violencia y el consumo de sustancias adictivas no se pueden enmarcar dentro de los límites de lo psicopatológico, pero son facetas del drama humano que es necesario comprender para contribuir a su solución.

Para enfrentar esta situación en Latinoamérica, es necesario buscar alternativas a la estructura de los servicios de salud mental. Actualmente, el servicio funciona con base en hospitales, con modelos tradicionales o de manicomios, ubicados en las capitales o grandes ciudades, donde se concentra una buena parte de los recursos de salud mental, dejando por fuera las poblaciones rurales y pequeños municipios. En el contexto de los conflictos armados, esta situación cobra mayor fuerza, dado que, como ya se mencionó, éstos afectan principalmente a los sectores rurales. La atención a dichos sectores, basada en la atención

primaria en salud (APS), es una alternativa necesaria y viable en este nivel, en el cual la oferta de servicios de salud mental y la disponibilidad de recursos especializados es muy limitada (9-11).

### ***Trastornos psíquicos más frecuentes en situaciones de conflicto o desplazamiento forzado***

A continuación presentamos aspectos sobre los cuales hay consenso y que deben tenerse en cuenta con las personas que sufren los conflictos armados o los desplazamientos forzados:

- lo primero que debe destacarse es que para un mejor desarrollo de la atención clínica a estos grupos humanos es necesario evitar las etiquetas diagnósticas, recordando que muchas de las manifestaciones hay que entenderlas en un contexto psicosocial más que como un proceso psicopatológico;
- se debe restringir al mínimo posible el uso de medicamentos; sólo se recomienda tratar con psicofármacos a las personas que persistan con sintomatología psíquica intensa o prolongada y que, posiblemente, requerirán una atención posterior especializada;
- las hospitalizaciones se deben reducir al mínimo y sólo se deben ordenar en casos estrictamente necesarios, después de una correcta evaluación psiquiátrica, y por el menor tiempo posible. De ser necesaria la hospitalización, se recomienda que se realice en hospitales generales para evitar la cronificación y la estigmatización.

Entre quienes sufren trastornos psíquicos, se encuentran los siguientes grupos:

- los que han sido pacientes psiquiátricos, cuya situación puede agravarse;
- los que tienen condiciones de riesgo previas;
- los que sufren cuadros reactivos secundarios;
- los que tienen una respuesta tardía, con manifestaciones diversas.

Los cuadros clínicos más frecuentes que se han observado son: reacciones de estrés agudo, trastornos depresivos o ansiosos, trastorno de estrés postraumático y el consumo excesivo de sustancias psicoactivas. (3,16)

De especial interés son los problemas que generan el alcoholismo y la violencia intrafamiliar. Tradicionalmente, estos aspectos han sido poco atendidos por el sector público y la capacidad para manejarlos y atenderlos ha sido muy limitada. El trabajo debe comenzar por hacerlos visibles y lograr que se ofrezca una respuesta básica inicial bien estructurada en las redes de atención primaria en salud.

Se espera que los tipos de intervención sean individuales, familiares, grupales y sociales. El trabajo en grupos tiene grandes ventajas, por lo que el personal especializado debe estar preparado para su organización y manejo.

### ***Poblaciones afectadas por desplazamientos***

En situaciones de conflicto armado se ven afectadas diversas poblaciones:

- las poblaciones que viven en territorios donde se desarrolla la guerra y están sometidas de manera sistemática a las vivencias del conflicto en toda su intensidad;
- las poblaciones que fueron víctimas de la violencia política, la cual ya ha finalizado, o lograron salir del epicentro del problema, y
- las poblaciones desplazadas como consecuencia del conflicto armado.

A los efectos prácticos de definir las etapas de la emergencia, nos referiremos fundamentalmente al tercer grupo (desplazados). En estos casos, se delimitan las siguientes etapas:

- emergencia propiamente dicha (30 a 90 días en los que se ha producido el desplazamiento): la población es sometida a amenazas u otras causales que motivan el desplazamiento. La etapa se caracteriza por una gran desorganización de la vida familiar y comunitaria; predominan las pérdidas y la sensación de confusión; se producen las primeras reacciones emocionales y conductuales ante la nueva situación;
- período poscrítico o de recuperación inmediata (6 meses), durante el cual la población desplazada comienza a visualizar el futuro (retorno, reasentamiento definitivo o nuevo desplazamiento) y a plantear soluciones a su problema; se producen reacomodos a la nueva situación y se comienza a trabajar para la recuperación definitiva, y

- período de recuperación definitiva, que puede extenderse hasta cinco años después del desplazamiento.

### ***Grupos de riesgo o alta vulnerabilidad***

A manera de guía general y acorde con las experiencias existentes (12,13), se recomienda tener en consideración a los siguientes grupos:

- grupos vulnerables de acuerdo con el ciclo vital;
- grupos vulnerables por padecer de trastornos psíquicos o físicos previos: trastornos psicopatológicos, alcoholismo y otras adicciones, discapacitados o portadores de enfermedades crónicas y sida;
- grupos vulnerables por las condiciones en que viven como consecuencia del conflicto armado: albergados, refugiados y desplazados, y
- grupos vulnerables por las labores desempeñadas durante la emergencia: personas que han desarrollado labores humanitarias y de asistencia.

### ***Lecciones aprendidas***

Las lecciones aprendidas están en relación con las experiencias, así como con los retos que se visualizan (2,3,6,10,11,13).

Debe disponerse de una unidad organizativa de salud mental en el nivel central de los ministerios de salud. El programa de salud mental del sector público debe preparar, probar y disponer de un plan de actuación en situaciones de emergencias.

Se debe fortalecer e incrementar la descentralización de los servicios públicos de salud mental, especialmente en los territorios más afectados por la guerra y poblaciones desplazadas y marginadas económica y socialmente.

Los hospitales no deben ser el eje fundamental de la asistencia psiquiátrica. Hay que capacitar a trabajadores de la APS, agentes comunitarios, voluntarios y maestros en forma sistemática en salud mental. También se debe capacitar al personal especializado en técnicas de psicoterapia breve y otras de carácter específico, así como extender el uso de procedimientos grupales.

Se debe considerar, como un principio básico en la filosofía de trabajo de un programa de salud

mental en estas condiciones, que toda la población está 'afectada en el orden psicosocial'. Esto se basa en la experiencia demostrada pos-conflicto armado de larga duración y, en particular, en un contexto de marcada pobreza.

No se debe separar a las víctimas del resto de la comunidad para su atención. Se deben desarrollar servicios de base comunitaria que cubran las necesidades de todos, lo cual no excluye que las personas con mayor riesgo puedan recibir una atención priorizada.

Hay que identificar en el ámbito local los problemas psicosociales de la población. Una experiencia importante es incorporar al trabajo facilitadores locales con conocimientos de la cultura e idiosincrasia comunitaria.

Es necesario fortalecer el 'acompañamiento humano' de carácter grupal en momentos significativos (emergencias, exhumaciones, etc.), como estrategia de abordaje comunitario que complementa las intervenciones clínicas.

Se debe dar prioridad a la atención a la población infantil utilizando, especialmente, la escuela y los albergues como plataforma de abordaje. La experiencia ha demostrado que las poblaciones adultas pueden ser difíciles de comprometer inicialmente; los mejores resultados se han obtenido con los niños, como punto de partida para las intervenciones.

Deben desarrollarse sistemáticamente actividades educativas sobre temas psicosociales dirigidas a grupos comunitarios.

Es necesario identificar y desarrollar intervenciones en grupos especialmente vulnerables, en particular, en poblaciones con alto nivel de pobreza.

El fortalecimiento de los sistemas de información en salud mental es de gran importancia, así como trabajar por una cultura de paz y convivencia armoniosa. Esta tarea es de especial interés para el sector salud, que puede y debe incorporarse.

Se debe superar el modelo de atención centrado en el daño, utilizado por algunos psiquiatras. Los problemas psicosociales como el alcoholismo, el consumo de otras sustancias adictivas y la

violencia intrafamiliar no están suficientemente insertados en el modelo de trabajo comunitario en salud mental. Los profesionales deben continuar recibiendo un adecuado entrenamiento para su prevención y atención; las instituciones deben visualizarlos como asuntos de su competencia e instrumentar modalidades efectivas de atención.

De todas maneras, se debe disponer en el nivel de atención primaria de psicofármacos gratuitos para pacientes de bajos ingresos.

A pesar del avance logrado sobre el valor y la conciencia pública en el tema de la salud mental, en muchos casos aún persisten el estigma y el mito de la locura, que no sólo se limita a la población general, sino que se extiende, en alguna medida, a los trabajadores del sector salud.

### **Hacia un plan de salud mental en situaciones de conflictos armados: líneas de acción**

La primera idea es que la preparación para atender a las personas desplazadas está determinada en gran medida por el grado de desarrollo que tenga un país o región en sus planes y servicios de salud mental con un enfoque comunitario. Tal grado permitirá abordar la situación de los desplazados con eficiencia y garantizar una continuidad y sostenibilidad de las acciones.

En todo plan de acción sugerimos mantener un enfoque de gestión de riesgo, que permita abordar el desarrollo de acciones de tipo preventivas dirigidas a:

- reducir al mínimo la aparición de daños psicológicos;
- preparar a la población y a los equipos de respuesta acerca de cómo actuar en la situación de la emergencia, y
- desarrollar acciones de comunicación social, educativas y de capacitación en condiciones de normalidad previas al evento, siempre que sea posible.

Ofrecer ayuda material en forma organizada fortalece los mecanismos de defensa de las personas, garantiza la seguridad personal y familiar y previene el riesgo de enfermarse y, por ende, disminuye el número de muertes.

Las líneas de acción se sintetizan a continuación (2,3,14).

### ***Diagnóstico preliminar***

Un diagnóstico preliminar debe ser rápido y operativo, hecho de manera simultánea con las primeras acciones desplegadas. Siempre será evolutivo y dinámico, ya que la situación psicosocial cambia en horas, días o semanas. En el diagnóstico preliminar, uno de los aspectos fundamentales será la identificación de los grupos de mayor riesgo psicosocial y su localización con el fin de dirigir acciones específicas hacia ellos.

### ***Incremento, descentralización y fortalecimiento de los servicios públicos de salud mental***

Una línea estratégica es la apertura y desarrollo de unidades de salud mental en las provincias o departamentos del país y en los centros de salud donde se implementan APS. A esto se debe añadir el desarrollo de unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales, lo que permitiría desconcentrar los servicios de internamiento, extraerlos del marco exclusivo de un hospital psiquiátrico y acercarlos a la comunidad.

### ***Atención psicosocial por personal no especializado***

El objetivo fundamental es el aumento del nivel de resolución psicosocial de este personal y la comunidad. En situaciones de emergencias, la participación de agentes comunitarios, trabajadores de salud de la APS y los voluntarios tienen un papel decisivo. Por lo general, son la primera línea de contacto con la población y los que van a llevar adelante la primera ayuda psicológica. Pueden ser muy eficientes y desplegar un alto grado de autonomía si han sido preparados adecuadamente; también, si provienen de las propias comunidades, estarán en mejores condiciones de comprender las necesidades de la población y el contexto sociocultural.

### ***Atención clínica especializada directa a casos con trastornos psíquicos***

Esta debe ser lo más cercana y accesible a la población, preferentemente en servicios de salud

mental de la APS o por equipos especializados de tipo móvil.

### ***Atención psicosocial priorizada a niños, niñas y jóvenes***

Por lo general, la infancia se aborda por dos vías: la familia o la escuela. Cuando no se dispone de recursos, la vía de la familia es compleja, por el número y dispersión de las mismas; además, el acceso al núcleo familiar en ocasiones se torna difícil por su resistencia y defensa a ser 'invadido' por un extraño. De ahí que, sin renunciar a la posibilidad de trabajar con la familia, recomendamos se privilegien las acciones desarrolladas mediante las escuelas, así como en los albergues o refugios (cuando éstos existan) (2,15,13).

Una de las estrategias básicas ha sido denominada 'niño-niño y niño-adulto', de manera que en su condición de 'promotores', los niños y niñas se conviertan en agentes de cambio y protagonistas del mejoramiento de su salud.

En el trabajo con jóvenes, se recomienda la identificación de los grupos de adolescentes organizados en el ámbito local, brindándoles apoyo y acompañamiento. En la medida en que ellos identifican sus propias necesidades psicosociales, éstas se abordan de manera conjunta; se deben favorecer las actividades deportivas, recreativas y culturales.

Cuando los niños y sus padres se convierten en refugiados o desplazados están enfrentando nuevas experiencias, como pueden ser la pérdida de familiares y de sus pertenencias, además de la separación forzosa y la incertidumbre. Todas estas situaciones repentinas alteran el sano crecimiento y desarrollo de un niño.

En el trabajo con niños desplazados (1,5,15) debe tenerse en consideración que:

- algunos niños pertenecen a familias vulnerables, por tanto, se deben identificar estas familias;
- muchos niños pueden estar solos; más allá de la pérdida de su familia y de su hogar, estos niños deben ser acompañados y animados a seguir adelante;



- se necesita revisar muy bien los antecedentes psicosociales de los niños; éstos pueden reflejar la cultura y las situaciones en las cuales ha vivido el niño.

### ***Educación a la población en salud mental***

La comunidad y, en especial, sus organizaciones y líderes deben recibir información educativa mínima sobre la problemática psicosocial. Son puntos vitales el saber identificar precozmente la amplia gama de reacciones psicológicas que pueden presentarse, la diferenciación de lo evidentemente patológico y el aprendizaje de algunas medidas simples para el afrontamiento de estas situaciones.

### ***Comunicación social***

Las estrategias de comunicación social son esenciales para evitar o reducir el miedo y la aflicción de la población. Debe asesorarse y recomendar a los líderes y autoridades del gobierno y la sociedad para que actúen, mediante sus declaraciones públicas, transmitiendo calma y reduciendo el temor y la incertidumbre. La información se genera en diferentes niveles, desde el nacional y los medios de comunicación de masas (radio, prensa y televisión) hasta los grupos comunitarios y la comunicación cara a cara.

### ***Desarrollo de los recursos humanos***

La capacitación se diseña como un proceso sistemático y en cascada que facilita la transferencia de tecnología. Es importante capacitar de forma rápida y efectiva a los voluntarios, agentes comunitarios, trabajadores de la atención primaria, personal de albergues y refugios, así como a los maestros. Es necesario garantizar la actualización, continuidad y sistematización de la capacitación.

Los planes de capacitación para la actuación en salud mental en situaciones de desplazamiento deben desarrollarse en el período de normalidad, o sea, previo a la ocurrencia de cualquier evento de este tipo. Un principio importante es que la capacitación debe ser específica según niveles de atención y grupos a los cuales va dirigida. Los abordajes difieren, por ejemplo, cuando se trabaja con médicos a cuando se capacita a voluntarios.

### ***Organización comunitaria y participación social***

Es necesario favorecer la organización comunitaria y la participación de la población como entes activos y no sólo como receptores pasivos de ayuda; o sea, convertir a la gente en protagonistas de su propia recuperación y la de otros.

Los proyectos productivos son una estrategia de recuperación psicosocial (11). Las actividades productivas generan autonomía y opciones de retorno, reubicación o asentamiento; pero, fundamentalmente, conducen a la rehabilitación de las personas y la estabilización social. La organización comunitaria se articula con las actividades productivas y éstas, a su vez, fortalecen la estructura social. No sólo tienen una función económica, sino que fortalecen la capacidad creativa y asociativa y establecen un entramado de relaciones con el entorno inmediato.

### ***Coordinación interinstitucional***

Es importante la conformación de grupos de trabajo interinstitucional como instancias coordinadoras. En el ámbito local, se deben desarrollar acciones en estrecha relación con organizaciones comunitarias (red local).

### ***Coherencia de las acciones de salud mental con el plan de emergencia del sector y el Estado***

La asistencia psicosocial se debe enmarcar en las medidas generales de ayuda a la población. Los planes de salud mental deben coincidir con los programas de emergencia del Estado y, en especial, del sector salud.

### ***Sostenibilidad y continuidad de las acciones***

Para que las intervenciones sean sostenibles en el tiempo es indispensable partir de la necesidad real y sentida que surja de la población afectada y no de un paquete prediseñado por agentes ajenos a la comunidad.

### ***Acciones específicas de acuerdo con las necesidades locales***

Una de las estrategias es la flexibilidad y adecuación de los planes a las condiciones y necesidades de cada territorio.

## Retos y perspectivas

En Latinoamérica y el Caribe no hay psiquiatras u otros profesionales de la salud mental suficientemente entrenados para atender el número de individuos afectados en situaciones de emergencias complejas, como son los conflictos armados. Por otro lado, no parece conveniente ni necesario que la mayoría de los problemas de salud mental reciban una atención medicalizada; por esto, resulta estratégico el concepto de transferencia de tecnología, lo que permitirá que el especialista actúe como multiplicador (17).

Un reto que se impone a muchos países con déficit de recursos humanos es la desconcentración de los recursos hacia la APS. Para esto es necesario desarrollar programas de formación de este personal, con una visión comunitaria. Ahora bien, un riesgo frecuente es que los servicios especializados se trasladan al nivel comunitario de forma vertical sin relación alguna con la red de APS. Es necesario enfatizar la necesidad de la integración horizontal.

La participación e integración de la medicina tradicional en la oferta de servicios de salud mental ha sido limitada; si bien se realizan esfuerzos localizados, éstos requieren de difusión y, en algunos casos, de una adecuada validación.

La cooperación técnica de la OPS y de otras agencias nacionales e internacionales tiene, a nuestro juicio, desafíos importantes:

- colocar en un lugar prioritario el tema de las consecuencias psicosociales de los conflictos armados, brindando asesoría técnica para enfrentar esta problemática;
- desarrollar la coordinación multisectorial e interinstitucional;
- la difusión de información y el intercambio de las experiencias y lecciones aprendidas, y
- apoyar los procesos de formación y recalificación del personal.

El camino está abierto y el tema de la salud mental en situaciones de emergencias complejas ya aparece en las agendas de los gobiernos y la sociedad civil. El reto es contribuir al avance y reorientación de los servicios de salud para dar respuesta a esta problemática.

## Referencias

1. **World Health Organization, Department of Mental Health.** Social change and mental health, tool for rapid assesment of mental health needs of refuggees and displaced populations and resources in conflict and post-conflict situations. Geneva: World Health Organization; 1999.
2. **Organización Mundial de la Salud.** Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS; 2001.
3. **Summerfield D.** War and mental health: a brief overview. *BMJ* 2000;321:232.
4. **World Health Organization.** Mental health of refugees. Geneva: World Health Organization; 1996.
5. **Rodríguez J, Bergonzoli G, Levav I.** Violencia política y salud mental. Guatemala; 2000 (inédito, pendiente de publicación).
6. **Peltzer K.** Trauma and mental health problems of Sudanese refugees in Uganda. *The Central African Journal of Medicine* 1999;45:5.
7. **Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Lavelle J, Tor S, Yang T, Chan S, et al.** The Harvard trauma questionnaire: validating a cross cultural instrument for measuring torture, trauma and post traumatic stress disorder in Indochinese refugees. Cambridge: Harvard University Press; 1992.
8. **Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.** Intervención con base en la comunidad para mitigar los efectos adversos en salud mental por eventos traumáticos en tres países centroamericanos. Managua, Nicaragua: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
9. **Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.** La salud en las Américas. Publicación Científica No. 569. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1998.
10. **Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.** Declaración de Caracas. Washington, D.C.: OPS; 1991.
11. **Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.** El Programa de Salud Mental de la OPS, reunión del Consejo Directivo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1998.
12. **Miranda C, Rodríguez J, De la Torre A.** La salud mental en situaciones de conflictos armados. En: *Memorias, Salud mental en emergencias complejas*. Bogotá: OPS; 2001.
13. **Organización Panamericana de la Salud.** Salud mental en emergencias complejas. Bogotá: OPS; 2001.
14. **Rodríguez J, Ruiz P.** Recuperando la esperanza. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud; 2001.

15. **Organización Panamericana de la Salud/Oficina Humanitaria de la Unión Europea.** Lineamientos básicos para la atención psicosocial a poblaciones desplazadas como consecuencia del conflicto armado en Colombia. Bogotá, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2001.
16. **World Health Organization.** Trastornos mentales y del comportamiento: criterios diagnósticos de investigación. CIE-10. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1993.
17. **Miranda C, Rodríguez J.** Atención y servicios psiquiátricos en América Latina y el Caribe. En: Imágenes de la psiquiatría latinoamericana (en prensa).