

Medidas generales de evacuación de enfermos mentales hospitalizados en situaciones de desastres. Revisión de la bibliografía y sugerencias

Valerio Villamil Salcedo,¹ Alejandro Molina López²

Artículo original

SUMMARY

Around the world, natural and man-provoked disasters cause the migration of big human groups, mental disorders -such as post-traumatic stress disorder-, and economic losses. It has been estimated that each year 130 disasters of different nature occur in the Americas and that 67% of the hospitals and clinics are located in high risk areas. For this reason, the World Health Organization considers that disaster prevention, risk reduction, preparations, and recovery are activities which form a continuous cycle. In the light of this, it has developed the "Safe Hospital" program and the "Hospital Safety Index", two tools to evaluate the functionality of hospitals and the probability that they continue working in the case of disaster.

This paper makes a brief practical review of the general evacuation measures for the mental patients of a psychiatric hospital as this is a highly vulnerable population given to causes which are intrinsic and extrinsic to mental illness. These measures include: the right moment to make the decision to evacuate a psychiatric hospital, the way to carry this out, evaluating patients requiring an immediate evacuation, evaluating pre- and post-sinister treatment, medical drugs supply, who will be responsible for the evacuation, the place where patients will be transferred taking into account the duration of the catastrophe, patients identification, the information which will be provided to relatives, the supervision of life in the shelters, and patients return at the end of the catastrophe.

Finally, the paper suggests some elements to be considered for prevention, as well as some actions to evacuate a psychiatric hospital in the face of disaster situations.

These are not exclusive for this population for they can be applied to other vulnerable groups, such as children and the elderly.

Key words: Evacuation, disasters, mental patients, psychiatric hospitals.

RESUMEN

Alrededor del mundo, los desastres naturales y los provocados por el hombre causan la migración de grandes grupos humanos, trastornos mentales como el estrés postraumático y pérdidas económicas. Así, se ha calculado que cada año ocurren 130 desastres de diferente naturaleza en las Américas y que el 67% de los hospitales o clínicas están en zonas de alto riesgo. Por tal motivo, la Organización Mundial de la Salud considera que la prevención de los desastres, la reducción del riesgo, los preparativos y la recuperación son actividades que forman parte de un ciclo continuo por lo que ha desarrollado el programa de "Hospital Seguro" y el "Índice de Seguridad Hospitalaria" que son herramientas para evaluar la funcionalidad hospitalaria y la probabilidad de continuar en funcionamiento en casos de desastre. El presente artículo hace una revisión breve y práctica de la bibliografía sobre las medidas generales para la evacuación de los enfermos mentales de un hospital psiquiátrico ya que es una población altamente vulnerable por causas intrínsecas y extrínsecas a la enfermedad mental. Estas medidas incluyen: el momento adecuado para tomar la decisión de evacuarlo, la forma de hacerlo, seleccionar a los pacientes que requieren una evacuación inmediata, evaluar el tratamiento antes y durante el siniestro así como el abastecimiento de los medicamentos, quiénes serán los responsables de la evacuación y el lugar donde serán trasladados tomando en cuenta el tiempo que durará la catástrofe; la identificación de los pacientes y la información que se deberá dar a sus familiares, así como la supervisión de la vida en los albergues y su retorno cuando culmine el evento catastrófico. Finalmente sugiere algunos elementos a tomar en cuenta para la prevención y acciones para evacuar un hospital psiquiátrico ante dichas situaciones las cuales no son exclusivas para esta población sino que también pueden aplicarse a otras poblaciones vulnerables como niños y ancianos.

Palabras clave: Evacuación, desastres, enfermos mentales, hospitales psiquiátricos.

¹ Subdirección de Investigaciones Clínicas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

² Servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Correspondencia: Dr. Valerio Villamil Salcedo. INPRFM. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México, DF. E-mail: valemil_2000@yahoo.com

El Secretario General de las Naciones Unidas declaró el 8 de octubre de 2008 como Día Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales, debido a que en los últimos años se ha intensificado la presencia y las consecuencias de los fenómenos naturales (hidrometeorológicos y geológicos) y antropogénicos (químico-tecnológicos, sanitario-ecológicos y socio-organizativos). Los ejemplos abundan: el terremoto en Pisco, Perú, el 15 de agosto de 2007; en China, el 12 de mayo de 2008; en Haití, el 12 de enero de 2010 y en Chile, el 27 de febrero del mismo año; el tsunami en Sumatra en 2006 y el de Japón en 2011; las inundaciones provocadas por los huracanes Katrina, Stan y Wilma en 2005 y 2007; las inundaciones por lluvias intensas en los Estados de Tabasco y Chiapas, México, en 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012; y los conflictos bélicos en el Medio Oriente. Todos estos eventos generaron movimientos migratorios de áreas rurales a áreas urbanas (incluso a otros países) y, por ende, el desplazamiento de grandes grupos humanos hacia lugares más seguros o con mayor infraestructura física.¹⁻⁴ Aunque existen cifras oficiales de los damnificados y muertos por estos eventos catastróficos, los datos no reflejan el daño a la salud mental de estos sujetos.

Cada año ocurren en la región de las Américas cerca de 130 desastres de distinto orden de magnitud y se calcula que 73% de los habitantes y 67% de las clínicas y hospitales de los 19 países de la región se encuentran en zonas de alto riesgo.⁴

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) reconocen que la prevención de los desastres, la reducción del riesgo, los preparativos y la recuperación son actividades que forman parte de un ciclo continuo. El Programa "Hospital Seguro" ha definido éstas acciones como etapas: antes, durante y después de un desastre.⁴

Un Hospital Seguro se define como "Un establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad instalada y en su misma infraestructura inmediatamente después de un fenómeno destructivo". El programa se aprobó y se hizo internacional en 2005, en Kobe, Japón, siendo adoptado en varios países.⁴ La Secretaría de la Estrategia Internacional de las Naciones Unidas para la Reducción de Desastres (ONU/EIRD) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el apoyo del Fondo Global del Banco Mundial para la Reducción de Desastres y la Recuperación, junto con otras organizaciones regionales e internacionales, han realizado varios esfuerzos para promover los hospitales seguros frente a los desastres bajo la premisa que todos los desastres representan un problema de salud y cualquier daño a sus sistemas afecta a todos los sectores de la sociedad y las naciones en conjunto. Por ello, todos deben tener presente la importancia de este tema y comprometerse a velar para que las instalaciones de salud y los hospitales sean resistentes frente a las amenazas naturales. Los esfuerzos culminaron con la creación de la Campaña 2008-2009⁵ para la reducción de desastres con el

tema "Hospitales Seguros frente a los Desastres: Reducir el Riesgo, Proteger las Instalaciones de Salud, Salvar Vidas"; en ella se mencionan tres aspectos esenciales:

1. *Etapa antes*: Se refiere a la garantía de la seguridad estructural y no estructural, así como a la presencia de un Comité hospitalario para emergencias y desastres: Un hospital seguro no se desplomará durante un desastre, y la capacitación interna mejorará la capacidad de respuesta.
2. *Etapa durante*: Un Hospital Seguro sabrá cómo funcionar durante un desastre al poner en marcha tarjetas de acción, brigadistas capacitados, integración de binomios médico-enfermera, áreas designadas para planeación y atención de víctimas (área de *triage*) y finalmente fortaleciendo las áreas críticas donde los servicios de salud sean accesibles y funcionen a su máxima capacidad.
3. *Etapa después*: Se comprende como las acciones para recuperar la funcionalidad y las actividades a su nivel normal.⁵

Los objetivos de la Campaña Mundial para la Reducción de Desastres se resumen en tres puntos:

1. Proteger la vida de los pacientes y de los trabajadores de salud, reforzando la estructura de las instalaciones médicas.
2. Procurar el funcionamiento de las instalaciones y los servicios de salud después de una situación de emergencia o de desastre, que es cuando más se necesitan.
3. Mejorar la capacidad de los trabajadores y de las instituciones de salud para reducir el riesgo, lo que incluye la gestión de emergencias.⁵

Para lo anterior, se ha creado el Índice de Seguridad Hospitalaria,^{6,7} que es una herramienta de evaluación rápida, confiable y de bajo costo, que proporciona una idea inmediata de la probabilidad de que un establecimiento de salud continúe funcionando en caso de desastre. Otros elementos útiles son la Cédula de Clasificación de Hospitales y la Lista de Verificación de Hospitales Seguros.^{8,9} Al determinar el índice de seguridad de un hospital, que considera el medio ambiente y la red de servicios de salud a los que pertenece, los demás países y los responsables de tomar decisiones tendrán una idea más amplia de su capacidad para responder a emergencias o desastres de gran magnitud. El Índice de Seguridad Hospitalaria no reemplaza a los detallados y costosos estudios de vulnerabilidad, sin embargo, y debido a que es económico y práctico es un primer paso para priorizar la inversión y mejorar la seguridad de sus establecimientos de salud.

Sin embargo, la mayoría de los hospitales se encuentran en zonas de alto riesgo, por lo que es necesario implementar estrategias de evacuación de los enfermos ante determinadas situaciones que ponen en peligro su vida.

En el caso de los enfermos con alguna patología mental, la situación se vuelve más crítica debido a la inexistencia de

personal en dichos hospitales para llevar a cabo esta evacuación¹⁰ aunado a estas causas intrínsecas de la enfermedad mental (deterioro cognitivo severo, agitación psicomotriz, entre otros).¹¹ Es importante considerar que la población de los hospitales psiquiátricos en su mayoría está formada por enfermos crónicos y de larga estancia; los cuales presentan retraso mental profundo y son enfermos neurológicos o con trastornos neuropsiquiátricos que se encuentran en sillas de ruedas y que requieren de un cuidador las 24 horas.¹¹ Esto añade mayor complejidad debido a que dichos pacientes requieren de personal especializado en el campo de la psiquiatría o cuidadores experimentados para su atención. El objetivo del presente artículo es realizar una revisión de la literatura especializada sobre las medidas que se deben emprender para la evacuación de un hospital psiquiátrico.

METODOLOGÍA

Se realizó la búsqueda en los sitios web Medline, PsycINFO, EBSCO, Cochrane, Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), PubMed, Google académico, SciELO y en la biblioteca virtual de la OMS. Las palabras clave utilizadas fueron: desastres, atención, evacuación, enfermos mentales, trastornos mentales, albergue, medidas, medicamentos, brigadas y acciones. La búsqueda se realizó en español e inglés.

En el presente artículo, nos referimos a "brigadista" como toda persona que presta apoyo para realizar la evacuación.

RESULTADOS

Es posible agrupar los resultados de la búsqueda de la siguiente manera:

1. ¿Cuál es el momento adecuado para tomar la decisión de evacuar un hospital psiquiátrico?

Es importante recordar que los hospitales psiquiátricos también forman parte del sector salud y deben participar activamente en el programa Hospital Seguro. El Comité hospitalario para emergencias y desastres de cada hospital a través de su Presidente y su Coordinador (generalmente el Director Médico y el Jefe del Servicio de Emergencias) son los responsables de activar el plan de contingencia, ya sea por orden de la autoridad civil o por decisión interna previo a un diagnóstico situacional. La decisión de evacuar se toma según el riesgo que represente para los pacientes y el personal, en orden decreciente: para la vida, para la función o para la inversión. El primero de éstos hace referencia a velar por la vida de los pacientes; la segunda condición son las consecuencias según la gravedad del desastre: incomunicación, desabasto de medicamentos y ausencia o contaminación de alimentos. La tercera

condición es la pérdida de la infraestructura. En estas condiciones los pacientes pueden inquietarse, sentirse temerosos o perder el control de sus emociones; éstas son reacciones no muy diferentes a las que presentan las víctimas civiles de un desastre, sin embargo, el paciente con un trastorno mental se muestra más vulnerable a manifestar síntomas psicóticos y agitación psicomotriz, por lo que los brigadistas deberán estar entrenados para responder a dicha contingencia.¹²⁻¹⁸

2. ¿Cuál es la forma más adecuada para la evacuación de los enfermos mentales?

Una vez decidida la evacuación, es necesario conocer los puntos de reunión ubicados en determinadas partes del hospital, o bien, fuera de éste, donde se realiza un conteo inicial de los enfermos. Los brigadistas deberán tener un mínimo de conocimientos en salud mental y estar sensibilizados para la atención de los enfermos mentales; se recomienda que sea el personal de salud del mismo hospital quien se responsabilice de la evacuación y no personal externo ya que esto genera temor y desconfianza entre los pacientes. En estos puntos de reunión se debe realizar un censo de los pacientes y hacer el conteo rutinario de los mismos para evitar extravíos. El traslado de los enfermos mentales dependerá del origen de la catástrofe y de las posibilidades de las autoridades para el transporte: ambulancias, autobuses, lanchas, botes o helicópteros. En los casos de crisis de angustia o exacerbación de síntomas psicóticos, se debe considerar la administración de un sedante.^{12,19}

3. ¿Qué tipo de pacientes requieren una evacuación inmediata?

Es importante priorizar las necesidades de los pacientes más vulnerables y desvalidos; generalmente este proceso es complejo, ya que el internamiento ha sido motivado por la presencia de síntomas agudos que requieren ser atendidos estrechamente por un especialista; de manera general se tendrá que priorizar en aquellos que se encuentran en sillas de ruedas, catatónicos, con síndromes demenciales, o que por su condición se encuentran postrados en cama. Los pacientes más graves y agudos deben ser los primeros en ser trasladados a otro hospital psiquiátrico o a un hospital general. Las patologías con menor discapacidad, como la depresión mayor (sin ideación suicida) o los trastornos de personalidad (excepto el trastorno antisocial de la personalidad) son más manejables e incluso pueden colaborar en las actividades de la brigada.^{15,17-19}

4. ¿Qué tipo de medicación requieren los pacientes antes de la evacuación?

La evacuación de un hospital psiquiátrico implica modificar las actividades diarias de la institución, sin embargo esto

no implica que los pacientes dejen de recibir un mínimo de medicación en lo que son trasladados a otro lugar. Es conveniente mantener el mismo esquema terapéutico mientras dura la evacuación o el siniestro. La evaluación y cambio de tratamiento es de forma individualizada, por lo que es necesario contar con un grupo básico de medicamentos psiquiátricos: benzodiazepinas, ampollas y tabletas de antipsicóticos, antidepresivos con acción ansiolítica, entre otros.^{15,17,19}

5. ¿Quiénes se harán responsable de la evacuación?

Es recomendable que una persona dirija todas las actividades (el director del hospital, el jefe de unidad, etc.), sin embargo esto no significa que toda la responsabilidad sea depositada en una persona. Cada Comité hospitalario para emergencias y desastres debe conformar un equipo con todos los jefes de servicio y de área y, cada uno de ellos dividirlos en brigadas conformadas por un médico general o psiquiatra o psicólogo, una enfermera, un trabajador social y un personal administrativo. Cada brigada se encargará de la evacuación de un determinado sector de pacientes, previamente establecido, mediante una lista, área o pabellón. Por otro lado, generalmente todos los hospitales tienen personal de protección civil, este grupo podrá encargarse de tomar las medidas generales para la evacuación, es decir, vigilar que todos los pacientes sean evacuados, que el medio de transporte esté en el lugar adecuado y que se haga la evacuación mediante los señalamientos previamente establecidos en cada hospital (rutas de evacuación). De esta manera la evacuación no recae en una persona, sino en todos los integrantes del hospital.^{12-18,20}

Se sugiere que el personal voluntario y los brigadistas externos estén a cargo del personal de salud del hospital ya que no conocen a los pacientes ni la forma de atenderlos.^{16,17}

6. ¿Cuál es el lugar más seguro para su evacuación?

Debido a que se trata de enfermos mentales, se sugiere que sea un albergue con medidas generales de seguridad para que los pacientes no abandonen el área porque se sientan atemorizados, ansiosos, o que intenten suicidarse por la falta de seguridad. Lo más recomendable es que se trasladen a otro hospital psiquiátrico cercano a la región, o bien a un hospital general; también se sugiere dar de alta a los pacientes que estén en condiciones para ello y así evitar la sobrepoblación del albergue u hospital.^{13,14,17-20}

7. ¿Cómo identificar a los pacientes?

Se debe tener presente la realización de listas con los nombres de los pacientes, lo cual frecuentemente se omite. La

brigada es responsable de estos pacientes así como del lugar de su evacuación. En este sentido hay que recordar que se pueden trasladar a albergues donde existen otro tipo de personas o enfermos con otras patologías, para lo cual se tendrá que identificar a los pacientes con algún tipo de ropa especial, colocar el nombre del paciente y su lugar de procedencia en un pedazo de tela que vaya alrededor del cuello o en la muñeca; esto permitirá una rápida identificación dentro del albergue para cuando se regrese a su lugar de origen.^{16,17} Es importante preservar los derechos humanos de estos pacientes y evitar su estigma por lo que se sugieren elementos de identificación que no señalen o discriminen al sujeto.^{16,21}

8. ¿Con qué tipo de personal se cuenta para llevar a cabo la evacuación?

Ante una situación de urgencia, lo ideal es que exista personal capacitado, sin embargo todo voluntario es bien recibido; lo importante, en tal caso, es la organización de cada uno de ellos sobre las actividades a realizar durante la evacuación; la información debe que ser clara y directa, y evitar que se desvíe de su propósito. Se ha observado que cuando existe un evento traumático, las personas tienden a disgregarse y no hacer nada, o por el contrario, hacen muchas otras cosas, pero descuidan la actividad que se les encomendó. Otra situación que se pretende evitar es la duplicidad en los esfuerzos, es decir realizar la misma actividad en dos niveles diferentes, lo cual se genera por falta de comunicación y representa una pérdida de tiempo y energías del equipo brigadista. Es necesario incluir a los residentes de psiquiatría, estudiantes de psicología y medicina para que apoyen en esta actividad. Se recomienda asignar un número determinado de pacientes a un residente o estudiante, lo cual disminuirá el esfuerzo en el cuidado de ellos.^{12-18,20}

No se debe prescindir del apoyo psicológico y psiquiátrico a los rescatistas y al personal de salud que interviene en la evacuación para evitar el trastorno por estrés post-traumático, el abuso de alcohol y de otras sustancias, entre otros.^{17,18,22,23}

9. ¿Qué tiempo se prevé que dure el evento catastrófico?

La activación del plan ante desastres, así como su desactivación, dependerá de la principal autoridad hospitalaria, la que, a su vez, estará coordinada con las autoridades civiles. Así, la duración del evento tendrá que ser evaluada por otros profesionales: sismólogos, geólogos, meteorólogos, etc.; en cualquier caso, se sugiere al personal encargado de la evacuación de los enfermos tomar medidas preventivas a largo plazo: dotación de medicamentos, medidas de higiene, seguridad, alimentación y atención médica especializada, etc.^{12-14,17,18,20,24}

10. ¿Cómo se supervisará la toma de los medicamentos y el abastecimiento de los mismos?

Se debe delegar a un equipo que se encargue exclusivamente de este proceso: enfermeras, personal de almacén y de farmacia. Ante la falta de medicamentos, se solicitará a los laboratorios o empresas que se encargan de su distribución; entonces, se deben de llevar consigo teléfonos, direcciones y nombres con quienes dirigirse, ponerse en contacto con otras instituciones de ayuda humanitaria como Cruz Roja, Cruz Verde, otros hospitales psiquiátricos, ONG's, etc. En cuanto a la supervisión de la toma de medicamentos, se sugiere conservar el mismo horario y de la misma forma; los cambios del esquema terapéutico, por falta de ellos, tendrán que ser valorados por los médicos. Es importante contar con un registro para cada paciente y, de ser posible, generar expedientes temporales en los que se asiente la información pertinente.^{17,20}

11. Otras medidas de abastecimiento: agua, comida y ropa

Los enfermos mentales también tienen sed, hambre y frío, requieren de aseo personal, una cama donde dormir y un techo donde pasar la noche. Es conveniente que se forme un grupo encargado de esta actividad (trabajadores sociales, enfermeras, voluntarios y administrativos); ya sea que se obtengan del mismo hospital antes de la evacuación o bien, que se consigan donativos de otras instituciones.^{20,24}

12. Comunicación e información

Si bien en muchos hospitales psiquiátricos latinoamericanos, la mayoría de los enfermos mentales crónicos carecen de familiares o éstos no están involucrados en su atención, existe otro porcentaje que sí los tiene y que requieren recibir información sobre el lugar y las condiciones en que se encuentra su familiar; para ello es necesario utilizar a los medios de comunicación masivos como la radio, la televisión y el Internet para publicar esta información, así como las listas de los pacientes con sus respectivos responsables de grupo, esto permitirá dar a conocer a la comunidad que existen enfermos mentales que requieren de su apoyo y solidaridad.^{12-14,16,17,20}

13. La vida en el albergue

Otro de los retos es la convivencia cotidiana dentro del albergue tanto entre los mismos pacientes, como entre pacientes y la comunidad. La convivencia cercana y constante con otros enfermos mentales los puede desestabilizar psiquiátricamente y, por lo tanto, perturbar la calma del albergue debido a que algunos de los pacientes se sienten invadidos en

su "territorialidad" (espacio, lugar para caminar, etc.) como en su privacidad (cama, no tener un lugar donde guardar sus pertenencias, etc.). Por otro lado, el estigma hacia la enfermedad mental puede ser causa de conflictos entre la comunidad y los enfermos mentales lo que podría generar solicitudes insistentes a la autoridad para que se derive a este tipo de pacientes a otro sitio. Ante tal situación, y para prevenir tales eventos, es recomendable que los enfermos mentales tengan su propio albergue o sean trasladados a otro hospital psiquiátrico; de no ser posible será necesario referir a los enfermos psiquiátricamente más inestables o agitados a un hospital y que permanezcan dentro del albergue los más adaptables, de esta manera la convivencia social del enfermo mental se puede considerar como un estímulo positivo para su recuperación y reinserción social.^{16-18,20,21,24,25}

14. Generar medidas para el retorno de los pacientes a su unidad u hospital una vez resuelto el siniestro

Así como se planeó la evacuación del hospital, se tendrá que planear el retorno; probablemente, este proceso no sea tan presuroso y desgastante, sin embargo, no tiene que ser laxo o considerarse de menor importancia. Este proceso se inicia con las listas de los enfermos y con el conteo de los mismos: a) *Ubicación*: Elemento importante ya que algunos de ellos pudieron ser evacuados a otro albergue, hospital, comunidad, con su familia o se encuentran dentro del mismo albergue, pero extraviados en la muchedumbre; b) *Identificación*: para este proceso, también es importante el pedazo de tela con el que se identificó a cada paciente. La utilización de un pedazo de tela donde se encuentren los datos generales del paciente (nombre, lugar de procedencia, etc.), es una medida de urgencia, no es la más adecuada ni la mejor; lo ideal es contar con una identificación oficial que cuelgue del cuello del paciente, o un brazalete de plástico con sus datos generales; de esta forma se identificarán más rápidamente a los pacientes del albergue.²⁰

El transporte de retorno tendrá que contar con algunas medidas de seguridad, que al momento de la evacuación no fue posible promoverlas, como viajar a una moderada velocidad, uso del cinturón de seguridad, ir escoltados por una patrulla y promover actividades recreativas durante el viaje, etc.

15. ¿Cuáles son las medidas preventivas que se deberán de tomar en cuenta ante futuros desastres?

La evacuación de cada hospital es diferente y necesita de aspectos individuales según las necesidades del hospital y del tipo de evento catastrófico. Algunos puntos a considerar son: 1. Crear un equipo dentro del hospital que tome decisiones y que se encargue de la evacuación; 2. Capacitar al personal de

salud en casos de desastres; 3. Capacitar a los residentes de psiquiatría en intervención en crisis, terapias de grupo, toma de decisiones y *triage*; 4. Integrar un equipo de profesionales que atienda y dé contención al personal de salud y de rescate (terapias de grupo, higiene mental, promover el hablar del tema, etc.) para evitar el trastorno por estrés post-traumático u otra patología mental en este personal; 5. Tener siempre disponible la lista de los pacientes con sus respectivos responsables de área; 6. Promover una forma de identificación de los pacientes mediante una tarjeta de identificación, un brazalete de plástico, un color de vestimenta, etc.; 7. Incluir el tema de salud mental en casos de desastres dentro de la formación del residente de psiquiatría, bajo un enfoque preventivo y de acción; 8. Promover charlas psicoeducativas y de capacitación al personal humanitario que potencialmente preste ayuda en situaciones de desastre.^{12-18,20}

COMENTARIO

Al realizar la búsqueda, se observó que algunas de las sugerencias son generales y no específicas a nuestro tema de interés, pero que se pueden adaptar a las necesidades según el grupo vulnerable o la situación.¹⁶ Es importante hacer esta observación, ya que la información es escasa y lo planteado en el presente documento no es definitivo, aunque contiene elementos que pueden sugerir su uso como una guía; lo que pretende es generar una conciencia preventiva dentro de los hospitales psiquiátricos y que se conozca el tema en caso de surgir una contingencia. Los resultados están colocados con numeración que no necesariamente implica un orden para llevarse a cabo en cada situación, por lo que la decisión de su aplicación dependerá de factores individuales (hospital y tipo de evento catastrófico). El presente artículo es de revisión, por lo que no intenta generar nuevos conocimientos, sino colocar en la mesa de discusión una pregunta: ¿contamos con un plan de evacuación de enfermos mentales en nuestros hospitales psiquiátricos?

Es recomendable que, especialmente los residentes de psiquiatría, reciban cursos de intervención en crisis, manejo de grupos (idealmente terapia de grupo), de liderazgo (principalmente para ayudar a organizar a la comunidad o el albergue), de *triage* (para evaluar la contingencia), así como que participen de forma activa en simulacros de evacuación y de soporte básico vital, antes de acudir a prestar ayuda; estos aspectos pueden parecer utópicos pero son factibles si se tiene una visión preventiva en la formación del psiquiatra.¹⁶⁻¹⁸

La OMS/OPS, mediante su Plan Estratégico 2008-2012, plantea un abanico de intervenciones y enfoques que incluyen: la abogacía, el apoyo técnico para que se mejoren y se actualicen las políticas y legislaciones específicas de este sector; la formación continua de personal tanto de nuevas organizaciones asociadas como de los ministerios de salud; el suministro de información técnico-científica para ampliar

los conocimientos en preparativos; el apoyo para mejorar planes y procedimientos, y el suministro de recursos humanos y financieros específicamente identificados para mejorar los preparativos para desastres y facilitar la creación de alianzas.⁴

Finalmente, la OMS pone a disposición, en su página de Internet, diversos libros, artículos e información general sobre los desastres: www.unisdr.org/wdrc-2008-2009, www.paho.org/desastres y <http://www.bvs.edu.sv/desastres/internas/albergues.htm>

REFERENCIAS

1. Shalev A. Estrés traumático y sus consecuencias. Washington DC: Editorial Organización Panamericana de la salud; 2000.
2. Rodríguez J, Zaccarelli D, Pérez R. Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Serie manuales y guías sobre desastres. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2006.
3. Villamil Salcedo V, López Rodríguez J, Cortina de la Fuente D, González Olvera J. Salud mental en casos de desastre. *Revista Psiquiatría* 2007;23(2):21-23.
4. Organización Panamericana de la salud: Plan estratégico 2008-2012; 2008.
5. Hospitales Seguros Frente a los Desastres. Campaña Mundial 2008-2009 para la Reducción de Desastres. 2008. <http://safehospitals.info/images/stories/1WhySafeHosp/wdrc-2008-2009-information-kit-spanish.pdf> (Último ingreso 24 de febrero de 2014).
6. Organización Panamericana de la Salud. Índice de seguridad hospitalaria: Guía del evaluador de hospitales seguros. Washington DC: 2008.
7. Organización Panamericana de la Salud. Índice de seguridad hospitalaria: Formularios para la evaluación de hospitales seguros. Washington DC: 2008.
8. Organización Panamericana de la Salud. Fundamento para la mitigación de desastres en establecimientos de salud. Washington DC: 2004.
9. Panamerican Health Organization. Manual para el evaluador de hospital seguro. 2007.
10. World Health Organization. Mental health atlas. Ginebra: 2005.
11. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: 2001.
12. Weisaeth L, Dyb G, Heird T. Disaster medicine and mental health: Who, how, when for international and national disaster. *Psychiatry* 2007;70(4):337-344.
13. Cohen R. Salud mental para víctimas de desastres. Guía para instructores. México DF: Editorial Manual Moderno; 1999.
14. Cohen R. Salud mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores. México DF: Editorial Manual Moderno; 1999.
15. Mezzich JE, Sarraceno B. Declaración conjunta WPA-OMS sobre la función de los psiquiatras en la respuesta frente a los desastres. *World Psychiatry* (edición en español). 2007;5(1):1-2. <http://wpanet.org/publications/docs/wpa042007sp.pdf> (Último ingreso 21 de mayo de 2012).
16. Inter-Agency Standing Committee. IASC. Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes. Ginebra: 2007.
17. Villamil V. Lineamientos para un plan de apoyo psicológico y psiquiátrico para víctimas de terremotos y otros desastres. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México DF. 2010. <http://www.divulgacion.inprf.gob.mx/media/document/144.pdf> (Último ingreso 24 de febrero de 2014).
18. Organización Panamericana de la Salud. Apoyo psicosocial en emergencias y desastres: Guía para equipos de respuesta. Washington DC: 2010.

19. Pérez-Hidalgo I. Preparación del paciente para evacuaciones aéreas. *Emergencias*. 1997;9(1):35-43. <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/helicopt%202.pdf> (Último ingreso 24 de febrero de 2014).
20. Organización Mundial de la Salud. El personal local de salud y la comunidad frente a los desastres naturales. 1989. <http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/publicaciones/cr01s/cr01s.5.htm> (Último ingreso 24 de febrero de 2014).
21. Organización Mundial de la Salud. Legislación sobre salud mental y derechos humanos. Ginebra: 2003.
22. Ursano RJ, Fullerton CS, Vance K, Tzu-Cheg Kao. Posttraumatic stress disorder and identification in disaster workers. *Am J Psychiatry* 1999;156:353-359.
23. North CS, Tivis L, McMillen JC, Pfefferbaum B et al. Psychiatric disorders in rescue workers after the Oklahoma City bombing. *Am J Psychiatry* 2002;159:857-859.
24. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia de factores de riesgo en albergues. Tarjetas para encargados de albergues. 2007. http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=973&catid=668:nuevas-publicaciones&Itemid=256 (Último ingreso 24 de febrero de 2014).
25. Cruz Roja Salvadoreña. Guía de gestión de albergues. [http://www.reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900sid/LRON-78YF8U/\\$file/Guia%20de%20gestion%20de%20albergues.pdf?openelement](http://www.reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900sid/LRON-78YF8U/$file/Guia%20de%20gestion%20de%20albergues.pdf?openelement) (Último ingreso 24 de febrero de 2014).

Artículo sin conflicto de intereses