

UNIVERSIDAD DE LA DEFENSA NACIONAL

FACULTAD DE LA DEFENSA NACIONAL



MAESTRÍA EN DEFENSA NACIONAL

TESIS DE MAESTRIA

Director de Tesis: **Mg. Gloria A. COEN**

Tema: **“Ansiedad, depresión y estrés postraumático en el Personal Militar involucrado en Misiones de Paz: la experiencia en Prevención de la Salud Mental al Contingente Argentino en Haití 2004, a un mes del paso del huracán Jeanne”.**

Maestrando: Antonio Enrique CORNEJO

Fecha: 23 de agosto de 2021

AGRADECIMIENTOS

El destino puso en mi camino la posibilidad de realizar este posgrado.

Mi eterno reconocimiento a los Señores Profesores que, durante estos dos años, nos consagraron con su idoneidad intelectual, entereza personal y que conjuntamente con los Directivos y Personal No Docente, permitieron que el propósito fuese posible.

Una gran cuota parte la consigue mi familia, fiel exponente de mis desvelos intelectuales.

Un afectuoso agradecimiento al Señor Coronel Médico Daniel David GIGENA y al Señor Teniente Coronel Médico (VGM) Martín María BOURDIEU, con los cuales integramos el grupo del Relevamiento Sanitario.

A mis Compañeros de la Promoción 105 de la Escuela Naval Militar, especialmente a Guillermo Usinger, que con pasión y generosidad, leyó muchos de mis escritos.

Creo que merece un reconocimiento destacado la Señora Profesora Gloria COEN, quien en época de pandemia, se avino a mi necesidad y se conformó en la Directora de Tesis.

Todo fluye con el devenir de los tiempos, todo gime con epopeya y presteza, pero la vida del hombre sano, se compone de virtud y esperanza.

Muchas gracias Universidad de la Defensa Nacional.

INDICE

TITULOS	Pág.
RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
Planteamiento del Problema.....	12
Justificación de la investigación.....	14
Interrogantes.....	16
Interrogante principal.....	16
Interrogantes secundarios.....	16
Objetivos.....	17
Hipótesis.....	18
Estructura del Trabajo de Investigación	18
La metodología empleada.....	20
Instrumentos de Recolección de Información.....	20
Relevancia de la Investigación.	20
CAPITULO 1: ASPECTOS SOBRESALIENTES DEL MARCO HISTÓRICO, TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	23
Introducción.....	23
MARCO HISTÓRICO.....	23
MARCO TEÓRICO.....	24
Estudios y Antecedentes.....	26

MARCO CONCEPTUAL.....	43
Relevamiento.....	43
Sanidad y salud.....	44
Relevamiento Sanitario.....	45
Síntoma de Ansiedad.....	47
Síntoma de Depresión.....	49
Estrés postraumático.....	51
Conclusiones parciales.....	54
CAPÍTULO 2: ESTRUCTURA BASICA DE NACIONES UNIDAS. CONFORMACION DE MINUSTAH Y DESPLIEGUE DEL COMPONENTE ARGENTINO DE MISIONES DE PAZ EN HAITÍ. HURACÁN “JEANNE”.....	55
Introducción.....	55
Naciones Unidas.....	55
Consejo de Seguridad.....	56
La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH).....	56
Los Órganos de Derechos Humanos.....	57
Inicio de las operaciones de la Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití (MINUSTAH).....	58
Contingente argentino en Haití.....	59
Tareas fundamentales de la MINUSTAH.....	60
HURACÁN “JEANNE”.....	60
Trayectoria del Huracán “Jeanne”.....	61
Evolución y consecuencias.....	61
Boletines de Emergencia en Salud.....	62

Categoría de los huracanes.....	66
Conclusiones parciales.....	70
CAPÍTULO 3: DISEÑO E INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS.....	71
Introducción.....	71
Instrumentos de Recolección de Información.....	71
Técnicas de Recolección de Información.....	72
Procedimientos.....	72
Población.....	73
Descripción de la Muestra.	73
Procesos de recolección de los datos.....	74
Confidencialidad.....	75
Criterio de inclusión y exclusión.....	75
Bioética.....	76
Conclusiones parciales.....	77
CAPITULO 4: RESULTADOS.....	78
Introducción.....	78
Resultados.....	78
CAPITULO 5: CONCLUSIÓN, COMENTARIOS Y SUGERENCIAS.....	85
Introducción.....	85
CONCLUSIÓN.....	85
Resultados comparados.....	86

COMENTARIOS.....	89
Adiestramiento Militar.....	89
Interrogantes Secundarios.....	90
Cumplimientos de Objetivos planteados.....	91
Otras consideraciones.....	91
SUGERENCIAS.....	92
Aporte profesional del autor.....	94
ANEXO 1: EVALUACIÓN DE INTENSIDAD DE EVENTOS TRAUMÁTICO.....	100
Impacto de la escala de Intensidad de Eventos Traumáticos (IES)....	101
ANEXO 2: ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION (HADS)	105
ANEXO 3: PUEBA DIAGNÓSTICO.....	109
GLOSARIO: ABREVIATURAS Y DEFINICIONES.....	112
BIBLIOGRAFÍA.....	127

“Ansiedad, depresión y estrés postraumático en el Personal Militar involucrado en Misiones de Paz: la experiencia en Prevención de la Salud Mental al Contingente Argentino en Haití 2004, a un mes del paso del huracán Jeanne”

RESUMEN

El Estado Mayor Conjunto de las Fuerzas Armadas dispone la realización de un Relevamiento Sanitario al Personal Militar destinado en MINUSTAH, a un mes del desastre natural que produjo el paso del Huracán “Jeanne” por la República de Haití. Los Profesionales de la Salud Mental, perteneciente a esta Comisión Evaluadora, se abocaron a realizar actividades tendientes a determinar síntomas relacionados con la Ansiedad y Depresión e indicios de Estrés Postraumáticos, dentro del contexto de Prevención de la Salud Mental, para eventualmente recurrir a la Atención Primaria, en aquellos casos con síntomas registrados. Los mismos inventarios evaluativos se les suministraron al Personal Militar de la ciudad de Gonaïves, cuya zona fue la más afectada, y a los Militares de los dos Destinos en la Ciudad de Puerto Príncipe, ciudad no alcanzada por la inclemencia natural. La investigación fue no experimental, con diseño transversal descriptivo, no probabilística. Los resultados arrojaron un mayor número de casos en la zona de Gonaïves, los cuales fueron atendidos oportunamente.

Palabras claves: Salud Mental; Ansiedad; Depresión; Estrés Postraumático; Prevención; Atención Primaria.

**"Anxiety, depression and post-traumatic stress in the Military Personnel involved in
Peace Missions: the experience in Mental Health Prevention for the Argentine
Contingent in Haiti 2004, one month after Hurricane Jeanne"**

ABSTRACT

The Joint Chiefs of Staff of the Armed Forces orders a Health Survey to be carried out on Military Personnel assigned to MINUSTAH, one month after the natural disaster caused by the passage of Hurricane "Jeanne" through the Republic of Haiti. The Mental Health Professionals, belonging to this Evaluation Commission, undertook to carry out activities aimed at determining symptoms related to Anxiety and Depression and signs of Post-Traumatic Stress, within the context of Mental Health Prevention, to eventually resort to Attention Primary, in those cases with registered symptoms. The same evaluative inventories were provided to the Military Personnel of the city of Gonaïves, whose area was the most affected, and to the Military personnel of the two Destinations in the City of Port-au-Prince, a city not affected by natural inclement. The research was non-experimental, with a descriptive cross-sectional design, not probabilistic. The results showed a greater number of cases in the Gonaïves area, which were treated in a timely manner.

Keywords: Mental Health; Anxiety; Depression; Posttraumatic stress; Prevention; Primary Care.

INTRODUCCIÓN

En abril de 2004 el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas instauró la Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití (MINUSTAH), para organizar lo político, lo social y lo económico de Haití, que constituía una amenaza a la paz y la seguridad internacionales de la región. Su inicio de actividades fue el 1º de junio de 2004 (ONU, 2004a).

Al respecto, se decidió que la MINUSTAH la integraran como máximo 1.622 miembros de la policía civil y 6.700 efectivos, entre oficiales y tropa. La Republica Argentina fue designada para participar de esta Misión (Minidef, 2010).

Por medio de la Ley Nacional N° 25.906 de 2004, el Congreso Argentino autorizó el despliegue de personal y material militar, para integrar la MINUSTAH.

Desde el inicio de la Misión, el contingente argentino empleó aproximadamente 600 Cascos Azules por semestre, los cuales se concentraron en las ciudades de Gonaïves, Saint Marc y Puerto Príncipe (Minidef, 2010).

En Gonaïves y Saint Marc se instaló el Batallón Conjunto Argentino, conformado por 150 Infantes de Marina y 350 componentes del Ejército Argentino. En Puerto Príncipe se apostó el Hospital Reubicable y la Unidad Aérea compuesta por helicópteros Bell 212. Estas últimas dependían de la Fuerza Aérea Argentina (Minidef, 2015).

Entre el 18 y 21 de septiembre de 2004, Haití fue azotado por el huracán “Jeanne”. El grupo de Misiones de Paz Argentino más perjudicado fue el instalado en la ciudad de Gonaïves (OPS, 2004), (ORH, 2004).

A un mes de los acaecimientos producidos por el tornado, el Estado Mayor Conjunto de las Fuerzas Armadas, envió una comisión para efectuar un Relevamiento Sanitario a los efectivos argentinos destacados en la República de Haití. Esta actividad la llevaron a cabo un médico bromatólogo, un médico psiquiatra y un licenciado en psicología, entre el 14 y 31 de octubre de 2004. El propósito relacionado con Salud Mental fue determinar el estado del Personal Militar y si padecían algunos síntomas relacionados con Psicología-Psiquiatría.

Los Profesionales de la Salud Mental acordaron y decidieron evaluar al Personal Militar, a los efectos de determinar síntomas compatibles con la Ansiedad, la Depresión y de Estrés Postraumático.

Se realizó un trabajo metódico de Prevención de la Salud Mental, a partir de la implementación de los inventarios auto – administrables de: Intensidad de Eventos Traumático (IES) y Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (Anexo 1 y 2), (OMS, 2004b).

Al personal con síntomas compatibles, se le efectuó una intervención clínica, dentro del marco de lo establecido en la publicación: Fomento de la Salud Mental (OMS, 2004a).

No se ha encontrado registro de algún trabajo que se desarrolló como acción de Prevención en Salud Mental en Misiones de Paz, de estas características.

Si bien la actividad principal de los Profesionales de la Salud Mental fue la de evaluar a todo el Personal Militar presente en Haití, este trabajo infiere que aquellas personas que estuvieron destinadas en la localidad de Gonaïves y expuestas al Huracán, pudieron presentar mayores casos de reacciones compatibles con: Ansiedad y Depresión y Estrés Postraumático, en relación a la población militar establecida en la zona de Puerto Príncipe.

Se debe considerar que la Ansiedad, la Depresión y el Estrés Postraumático siempre están presentes en toda actividad de alto riesgo y en las Misiones de Paz, no existe una excepción. Esto comienza a tener mayor importancia cuando el sistema imperante es amenazado o se manifiestan situaciones altamente comprometidas, como ser: conflictos bélicos o desastres naturales o epidemias.

Asimismo, se ha planteado en este estudio como Interrogante Principal:

¿Qué consecuencias se extraen del Relevamiento Sanitario efectuado a los efectivos argentinos destacados en la República de Haití, a un mes de los acaecimientos producidos por el Huracán “Jeanne”, con relación a la presencia de los síntomas de Ansiedad y Depresión y de indicios de Estrés Postraumático?

Dentro de este contexto, se analizaron los Interrogantes Secundarios relacionados con las causas psicológicas que reducen la capacidad y la voluntad del Personal Militar a dar respuestas apropiadas a las exigencias de las Misiones de Paz; las percepciones que el Militar Argentino tiene de la Ansiedad y la Depresión y el Estrés Postraumático; si le

produce perjuicios; qué acciones se recomendarían a los Conductores y Jefes de las Misiones de Paz.

De estos Interrogantes se han desprendido los Objetivos Generales y Específicos que se exponen en el cuerpo del estudio.

Se evaluaron 382 individuos en tres muestras: Ciudad de Gonaïves: N = 305. Ciudad de Puerto Príncipe: Hospital Reubicable de la Fuerza Aérea Argentina: N = 39 y Base de Helicópteros de la Fuerza Aérea Argentina: N = 38. Los resultados obtenidos se volcaron en planillas para su análisis y evaluación posterior.

Esta investigación ha sido no experimental, con variables independientes que ocurrieron y no es posible transformarlas, centrado en una comunidad, en un tiempo, con un diseño transversal o transeccional descriptivo. Bajo ningún aspecto es un estudio longitudinal.

La muestra es no probabilística o dirigida, dado que los subgrupos elegidos de la población no dependieron de la probabilidad, sino de las características de la investigación.

El propósito del presente trabajo, ha sido el de describir las variables y analizar su incidencia e interrelación entre dos grupos de una misma comunidad. La comunidad comprende a todos los integrantes del Contingente Argentino en Haití. Los grupos son: el Personal Militar que estaba en Gonaïves y aquél asentado en Puerto Principe.

Este trabajo está relacionado con una temática particular: Psicología Militar. No obstante, se ha utilizado temas de las materias: Seminario de Derecho Internacional Humanitario y DDHH, Taller de Escritura, Metodología de la Investigación y Sociología.

Por ultimo, el presente trabajo de investigación se ha centrado en la probabilidad que tiene el Personal Militar de contraer un daño psíquico, no solo por las actividades de alto riesgo que realiza, sino por aquellos fragelos, muchos inesperados, que debe afrontar. Por ello, aparece como necesario el contar con medios de educación, instrucción y adiestramiento de los aspectos relacionados con la Promoción y Prevención de la Salud Mental, a las exigencias de Combate Real o de Operaciones Militares (OMS, 2009) (OMS, 2004b).

Planteamiento del Problema

Se debe reconocer que en las Operaciones Militares o de combate o actividades rutinarias, el Personal Militar del Instrumento Militar que integra la Acción Militar Conjunta, puede sufrir embates combinados de trabajos físicos pesados; pérdida del sueño; deshidratación; poca nutrición; ruidos severos, vibraciones y explosiones; exposición al calor, frío o humedad; malas instalaciones de higiene y tal vez, expuestos a enfermedades infecciosas, vapores o sustancias tóxicas, etc.

Estas diversas situaciones problemáticas que condicen con las actividades de alto riesgo, generan reacciones emocionales que no están presentes en condiciones normales.

Los acontecimientos más sensibles que pueden surgir en las Fuerzas Militares Argentinas que integran las Misiones de Paz, están relacionados con síntomas de Ansiedad y de Depresión, y en situaciones extremas, se puede presentar indicios de Estrés Postraumático.

El huracán “Jeanne” se convirtió en depresión tropical el 13 de septiembre de 2004 al Oriente de las Antillas Menores. El 14 de septiembre siguió su trayectoria hacia las Islas Vírgenes y Puerto Rico. Llega a la República Dominicana y Haití entre el 16 y 17 de septiembre. Durante el 18 de septiembre, avanza sobre las Bahamas. Se convirtió en huracán el 20 de septiembre. El 23 de septiembre llega a tierra firme en la costa oriental de Florida, cerca de Stuart. Luego se debilitó a tormenta tropical en el Centro de la Península. El día 27 de septiembre se convirtió en depresión tropical sobre Georgia. El 28 de septiembre deja de tener efectos (Conaguas, 2004).

Específicamente, la tarea de evaluación se realizó a un mes del pasaje del huracán “Jeanne”, el cual dejó en la República de Haití y especialmente en la zona de Gonaïves, importante cantidad de personas fallecidas y cuantiosos desastres materiales.

A partir del problema identificado en este trabajo de investigación, hemos intentado dar respuestas posibles y aportar información relacionada con la generación de síntomas de: ansiedad, depresión y estrés postraumático del personal militar que estuvo en la Misión de Paz en Haití, expuestos a situaciones disruptivas.

Uno de los problemas que se generan en estos acontecimientos, es la necesidad de conocer quiénes son las personas que están padeciendo síntomas de esta característica para

poder abordarlos. Es importante para la concreción de esta investigación, poder determinar si hubo mayor cantidad de personas afectadas en la zona de significativos desastres, que en la otra de menor cuantía.

Este trabajo se formalizó dentro del contexto de prevención de la salud mental y en aquellos casos detectados, se procedió a realizar atención primaria de la salud mental. Hay que considerar que si la persona que padece el síntoma no comunica su malestar, (esto lo podría cumplir si ha recibido información y técnicas de promoción de la salud mental) corre el riesgo que se agudice. Si esto ocurre, se puede transformar en una patología psiquiátrica y debería luego, comenzar un tratamiento.

Muchas de las patologías que hoy tiene los Veteranos de Guerra de Malvinas se iniciaron por falta de prevención de la salud mental (Cornejo, 2015, p. 268).

La apreciación posible, que se puede vislumbrar de la deficiencia en el conocimiento dentro de las Fuerzas Armadas Argentinas de los problemas de salud mental, específicamente para este caso es que:

-No se contaba con un trabajo similar al realizado, en donde podría haber adquirido oportunos conocimientos y experiencias.

-La directiva del Estado Mayor Conjunto fue generalizada. Evaluar al personal de la Misión de Paz de Haití, para determinar si alguien tiene alguna patología Psiquiátrica producida por el paso de un huracán.

-No hubo una información previa que determine si existía alguna persona con síntomas importantes relacionados con la salud mental, ni la certeza de que en el Hospital Reubicable contara con profesionales de la salud mental, que podrían colaborar o asistir a pacientes psiquiátricos – psicológicos.

La presente investigación fue factible de realizar, dado que ha contado con los documentos requeridos. Esta información fue obtenida personalmente, por los Profesionales de Salud Mental que efectuaron el Relevamiento Sanitario al Contingente Argentino de la Misión de Paz en la Republica de Haití.

Los profesionales fueron: un Médico Psiquiatra y un Licenciado en Psicología y además, los encargados de diseñar la metodología a utilizar, para la obtención de la información.

La respuesta a la problemática estuvo en la implementación de dos inventarios de psicología auto administrables, de fácil explicación e interpretación, de corto tiempo de llenado y de ser completado en un campo de acción complicado.

Esto se complementa con la utilización de una planilla computarizado Excel, que por sus características de diseño, brindaba la información al instante.

Se determinó que las personas debían incorporar en dichos inventarios, sus datos filiatorios, los cuales permanecían en rigurosa confidencialidad.

La tarea se realizó sin inconvenientes financieros, humanos y materiales, disponiendo del tiempo suficiente para la obtención de los datos a utilizar.

La concreción de este estudio de investigación, dará lugar a que los futuros trabajos relacionados con la salud mental, tengan una referencia establecida y sea un elemento a superar en la prevención de la salud mental, del Personal Militar que convive con actividades profesionales de alto riesgo.

Justificación de la investigación

Este trabajo de investigación se ha justificado, ya que se cuenta con los antecedentes, que para este caso, son los resultados de las evaluaciones efectuados oportunamente, al Personal Militar de Misiones de Paz en Haití. De no utilizarse en esta ocasión, se corre el riesgo de que se pierdan.

Hay que reconocer que el éxito obtenido en las tareas propias del Relevamiento Sanitario, fue producto de un trabajo de diseño de actividades en función de las órdenes recibidas y de la posibilidad de ejecución de medios adecuados en ese terreno y en ese momento.

El otro logro, quizá más importante, es haber alcanzado realizar la tarea en el terreno y poder asistir al personal con síntomas de la Misión de Paz de Haití, en el lugar de los hechos.

La dinámica del despliegue profesional permitió asistir a estas personas, siguiendo los principios de eficiencia, equidad y justicia. Esta evaluación involucró no solo criterios de pertinencia en la aplicación de recursos, sino también de pertenencia profesional en la calidad, cobertura y condiciones en que se produjo la totalidad del trabajo.

Dentro del contexto de las evaluaciones, también se recopiló otras informaciones, que si bien no alteran el normal desenvolvimiento de la investigación, se las contemplaran en las conclusiones. Solucionar o tener en cuenta estas causas sería oportuno, dado que permitiría un propicio nivel de satisfacción, mejorando ostensiblemente el accionar del contingente.

A lo largo de las siguientes páginas se procuró reflejar cómo la salud mental de las personas es importante, para el crecimiento sustentable de las Fuerzas Armadas de un país. También lo es para la sub sociedad militar a la que pertenece, dado que no es un tema menor la salud de sus integrantes, lo cual permitiría, en el futuro, no erogar gastos económicos relacionados con enfermedades.

En términos particulares, esta investigación es el primer registro de exploración profesional de psiquiatría - psicología militar en el terreno. Actualmente no se cuenta con archivos de informes similares, efectuados por nuestras Fuerzas Militares o de Seguridad.

Es un antecedente de importancia a nivel nacional e internacional, contar con una investigación de este calibre para las Misiones de Paz. De las búsquedas efectuadas oportunamente en Internet, no se ha podido obtener un trabajo con las mismas peculiaridades.

Hay que percatarse, que las Misiones de Paz en el mundo están insertas en actividades de alto riesgo y bien se podría admitir la ejecución de una evaluación al Personal Militar, con las mismas características en cualquier lugar del mundo. Es de rápido suministro y de obtención de información precisa.

El beneficio mayor de esta investigación la obtiene la conducción de las Fuerzas Armadas, representados en el Personal Militar de Sanidad, que atiende la problemática de salud mental. Al respecto, se debe inferir, que las actividades de promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, son los puntos de importancia a considerar, teniendo en cuenta las características de violencia que se despliega en las actuales actividades militares (guerras de cuarta generación).

Es importante pensar que los conocimientos de los aspectos de promoción y prevención de la salud mental, tiene una sustancial recepción en el personal militar que fue informado o que lo realiza cotidianamente, dado que se sienten protegido ante posibles situaciones disruptivas. Esto es notorio en la actividad aeronáutica militar, en donde la prevención de la salud mental, es parte del protocolo de protección del piloto militar.

Esta investigación puede ser el inicio de toma de decisiones, para la resolución de problemas reales que acontecen, no solo en las Misiones de Paz, sino en las operaciones que le son propias a las Fuerzas Armadas. Esta investigación llenaría un vacío de conocimientos en la materia y podría ser una generalizadora de nuevas investigaciones. Esas nuevas investigaciones deberían estar nutridas de ocurrencias, ideas, hipótesis para futuros estudios, posibilidades de exploración de fenómenos que acontecen en actividades profesionales o adaptaciones a ambientes con dificultades.

Interrogantes

De lo anterior expuesto, permitió plantear las interrogantes, objetivos e hipótesis que dan sustento a este trabajo de investigación. El interrogante principal fue el siguiente:

Interrogante principal

¿Qué consecuencias se extraen del Relevamiento Sanitario efectuado, entre el 14 y 31 de octubre de 2004, a los efectivos argentinos destacados en la República de Haití, a un mes de los acaecimientos producidos por el Huracán “Jeanne” con relación a presencia de los síntomas de Ansiedad y Depresión y de indicios de Estrés Postraumático?

Interrogantes secundarios

Que a su vez han dado lugar e a los siguientes Interrogantes Secundarios:

¿Cuáles son las principales causas psicológicas que reducen la capacidad y la voluntad del Personal Militar a dar respuestas apropiadas a las exigencias de las Misiones de Paz?

¿Cuáles son las actuales percepciones que el Militar Argentino tiene de los síntomas de Ansiedad y de Depresión y de Estrés Postraumático?

¿Por qué los síntomas de Ansiedad y de Depresión producen perjuicios en el Personal Militar?

¿Cuáles son las acciones orientadas a los Conductores de las Misiones de Paz, en base a estrategias de Psicoeducación, psicoterapia cognitiva–analítica y terapia cognitiva–

conductual para abordar la Promoción y Prevención de los síntomas de Ansiedad y de Depresión al Personal Militar?

Objetivos

Dichos interrogantes han constituido la piedra angular de esta investigación cuyo objetivo general es:

“Estudiar los resultados obtenidos de las evaluaciones de Ansiedad y de Depresión y Estrés Postraumáticos, efectuados por los Profesionales de la Salud Mental que integraron la comisión del Relevamiento Sanitario, al Personal Militar Argentino destacado en la República de Haití, durante el 14 y 31 de octubre de 2004, a fin de determinar si la mayor cantidad de síntomas se produjo en el Personal Militar de la zona de Gonaïves, influencia del huracán o en aquellos ubicados en Puerto Príncipe”

Del anterior se desprenden los siguientes objetivos específicos:

-Describir las percepciones que el Militar Argentino tiene de los síntomas de Ansiedad y de Depresión, para determinar las causas por las cuales producen perjuicios en el Personal Militar.

-Analizar si los síntomas de Ansiedad, Depresión y Estrés Postraumáticos son causas Psicológicas que reducen la capacidad y la voluntad del Personal Militar, a los efectos de generar respuesta apropiadas a las exigencias de las Operaciones Militares de Misiones de Paz.

-Analizar si los síntomas de Estrés Postraumáticos que sufrió el Personal Militar de la Mision de Paz, esta relacionado con sus actividades profesionales, a fin de indicar cuales serian los nuevos modos de acción en el adiestramiento.

-Determinar acciones con estrategias en Psicoeducación, psicoterapia cognitiva–analíticas y terapia cognitiva–conductual orientadas a los Conductores de las Misiones de Paz, encauzadas en la Promoción y Prevención de los síntomas de Ansiedad y de Depresión del Personal Militar a su cargo.

Hipótesis

Con el enunciado de los objetivos, surgió como Hipótesis a corroborar, la siguiente:

El Relevamiento Sanitario llevado a cabo al Personal Militar Argentino, perteneciente a la Misión Paz de la Republica de Haití, entre el 14 y 31 de octubre de 2004 infiere que, aquellos que estuvieron destinados en la localidad de Gonaïves, presentaron más reacciones compatibles con síntomas de Ansiedad, Depresión y Estrés Postraumático, en relación a la población militar destinados en la zona de Puerto Príncipe.

Estructura del Trabajo de Investigación

A partir de lo expuesto, este trabajo de investigación académico se compone de:

Capítulo 1: ASPECTOS SOBRESALIENTES DEL MARCO HISTÓRICO, TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Se abordan inicialmente los marcos teóricos e históricos. Inmediatamente se analizan estudios o antecedentes previos de profesionales argentinos de la salud mental. Finaliza el capítulo con una vasta explicación del marco conceptual, en donde se hacen explícitos los términos utilizados en la Hipótesis General.

Capítulo 2: ESTRUCTURA BASICA DE NACIONES UNIDAS. CONFORMACION DE MINUSTAH Y DESPLIEGUE DEL COMPONENTE ARGENTINO DE MISIONES DE PAZ EN HAITÍ. HURACÁN “JEANNE”

Se expone, en forma concentra la conformación de la Organización de Naciones Unidas (ONU), Consejo de Seguridad y la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH) y como se dio inicio a las operaciones de la Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití (MINUSTAH). Continúa con la disposición del Contingente Argentino que participara en la Republica de Haití y las actividades desplegadas en las ciudades de Gonaïves, Saint Marc y Puerto Príncipe

Por ultimo realiza una reseña del accionar del huracán “Jeanne”, de las actividades desplegadas por el Contingente Argentino y una descripción de las categorías de los huracanes y sus escalas.

Capítulo 3: **DISEÑO E INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS**

Se expone un concepto básico del tipo de instrumentos de recolección de información utilizados y se dispone la ampliación del conocimiento en los Anexos correspondientes. Luego se explica cómo fueron los procedimientos de recolección de la información. Obtenidos los resultados, las presuntas personas damnificadas se las entrevista dentro del contexto de atención primaria de la salud mental.

Finalmente se explica el criterio de inclusión y exclusión adoptada, el sustento en la confidencialidad de las personas y en los principios bioéticos necesarios, suficientes y fundamentales para la credibilidad de los individuos evaluados.

Capítulo 4: **RESULTADOS**

Los profesionales de la salud mental suministraron los inventarios de auto evaluación y obtuvieron los resultados. Se determinó que personas debían ser entrevistadas dentro del contexto de atención primaria de la salud mental. Estos esquemas de evaluación efectuados al Personal Militar se los realizo sin presiones ni imposiciones.

Capítulo 5: **CONCLUSIÓN, COMENTARIOS Y SUGERENCIAS**

Aquí se aborda las conclusiones de la investigación, se efectuaran comentarios y se plantearan sugerencias. Se propone la necesidad de un conocimiento más profundo de la generación de síntomas en salud mental y efectuar una reinserción familiar y social previa al repliegue del contingente. Al final, hay un breve resumen del aporte profesional del autor.

La metodología empleada

A esta investigación se la podrá identificar como un trabajo de campo, dentro de un proceso de investigación cuantitativa, de diseño no experimental, transeccional o transversal descriptiva.

Es una investigación cuantitativa porque estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas.

El diseño no experimental, es un sistema de investigación que se realiza sin manipular deliberadamente las variables independientes, para ver su efecto y observar los fenómenos tal como se dan en su contexto natural y poder así analizarlos.

Estas evaluaciones se suministran en un periodo acotado y establecido, que se lo considera por la magnitud del estudio, como si fuese un solo momento, razón por lo cual es un estudio transeccional o transversal. (Hernández Sampieri, 2014).

La investigación no experimental es sistemática y empírica, en la que las variables independientes no se manipulan, porque ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa y dichas relaciones se observan tal como se han dado en su contexto natural (Hernández Sampieri, 2014, p. 153).

Instrumentos de Recolección de Información

Cómo técnicas de recogida de información empleamos la revisión de fuentes de observación secundaria (documentos) y entrevistas abiertas, semi o no estructuradas y de carácter individual

Las técnicas empleadas fueron recopilación bibliográfica, documental y entrevista. (Cea D´Ancona, 1999, p. 88)

Relevancia de la Investigación.

La presente investigación tiene como relevante los siguientes aspectos:

El origen de la información es producto de la extracción del contenido de un trabajo de campo, que se efectuó luego de una situación disruptiva. Lo significativo es que, la cobertura de evaluación de síntomas fue individualizada en la totalidad de las personas presentes y ofrece un conocimiento sistemático, que se presenta en el trabajo y se desarrolla en una investigación.

Esto comprueba que los testimonios obtenidos son logrados de una fuente primaria y además fiable, dado que con esos registros se procedió a determinar qué persona padecía de síntomas, para proceder al respecto.

Los elementos importantes utilizados en esta investigación son también fuentes primarias, fundamentalmente las publicaciones de uso a nivel mundial y de las publicaciones efectuadas por profesionales de recorrida trayectoria.

En la investigación existen fuentes de información secundarias, que por su poca trascendencia en la demostración final del trabajo, no se las considera de importancia para ser verificadas, pero si para la demostración de situaciones particulares, como la expresión “Relevamiento Sanitario” que es una actividad que se desarrolla en el mundo, pero en América del Sur se la conoce con estas características.

Los datos de la presente investigación son los extraídos de los resultados de los registros obtenidos del suministro de los inventarios de auto evaluación. Su fiabilidad está dada en que la información del trabajo fue obtenida adecuadamente en el terreno, siguiendo los protocolos que establece cada inventario y suministrado por profesionales de amplio conocimiento y experiencia en la temática.

El presente trabajo es verificable, dado que los registros aquí establecidos, son los originarios de las evaluaciones y no presentan opiniones personales de los trabajadores de la salud mental, que modifiquen o alteren los resultados.

Asimismo, se deja constancia que el material utilizado no se obtuvo como producido de un contrato con empresas de servicios tercerizados, ni para promoción de los ejecutores, ni beneficio de una publicidad, ni fue publicado con anterioridad como elemento de investigación, ni como nota de prensa.

El trabajo de investigación tiene validez interna. Se sustenta en los inventarios seleccionados para la búsqueda de síntomas. Estas herramientas son utilizadas mundialmente y por supuesto, tiene una traducción adecuada al español utilizable en el

medio argentino. Esta alternativa tiene una adecuada validación y fiabilidad que permite su utilización sin inconvenientes. Estas alternativas están debidamente justificadas en los Anexos 1 y 2.

Asimismo, la validación interna no se vio afectada por rasgos o habilidades. Como era necesario evaluar al conjunto de personas, no se generó diferencias de ninguna índole ni regresión estadística. Esto permite que no se efectúe correcciones por medidas, dado que la consideración era dada por el resultado de cada individuo y no del grupo. Tampoco se empleó motivación y expectativas de maduración, dado que el tiempo que se emplea para la concreción del llenado de los inventarios es poco (ambos no pueden superar la media hora). Esto permite que no se produzca un agotamiento o situaciones efectivas de pérdidas de sujetos.

No se puede considerar la validez externa en este trabajo, en tanto trabajo de investigación. Lo adecuado es que se lo publique para poder ser utilizado como alternativa de comparación o de sustitución. A partir de esta circunstancia, tendrá validez externa.

La recolección de información de síntomas en el Personal Militar se efectuó con el mayor de cuidados. Esto permitió obtener datos seguros y adecuados. Esta disposición a la tarea, brinda confianza en los resultados. Esta actividad concreta da sobradas confiabilidad a los resultados de la investigación.

Esta actitud valedera da claros signos de objetividad, dado que los indicadores utilizados son reales, fueron obtenidos de una actividad existente y sus testimonios son definitivamente imparciales. Fue ecuánime el análisis de los datos obtenidos, dentro de un contexto de honradez y ética profesional, dado que estos resultados fueron la base en donde se solidificó la atención primaria de la salud mental. Este parámetro fundamental, permite la presentación del conocimiento de manera neutral, siendo una característica imprescindible para el análisis que pretenda aportar resultados, de una investigación como información científica.

Como es consabido, este trabajo de investigación se realiza con evaluaciones transversales efectuadas en un tiempo, las cuales no se pueden volver a repetir. No obstante, la objetividad expuesta para el logro del material, responden a actitudes profesionales éticas, que conciben con aptitudes de verdad y dignidad.

CAPITULO 1

ASPECTOS SOBRESALIENTES DEL MARCO HISTÓRICO, TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Introducción

El presente trabajo no se sustenta específicamente en estudios históricos iguales o similares. El marco teórico aborda conceptos vertidos por notorios profesionales de la salud mental argentinos que ilustran con sus conocimientos y experiencias los temas en estudio, complementados por lo manifestado por las publicaciones y clasificaciones de mayor utilización en psiquiatría – psicología, como también el aporte de la escuela norteamericana. Por último se desarrolla un marco conceptual en donde se analiza los términos más elocuentes, empleados en la Hipótesis General.

MARCO HISTÓRICO

Al no encontrarse registros Institucionales, se consideró que esta fue la primera actividad concreta que se desarrolló como acción de Prevención en Salud Mental en Misiones de Paz, emprendidas por la República Argentina.

No obstante, de la búsqueda bibliográfica se pudo observar que, dentro del contexto de varios trabajos de investigación, en donde las personas evaluadas por sendos inventarios no padecían trastornos relacionados con patologías psiquiátricas-psicológicas. Se asume que los utilizaron porque consideraban que por su confiabilidad y validez son lo suficientemente aceptables para estas exploraciones. Estos trabajos observados en Internet son posteriores a los realizados por el grupo que integraron los Profesionales de la Salud Mental y que llevaron a cabo el Relevamiento Sanitario en Haití de marras.

MARCO TEÓRICO

Como se ha manifestado en la Introducción, los síntomas de Ansiedad, de Depresión y de Estrés Postraumático siempre están latentes en las actividades de alto riesgo.

En tal sentido, las Misiones de Paz no son una excepción y adquieren notoria relevancia cuando el sistema del que forma parte los efectivos militares involucrados, vive situaciones extremadamente demandantes, como ser: conflictos bélicos o desastres naturales o epidemias.

Es en esta ocasión en donde el Personal Militar interviniente en una Misión de Paz comienza a sentir los embates furtivos que se avecinan, imaginando los posibles dramas venideros.

Cuando el escenario de malestar se concreta, lo afronta con entereza y prestancia. Luego de su final, se siente orgulloso del deber cumplido. Hay que reconocer en este Personal Militar, a un conjunto de individuos lo suficientemente comprometidos, para salir airosos de la contienda.

Es el tiempo ahora, de atender en forma rápida un problema físico o algún caso de salud mental emergente. Lo que se debe considerar es: controlar, a partir de una evaluación de prevención en lo relacionado con Salud Mental, al Personal Militar involucrado en la crisis, fundamentalmente en los aspectos relacionados con los estados de Ansiedad y de Depresión y del eventual surgimiento de Estrés Postraumático.

Se debe considerar que los principios de Ansiedad son reacciones que se presentan en todas las personas. Generalmente se produce sensación de aprehensión difusa, de tono desagradable y vago. Suele estar acompañada por sintomatología como: dolores de cabeza, opresión en el pecho, problemas gástricos, incapacidad de mantenerse sentado o de pie durante un rato en un mismo sitio. Los síntomas de Ansiedad son particulares de cada individuo.

La Ansiedad puede ser considerada sana cuando sirve para solucionar o evitar un problema que influyan en nuestra calidad de vida.

Cuando una Ansiedad se torna desagradable es porque estamos expuestos a una amenaza, sin llegar a ser patológica. Si no es patológica, se la puede asimilar a emociones como el miedo, angustia, preocupación, etc. (Kaplan, 1985).

En los episodios depresivos típicos, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad.

Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. (CIE-10, 2008).

El Estrés Postraumático es la alteración que más se asocia a las víctimas directas e indirectas de accidentes, situaciones sociales, conflictos bélicos o desastres naturales. Se caracteriza porque emergen síntomas luego de sucesos disruptivos extremadamente traumáticos, en donde el individuo experimenta un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física. (Cía, 2001), (Benyakar, 2006).

Este individuo pudo haber sido testigo de un acontecimiento donde se produjeron muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas o bien, tomar conocimiento a través de un familiar o cualquier otra persona cercana, de acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves. (Pichot, 1995).

Es requisito fundamental para su diagnóstico presuntivo, que la persona que ahora es la víctima, manifieste con significación el horror y miedo vivido, que enuncie si tiene re-experimentación del evento traumático, sueños, pesadillas, evitación persistente de los estímulos con el o los elementos disruptivos y disminución de la capacidad general de reacción. Además, requiere que tenga una duración de un mes o más y que provoque un malestar significativo en áreas importantes de la vida del afectado. (CIE-10, 2008).

Esta evaluación preventiva responde a lo dispuesto por la Organización Mundial de la Salud, a los efectos de determinar posibles malestares característicos, que puedan agudizarse primero y para luego llegar a ser crónico. (OMS, 2004a).

Estudios y Antecedentes

Existen pocos registros de trabajos o escritos o investigaciones o antecedentes, directamente relacionados con la Promoción, Prevención y Atención Primaria en Salud Mental en la República Argentina.

Considerar lo escrito por José Bleger en su libro *Psicohigiene y Psicología Institucional*, resalta la concientización y el despliegue de magnos pensamientos que enaltecen a la Psicología Argentina, que plasmó en varios libros de fuste, que actualmente tienen plena vigencia como “*Psicología de la Conducta*”.

En el título “Objetivos de la higiene mental” del Capítulo I “El Psicólogo Clínico y la Higiene Mental” de su libro “*Psicohigiene y Psicología Institucional*”, Bleger advierte que: tanto para la medicina como en la psicología, los objetivos de la higiene mental se deberían dar:

“Primero, modificar la asistencia psiquiátrica, llevándola a condiciones más humanas (mejores hospitales y mejor atención) y con ello una mayor proporción de curaciones.

Segundo, realizar diagnósticos precoces de las enfermedades mentales, posibilitando tasas más elevadas de curación, con la consabida disminución del sufrimiento y de la internación.”

Sigue, y expresamente dice:

“Esto sigue siendo para nosotros un objetivo fundamental, en el nivel en que se desenvuelve o realiza la asistencia psiquiátrica en nuestro país; en general, el diagnóstico se hace todavía muy tardíamente y se diagnostica la enfermedad mental en momentos o periodos equivalentes al del diagnóstico de cáncer cuando ya hay caquexia o metástasis. En esto, el psicólogo clínico puede colaborar de manera muy fundamental, pero la responsabilidad de este problema recae preponderantemente sobre el psiquiatra.

Un tercer objetivo, que se fue delineando cada vez más firme y netamente, ya no se refiere solamente a la posibilidad del diagnóstico precoz, sino básicamente a la profilaxis o prevención de las enfermedades mentales, actualmente antes de que éstas hagan su aparición, y, en consecuencia, evitándolas.

En cuando se han desarrollado, en cierta medida, los objetivos anteriores, aparece en la higiene mental la necesidad de atender a la rehabilitación, ya sea del paciente curado que debe reintegrarse a la vida plena, ya sea del curado con

déficit o secuelas, o ya de aquel por quien la medicina curativa no pudo hacer nada.

El objetivo históricamente más reciente en la higiene mental ya no se refiere tan solo a la enfermedad o a su profilaxis, sino también a la promoción de mayor equilibrio, de un mejor nivel de salud en la población. De esta manera ya no interesa solamente la ausencia de enfermedad, sino el desarrollo pleno de los individuos y de la comunidad total. El énfasis de la higiene mental se traslada así *de la enfermedad a la salud*, y, con ello, *a la atención de la vida cotidiana* de los seres humanos. Y esto es para nosotros de vital importancia e interés” (Bleger, 1999, pp. 29-30).

En otro aspecto, el Dr. Moty Benyakar nos advierte que los desastres y las catástrofes son la máxima expresión de la implosión de un evento fáctico en el psiquismo y puede provocar una profunda patogenicidad en el damnificado. Para abordar “lo traumático” en el análisis de la salud mental en situaciones de desastres, el Dr. Benyakar postula el concepto de “desórdenes disruptivos”, que para el caso que nos convoca, las situaciones repentinas, provocan un desorden de integración psíquica, cuando irrumpen en adultos con mecanismos y defensas constituidas.

La “situación disruptiva” acaece en el mundo externo e invade en el psiquismo, provocando la ruptura abrupta de un equilibrio u homeostasis existente. Esta ruptura puede ser transitoria o permanente. Su potencial puede provocar una profunda patogenicidad en el damnificado y se relaciona tanto con las características de la amenaza contenida en dicha situación, como con la posibilidad y tipo de reacción a futuro.

El concepto de situación disruptiva caracteriza a los eventos de alto potencial, que pueden generar un desorden en el funcionamiento psíquico. Ellos pueden ser del orden del estrés o del trauma, con rasgos de ansiedad o depresión, o en contados casos llevar estados psicóticos.

Durante la situación disruptiva, resulta difícil distinguir con precisión entre lo normal y lo patológico, adaptado e inadaptado. Es claro que hay humanos que sufren daños, pero la potencialidad confirma que no toda situación disruptiva desarrolla una reacción patógena.

En este contexto, debe abordarse la diferencia entre víctimas y damnificados.

Víctima es la persona que queda atrapada por la situación, petrificada en esa posición. Pasa de ser un sujeto a ser un objeto de lo que acontece.

El damnificado es una persona que ha sufrido daños ocasionado por la situación que imperó, pero conserva una movilidad psíquica que le permite mantener la subjetividad.

Asimismo, es difícil evaluar el comportamiento durante los eventos disruptivos. También es complicado evaluar la Salud Mental en forma cuantitativa, tiempo después del acontecimiento. No obstante, el Dr. Moty Benyakar dice que el análisis se debe realizar en diferentes categorías:

- La medición subjetiva de los síntomas psicológicos
- Los instrumentos diagnósticos
- El funcionamiento familiar
- La medición de disturbios psicofisiológicos y biológicos
- Medidas de la conducta

Todos requieren de distintos instrumentos de medición.

Las situaciones disruptivas se caracterizan por infligir daños psíquicos a personas que funcionaban dentro de los “parámetros de la normalidad”.

En la sensación de damnificado, un factor externo le ha provocado un deterioro.

Es aquí donde el profesional de la salud mental debe tener en cuenta esta problemática, para poder ayudar al damnificado a que se pueda correr de esta situación, pues en caso contrario, se tendera a la codificación y quedará al margen de todo funcionamiento dentro del marco social.

Nos relata el Dr. Benyakar como experiencias adquiridas, que en la guerra de Yom Kippur, fue importante asistir a los profesionales que tenían que hacer frente a situaciones que hasta el momento nos eran desconocidas.

Cuando el peligro pasó, pueden observarse reacciones emocionales diferidas, incluso serias descompensaciones. Se da en particular en los sujetos que estuvieron expuestos a las actividades de salvataje y evacuación. Esto implica manifestaciones psíquicas y morales. Estas reacciones pueden manifestarse como crisis de llanto, temblores o accesos de cólera y agresividad, disturbios del sueño, falta de capacidad para concentrarse, desinterés por lo cotidiano, etc. y pueden provocar alteración social. Estos estados suelen conservar el criterio de realidad y los diferencian entre estados de ansiedad, estados ansiofóbicos, estados histéricos y neurosis traumática.

El programa de Salud Mental en situaciones disruptivas que propone el Doctor Benyakar los divide en:

La prevención a largo plazo. Se realizan con:

- Programas de salud mental en desastres en el nuevo milenio y
- Los actos de entrenamiento.

La prevención durante la situación crítica. Prevé:

- Programas de atención en el área de salud mental durante y después del desastre
- El equipo de Salud Mental (Benyakar, 2002).

Asimismo, el Dr. Benyakar en otro artículo, se refiere al estrés y destaca:

“La esencia del concepto estrés remite a la existencia de una amenaza detectada como tal y al desarrollo de las defensas concomitantes.”. Lo complementa diciendo que: “La detección o percepción de una amenaza y la acción defensiva ante esta será lo que distinguirá al estrés del trauma...”

A partir de 1950 el concepto estrés, adquirió en la literatura psiquiátrica mayor relevancia, de manera tal que hoy en día es considerado como el "mal que acosa a la sociedad moderna".”

Continúa el Dr. Benyakar y hace alusión a:

“Hans Selye quien definió el estrés como: "La respuesta inespecífica del cuerpo a toda exigencia o demanda a éste", y postuló el Síndrome Biológico de Estrés (Biological Stress Syndrome) conocido también como Síndrome General de Adaptación (General Adaptation Syndrome). Describe al estrés como las respuestas orgánicas y fisiológicas ante cualquier tipo de estímulo que exige del organismo una inmediata defensa para sobreexistir. A partir de las proposiciones de este autor, el estrés como concepto adquiere centralidad, transformándose en un término casi de uso cotidiano.”

Luego dice: “Refiriéndose al concepto estrés, Cohen y colaboradores postulan que este fenómeno consiste en las tensiones reactivas, físicas y emocionales, que pueden derivarse de eventos objetivos o estímulos externos, o ambas cosas a la vez. Llamando a estos factores, estresantes.”

Extiende su exposición realizando una conformación en función de las teorías relacionadas al estrés y recalca que:

“...diversos factores que lo producen, variando estos según su fuente y su tipo. Estos factores desencadenantes aparecen conjugados con mecanismos de resolución de la desregulación homeostática, provocados por los mismos. Los factores desencadenantes postulados son:

1. factores previos, que actúan como mediadores;
2. cambios en los sistemas biofisiológicos;
3. impacto y variación en los procesos cognitivos;
4. factores amenazantes como eventos sociales, factores psicológicos y su significado simbólico.”

Inmediatamente hace una leve conceptualización del estado del organismo ante los diversos estímulos ambientales que pueden producir estrés, afirmando:

“Los individuos responden de manera diferente a los mismos estímulos, algunos parecen insensibles a los estímulos amenazantes, otros son especialmente vulnerables a ellos. Los estados de estrés originan respuestas psicobiológicas de duración variable. Estas respuestas dependen del número, intensidad, frecuencia, duración y prioridad de las demandas a que se ven sometidos los mecanismos de resolución de crisis de cada individuo.

Los nuevos descubrimientos acerca de las funciones neurovegetativas de las endorfinas, explican en cierta medida las características fisiológicas, relacionadas a las reacciones de estrés. Las endorfinas, sustancias químicas encefálicas que nuestro organismo produce, tienen efectos potentes, específicos y selectivos sobre las neuronas. Se corroboró que las endorfinas actúan como neurotransmisores y guardan relación con ciertos aspectos de la conducta, la percepción del dolor y la regulación de las emociones. De esta manera podemos saber un poco más acerca del mecanismo del dolor, pero nada podemos decir acerca de lo que provocó el sufrimiento psíquico del individuo. Regulando químicamente la función de las endorfinas, podríamos calmar el dolor, pero nunca apaciguaríamos el sufrimiento. Las reacciones al estrés varían según la situación. La intensidad del factor amenazante, el estado de salud de la persona, los tipos de sistema de apoyo en la comunidad, la red de apoyo familiar y patrones habituales de interacción humana del sujeto, tienen gran influencia sobre la incidencia de los síntomas. En términos generales el sistema sobre el cual actúa el estrés podría considerarse fluctuante, abierto, dinámico y fluido.”

Luego, para entender lo denominado “vivencia traumática” se debe distinguir entre “situación” y “vivencia” y dice:

“Toda situación, por más terrible o destructiva que sea, puede o no, provocar una vivencia traumática. Suele generalizarse a priori, y por ello denominar a guerras, terremotos, accidentes, y violaciones, bajo el rótulo de "situaciones traumáticas". Como si lo traumático fuera la situación. Los eventos, se diferencian entre sí, por su potencial incisivo o disruptivo en el psiquismo. Por lo tanto, llamo "situación disruptiva", y no "situación traumática", a cualquier

situación que independientemente de lo que significa por sí misma, pueda ser experimentada como "vivencia traumática", o bien como "vivencia de amenaza", esencialmente diferente a la anterior.

Defino la "vivencia traumática", como el colapso de las relaciones entre lo psíquico, social, temporal y espacial. Esta es una vivencia de vacío, que irrumpe intempestivamente. Es una vivencia a-verbal. No es que el damnificado, no encuentra palabras para expresar lo vivido, no las tiene ni las tendrá. A modo de metáfora diría, que "la vivencia traumática", es un agujero en el psiquismo. Este vacío se produce porque el impacto, entre lo acaecido y lo vivenciado, no pudo ser metabolizado." (Benyakar, 1997).

En otro artículo, de más reciente data, el Dr. Benyakar hace alusión a la "vivencia traumática" y al "vivenciar traumático" y los define como procesos psíquicos de desarticulación entre el afecto y la representación y concluye:

"Pretendo dejar en claro que 'Lo Traumático' no es lo que sucedió, sino el modo en que cada psiquismo lo vivencia. De este modo, al hablar de trauma, nos estamos refiriendo a una modalidad de procesamiento psíquico que, paradójicamente, es la falta de capacidad de procesamiento, a lo que he llamado '*La vivencia de no vivencia*'.

Las barreras idiomáticas son un ejemplo de la dificultad que tenemos de abordar el concepto de 'Vivencia'. El Inglés cuenta solo con la palabra '*Experience*'; el francés se vale de un término más subjetivo como '*Le vecu*' (Lo vivido), pero que aún no especifica si se remite a algo psíquico o fáctico. J. P. Sartre trata de superar este problema utilizando el concepto de '*Fait Vecu*' (hecho vivido), para remitirse a la 'Vivencia' y diferenciarla de la 'Experiencia'.

Agraciadamente, en el idioma español tenemos la palabra 'Vivencia', propuesta por Ortega y Gasset. De este modo podemos hacer una diferencia clara entre 'vivencia' y 'experiencia'.

Entiendo que la '*Experiencia*' es la conjugación del evento fáctico (el accidente, la explosión de una bomba, el acto de violación, etc.) con la vivencia concomitante, o sea el modo en que el psiquismo de la persona en cuestión ha podido articular el afecto emergente con la representación correspondiente. Las experiencias pueden ser terribles y pueden tener impactos disruptivos sumamente movilizantes o desorganizantes, pero por mayor que sea la magnitud del evento fáctico, no siempre esas experiencias se caracterizan por estar compuestas por vivencias traumáticas. Subrayo de este modo, una vez más, que la 'Experiencia' es la conjugación de dos factores básicos: un componente fáctico disruptivo, o no, y el procesamiento psíquico que puede ser traumático o no.

La *'Vivencia Traumática'* no pertenece ni al orden de la represión, ni al orden del conflicto, sino que se trata de un proceso psíquico de desarticulación que se gesta por no haber podido introyectar el impacto disruptivo en forma activa.

En pocas palabras, respecto a la actividad clínica, podría decir que las cualidades inefables de la vivencia me llevaron a una búsqueda de las modalidades de procesamientos psíquicos y las características de desarticulación que ellas tienen. Esto me permitió desarrollar lo que he llamado la *'Interpretación vivencial'*, intervención que está dirigida a abordar la capacidad específica de procesamiento de cada uno de los pacientes. De esta forma, se podría evitar, en este tipo de casos, la 'interpretación causal', intervención que, como analistas, estamos habituados a realizar en nuestra práctica cotidiana. La 'Interpretación Vivencial' engloba 3 tipos de interpretaciones: una es la 'interpretación figurativa', la otra es la 'interpretación relacional', y la tercera es la 'interpretación de sentido'. (Benyakar, M.; Lezica, A.; 2006)

Al decir que la vivencia es inefable, esto no implica que sea inabordable. Del mismo modo que por medio de la asociación libre se encuentra el camino para la interpretación de los sueños, tratando de dilucidar los efectos de la represión, debemos encontrar una manera más específica de abordar 'Lo Traumático'. La 'Vivencia Traumática' se caracteriza por su desarticulación; por lo tanto, la labor asociativa o el uso de la causalidad que otorgan las palabras, no posibilitarían su adecuado abordaje. Es por ello que entiendo que a través de la 'Interpretación Vivencial' podremos tener un mejor acceso a 'Lo Traumático'.

Poner en práctica la 'Interpretación Vivencial' demanda una concepción del aparato psíquico que diferencia tres tipos de afectos específicos: las *sensaciones*, que devienen puramente de lo corporal puesto que son senso-perceptivas; las *emociones*, que son afectos relacionales y que dan cuenta de la existencia de la otredad; y los *sentimientos*, que son afectos manifestados por la palabra y tienen dimensión de tiempo y espacio.

'Lo Traumático', a mi entender, se puede abordar más eficazmente desde la 'Interpretación vivencial' de las *sensaciones*. Es a este tipo de interpretaciones que he llamado *'Interpretaciones Figurativas'*, ya que a partir de lo postulado por Freud en *La interpretación de los sueños*, las figuras son las creaciones más arcaicas de nuestro psiquismo, siendo ellas las representantes de las sensaciones como afecto. Por lo tanto, la 'figurabilidad' servirá de base para el desarrollo de las palabras plenas, o palabras que dicen afectos. Es así como entiendo que en nuestra labor clínica, en este tipo de situaciones, el uso de palabras que remitan a una causalidad, puede llevar a una labor más conectada con procesos cognitivos, en vez de abordar a 'Lo Traumático' desde los procesos inconcientes más originarios, al decir de Piera Aulagnier. (Aulagnier, P.; 1977)

El desarrollo de la *'Interpretación vivencial'* en el abordaje clínico de 'Lo Traumático' requiere de una adecuada reformulación de diferentes conceptos, encadenados entre sí, que permitirá mayor especificidad en nuestra labor profesional. He tratado de explicitar en este trabajo la relación entre los diferentes conceptos relacionados a *'Lo Traumático'*. Ellos son:

'Lo Disruptivo' como fenómeno fáctico, con sus cualidades específicas;

'La Vivencia Traumática', como modalidad psíquica de desarticulación entre el afecto y la representación; y los *'Procesos figurativos'*, que bien los conocemos en la interpretación de los sueños como lenguaje posible para el abordaje de procesos muy originarios, y que en este caso serían abordados por la 'interpretación figurativa'.

Posiblemente emerja la pregunta del por qué tanta cautela ante el abordaje de 'Lo Traumático'. Pienso que es porque debemos tomar en cuenta que en muchos casos podemos quedar capturados por lo impactante del relato de 'Lo Disruptivo' o atrapados por sintomatologías muy floridas que emergen en este tipo de situaciones, sin dilucidar que esa sintomatología es simplemente uno de los tantos intentos de elaborar esa desarticulación entre el afecto y la representación.

Quedar atrapado en el relato, tratando de buscar causalidades a lo fáctico, es tan peligroso como pretender acallar el síntoma sin elaborar los procesos concomitantes. Es por ello que pienso que el abordaje adecuado de la 'Vivencia Traumática' es un reto, tanto para el tratamiento de los impactos disruptivos traumatogénicos, como así también para repensar algunos procesos en la clínica cotidiana." (Benyakar, 2012).

Es importante conocer cómo se han suscitados los acontecimientos históricos, que dieron lugar a situaciones que aun hoy persisten, como la de considerar a la categoría estrés postraumático como una patología siempre proveniente de una situación disruptiva y no proveniente de una evaluación concienzuda y oportuna. El Dr. Benyakar expone:

"En los últimos años, han surgido diversos desarrollos respecto a los conceptos trauma y estrés. Su etiología y tratamiento son aspectos fundamentales, pero aún no suficientemente desarrollados.

En el caso de la "vivencia traumática", el mundo externo al irrumpir en el mundo interno, produce un especial fenómeno, al que denomino "fenómeno de compensación", o "exigencia de reparación". A diferencia de otro tipo de patologías psíquicas, (neurosis, psicosis, desordenes de la personalidad, etc.), en este caso el damnificado acusa al mundo externo, o sea a la sociedad, por el daño que se le ha provocado....

...La tendencia a reparar o compensar, no viene solo de las necesidades del damnificado, sino también de los marcos sociales. Uno de los mecanismos que el "mundo externo" utiliza para reparar la culpa, que genera en el resto de la sociedad ese daño provocado, son las indemnizaciones, o asumir la responsabilidad de los tratamientos, destinados a reparar el daño causado al damnificado.

Este fenómeno es uno de los factores que impulsa al entorno social, por medio de profesionales de la salud mental, a establecer criterios de diagnósticos que pretenden ser claros. Una de las complicadas metas diagnósticas, sería establecer si realmente nos encontramos ante desordenes psíquicos producidos por el evento, o no.

Estos diagnósticos son de fundamental importancia tanto para la disposición de los tratamientos, para responder a la responsabilidad ético-moral de la sociedad ante el damnificado, como así también a las de orden jurídico y económico.

Durante la década del 80, los profesionales de la salud mental intensificaron sus esfuerzos para establecer una clasificación estandarizada de los síndromes llamados "post-traumáticos".

La línea nosológica psiquiátrica europea, representada por el I.C.D-9 y 10, se refiere a los efectos del estrés en situaciones disruptivas. Esta clasificación habla de una reacción aguda al estrés y lo define como: "una alteración pasajera de mayor o menor severidad, de cualquier naturaleza, que ocurre en individuos sin trastornos mentales aparentes, como respuesta a una situación disruptiva excepcional, física o mental, como catástrofes naturales o situaciones bélicas, que usualmente desaparecen en horas o días".

Es de destacar que este manual establece cierta diferencia entre el síndrome de estrés y el del trauma. Sin embargo, la escuela norteamericana incluye en el D.S.M. III, al Síndrome P.T.S.D. (Post Traumatic Stress Disorder) o (Desorden de Estrés Post Traumático), en la categoría de Trastornos de la Ansiedad, en esta primera edición, no suficientemente estandarizada, para luego ser ratificada y validada con su incorporación al D.S.M. III-R y D.S.M. IV.

La escuela norteamericana nos presenta este síndrome ampliamente detallado y analizado. Es innegable que la capacidad de marketing de esta cultura se pone una vez más de manifiesto, ya que hoy en día la mayoría de los tratados de psiquiatría incluyen a este síndrome de acuerdo a la clasificación del D.S.M. IV.

La clasificación de este síndrome, señala como esencial, el desarrollo de síntomas característicos como consecuencia de un evento que ellos titulan como "psicológicamente traumático", evento que generalmente sobrepasa la experiencia humana cotidiana. Los síntomas característicos, están relacionados con el reexperimentar constantemente, lo que estos autores denominan, el

"evento traumático", a saber: deterioro en la capacidad de respuesta y/o disminución de la relación con el mundo externo; acompañados de una variedad de síntomas causados por alteraciones del sistema nervioso autónomo, disfóricos y/o cognitivos.

El D.S.M.III-R enumera determinados tipos de estímulos estresantes que causan traumas psicológicos: "seria amenaza a la vida o a la integridad física; seria amenaza o daño provocado a los hijos, esposa, u otros parientes cercanos; destrucción de la casa o comunidad; ver como se mutila una persona; ver morir o ver alguien muerto y ser víctima de violencia física".

El D.S.M. III-R indica que las alteraciones deben persistir por lo menos un mes para realizar el diagnóstico de P.T.S.D.

Autores de la escuela norteamericana se refieren a que en la etiología del P.T.S.D. se combinan muchos factores; entre ellos los más importantes son: el tipo de estímulo estresogénico, que en general deben ser de tal severidad que produciría síntomas significativos en gran parte de la población. Más esto no es suficiente. Deben coexistir factores individuales como la predisposición, los traumas de la infancia, factores sociales que en general son expresión de la red de sostén comunitario, factores psicológicos que las diferentes escuelas teóricas enumeran de acuerdo a sus concepciones, y por último, factores biológicos que expresan la influencia del sistema nervioso central y autónomo.

Merece ser destacada, la introducción de la categoría diagnóstica "Trastorno por estrés Agudo" en el D.S.M.IV. Clasificación que intenta dar respuesta a la problemática acerca de la categorización de un trastorno en sus primeros estadios, inmediatamente después de acaecido el suceso disruptivo.

La diferenciación propuesta entre ambos síndromes, nos permite repensar el abordaje terapéutico específico, para cada una de estas categorías. Su valor reside no solo en las conclusiones y elaboraciones terapéuticas, sino en la posibilidad de encaminarnos, a la solución de problemas de orden legal relacionados a los subsidios que deben otorgarse.

Considero una evolución del D.S.M. IV, su proposición de aceptar como válido el hecho, que simplemente una explicación verbal, acerca de una situación amenazante, pueda desencadenar síntomas categorizados como pertenecientes al P.T.S.D. Agrega el Manual que "respuestas fisiológicas suelen producirse al exponer al individuo a estímulos, ya sea de origen interno o externo, que simbolizan o recuerden un aspecto del acontecimiento traumático". Por lo tanto, el D.S.M. IV incluye a la representación y/o simbolización de la situación disruptiva, como uno de los posibles factores desencadenantes del síndrome. Amplía, así el espectro presentado anteriormente, en el que sólo la presencia física-concreta durante este tipo de situaciones desencadenará el P.T.S.D.

Quizás la lucha por estandarizar conceptos, que carecían de todo consenso científico y validez, provocó que en una primera etapa el Manual Diagnóstico (D.S.M.) se centrara en la detección de factores observables, e hipotéticamente objetivos. Hoy parecería comenzar a andar sus primeros pasos para la inclusión, en su clasificación, de factores subjetivos. Quizás este Manual evolucione lentamente hacia una visión dinámica de la Psiquiatría, sin perder su meta esencial. En el caso del P.T.S.D., me atrevería a afirmar que estamos presenciando un primer paso para lo que a mi entender es la diferenciación entre Estrés y Trauma.” (Benyakar, 1997).

El Dr. Alfredo Cía, en una entrevista realizada por IntraMed producto de las grandes inundaciones en Santa Fe, dice a partir de las preguntas específicas que se le realizan:

“¿Cómo será el encuentro en Santa Fe?

...Iré junto con el Dr. Rodolfo Liceaga y el licenciado Daniel Bogiaiziam y encararemos diferentes aspectos de dos trastornos o enfermedades muy importantes dentro del ámbito de esta subespecialidad: por un lado, el *trastorno de ansiedad generalizada* y, por otra parte, el *trastorno por estrés postraumático*. Esta última patología tiene particular relevancia en el caso de Santa Fe por los acontecimientos terribles que se vivieron en esa ciudad y que son de público conocimiento.

En algunos casos, al trauma terrible que dejó la inundación se agregaron situaciones de trauma por violencia, por robo. Muchas personas se resistían a abandonar sus hogares para evitar que los despojaran de lo poco que les quedaba. Esto produjo una situación doblemente traumática y prolongada que afectó a muchísimas personas.

¿Cómo respondieron los profesionales de Santa Fe a la demanda de apoyo y contención de la población?

Varias entidades como la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) y otras organizaciones profesionales enviaron especialistas en el momento agudo a auxiliar y asesorar a los profesionales, lo cual resultó muy positivo. Por supuesto, nunca está de más agregar mayor información y capacitación en estas patologías, por lo que espero que muchos profesionales acudan a este seminario.

¿Todas las personas a las que les toca vivir una situación traumática padecen este trastorno?

No, no todos. Hay solo un porcentaje de afectados que depende de factores de riesgo; de mayor vulnerabilidad en determinadas personas, de la intensidad del trauma, del hecho de que sea intencional o no, prolongado o no. Todos estos

factores inciden en que luego aparezcan los síntomas propios de esta enfermedad.

¿Cuáles son esos síntomas?

Las personas afectadas quedan con un estado de hiperalerta o de hiperactivación que hace que se sobresalten más, o que estén hiperatentos a cosas que les puedan ocurrir. Por otra parte, los recuerdos del trauma se les presentan en forma de imágenes o flash backs, lo que puede ocurrir en estado de vigilia o como pesadillas durante la noche. También aparece una tendencia a rehuir todos los recordatorios de la situación traumática. Por ejemplo, una persona que haya vivido la inundación en Santa Fe siente, ante una lluvia persistente, la reactivación de recuerdos terribles. Y aunque la situación no revista la misma gravedad, puede verse perturbada por ello.

Otro síntoma es la denominada anestesia emocional: la persona no reacciona a los estímulos emocionales como lo hacía antes, los familiares la notan rara en lo que hace a su respuesta emocional...” (Cía, 2003).

Uno de los primeros trabajos científicos realizados, es el modelo fisiólogo del estrés que investigó y publicó Walter Cannon en 1929. Se sustenta en la homeostasis, que es la capacidad que tiene los organismos para mantener un equilibrio interno estable, compensando las alteraciones de su entorno, mediante el intercambio regulado de materia y energía con el exterior.

Cuando se manifiesta la variante causa ataque-huida, la respuesta es:

- Acrecienta los niveles de adrenalina y noradrenalina en la sangre
- Aumenta el ritmo cardiaco y la presión sanguínea
- Incrementa el azúcar en la sangre
- Acentúa la respiración
- Hay mayor caudal de sangre desde la piel hacia los músculos (Cannon, 1929).

Los estudios directamente relacionados con trabajos específicos de estrés, los realiza Selye desde 1956. Selye dice que:

“Estrés es un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas, ante cualquier forma de estímulo nocivo y la denomina Síndrome General de Adaptación (SGA)” (Selye, 1960).

Cuando el organismo se enfrenta con un estresor se moviliza a sí mismo y la demanda alude con el mismo patrón de reacciones de respuesta de estrés. Esta respuesta es específica en sus manifestaciones, pero inespecífica a la situación.

El organismo genera resultados en estereotipos. Esta puede ser una respuesta físico, psicológico, cognitivo o emocional. Estas situaciones se manifiestan en:

a. Fase de alarma. La persona se encuentra en el medio estresante. Es aquí donde hay presencia de agentes estresores, a los que el organismo no está adaptado y se coloca en situación de huida o ataque, intentando recuperar el equilibrio interno.

b. Fase de resistencia. Si el estímulo permanece, las reacciones manifestadas en la anterior fase perduran, pero reduce su intensidad y la persona intenta restituir y buscar un equilibrio, intentando apartarse o lograr adaptarse al estímulo estresante.

c. Fase de agotamiento. Utiliza los medios a su alcance o los que dispone para afrontar los estímulos estresantes. Si el organismo no se adapta y el estresor subsiste con características rígidas, llegará la extenuación y volverán los síntomas que caracterizan a la fase de alarma y los organismos del cuerpo y eventualmente la vida de la persona estará en peligro.

Otro grupo estudió al estrés a partir de los estímulos del ambiente y además aceptan que pueden desorganizar o descomponer el funcionamiento del organismo. Al estrés se lo sitúa fuera de la persona como la causa y al individuo le incumbe el efecto.

El grupo que lideró los Psiquiatra Thomas Holmes y Richard Rahe, ha perfeccionado una escala que aborda la orientación de los acontecimientos vitales o el enfoque psicosocial del estrés. Este modelo se basa en las teorías de la especificidad estimular. Lo importante de esta nueva graduación, es la posibilidad de evaluar el estrés y cuantificarlo a través de la Escala de Reajuste Psicosocial. (Thomas y Rahe, 1967).

Aquí se considera que los sucesos vitales son experiencias objetivas, que advierten o trastornan la vida diaria de la persona, produciendo una modificación importante en su conducta, en donde el estrés es una variable independiente.

Más reciente, Lazarus y Folkman han estudiado el impacto de los sucesos cotidianos sobre el bienestar del individuo. Estas son incidencias de menor conmoción, pero más frecuentes, que presentan la vida cotidiana y pueden poseer mayor significado para la salud, que los sucesos vitales.

Luego se ha comprobado que las molestias diarias y las dificultades crónicas, pueden ser tan estresantes como los sucesos vitales mayores, y que además, pueden ejercer un gran impacto sobre el bienestar físico y psicológico.

Un inconveniente surgido de estos análisis, da marco a una situación que puede ser considerada estresante, teniendo en cuenta que hay realidades que son muy estresante para un individuo, pero poco o nada para otra.

Richard Lazarus y su grupo lo abordan desde el afrontamiento y lo definen como:

“Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

Hay que considerar la salud y la energía física, las creencias existenciales (como la fe en algún creador del universo) y las creencias generales del control que pueda tener la persona (sí mismo) o incluso el medio sobre su problema. (Lazarus y Folkman, 1986).

El agente estresor no define el estrés, lo hace la percepción que elabora el individuo sobre la situación estresante. Lazarus y Folkman (1986) distinguen tres tipos de evaluación:

1. La persona juzga el significado de lo que está aconteciendo. Puede ser irrelevante, positiva-beneficiosa o estresante.
2. Evaluación de sus recursos para afrontar el escenario. Aquí se pone en juego el orden cognitivo para adecuarse a la elección de afrontamiento disponible. El éxito de abordaje del estresor está dado por las habilidades de afrontamiento y el apoyo social y material, en donde están en juego sus estrategias, habilidades y capacidades que exige el contexto.
3. Reevaluación. Son procesos de realimentación. Se manifiestan durante la interacción de la persona con las solicitudes internas o externas. Esto genera una reevaluación y eventuales correcciones.

Lazarus y Folkman consideran que las cogniciones son adaptativas o desadaptativas. Dependen de las posibilidades del control de la situación. Hay tres categorías de cogniciones:

1. Cognición de control. Se aprecia que el escenario es manejable con sus recursos.
2. Cognición de amenaza. Debe poner en práctica estrategias de lucha, acción y defensa, posibles y adaptables a sus aptitudes.
3. Cognición de indefensión o derrota. Aquí el escenario no es posible de controlar y no tiene solución.

Asimismo, el significado del estrés es interpretado de distintas maneras por Profesionales de la Salud y el común de las personas.

Para que esto se pueda superar es menester considerar las tres formas generales de cómo actúa el estrés:

a. Como un productor de estímulos. El ambiente produce estresores, que son situaciones de tensión que se perciben como amenazantes o peligrosas. Pueden ser estrés laboral, estrés de estudios, etc. Esta situación puede relacionarse como estímulo de enfermedad, de la salud y el bienestar. Tiene la ventaja de la medida objetiva de ese estrés y en este caso el estrés se considera variable independiente.

b. Como una respuesta. Aquí se considera la reacción de las personas ante los estresores (Selye, 1960). Este estado de tensión que tiene el componentes psicológico (conducta, pensamientos y emociones emitidos por la persona) y el fisiológico (activación arousal o corporal). En este caso el estrés actúa como variable dependiente.

Estímulo-----Respuesta

Estresor-----Estrés

c. Es un procedimiento que integra los estresores como respuestas, a la interacción entre la persona y el ambiente Esta transacción supone una influencia recíproca entre la persona y el medio. El determinante crítico del estrés es cómo la persona percibe y responde a diferentes acontecimientos. (Kertesz, Roberto, Bernardo Kerman. 1985).

Las respuestas de stress se puede dar desde el distress (estado displacentera y habitualmente pernicioso) y eustress (estadio placentero y habitualmente beneficioso) y la relación que se genera en la unidad mente-cuerpo y su inclusión en mundo exterior, en donde se sostiene también, que el apego al excesivo eustress puede acabar con la vida, como acontece en los entretenimientos de alto riesgo o las adicciones. Por lo contrario, el distress como tolerancia de alguna disciplina que exige entrenamiento de alto rendimiento, con actividades desagradables, tolerando temperaturas extremas y dolores, pero que lo sostiene con un objetivo definido, es un ejemplo notorio de sacrificio y representan para la persona un alto valor deportivo o ético. (Kertesz, Roberto, Bernardo Kerman. 1985).

Para los casos específicos relacionados con las actividades militares, en donde siempre prevaleció el alto riesgo, se supone que la incidencia del estrés se ha visto incrementado en

la actualidad, dado que las acciones que se suscitan en los modernos combates, son de mayor intensidad que los de otrora.

Esta variante, no adecuadamente abordada, puede llegar a ser perjudicial para la persona en sí misma, para la Unidad a la que pertenece y las Operaciones que está realizando.

Los principales factores que se identifican como Estrés de Combate en el Personal Militar en situación de guerra o en Operaciones Militares, son los eventos disruptivos, que tiene la capacidad potencial de presentarse o irrumpir en el psiquismo y producir reacciones que alteren su capacidad integradora y de elaboración (Benyacakar, 2006).

En este aspecto, se debe tener en cuenta las características de Vulnerabilidad y de Resiliencia que conlleva el Militar (Zukerfeld, 2005).

Si el Personal Militar no se encuentra lo suficientemente preparado y las condiciones le son adversas, puede contraer patologías relacionadas con la Salud Mental (Kaplan, 1998), especialmente Trastorno por Estrés Postraumático (Cía, 2001 y 2003).

Las alternativas básicas que hoy se consideran efectivas, eficientes y con economía de bienes, es establecer en los componentes del Instrumento Militar para la Defensa, un adecuado programa de Promoción de la Salud Mental (OMS, 2009), Prevención de los Trastornos Mentales (OMS, 2004) complementados con un adecuado programa de Fomento de la Salud Mental (OMS, 2004) que permita ejecutar Atención Temprana de la Salud Mental. Esto se debe integrar con la determinación de las capacidades humanas de enfrentar el manejo del estrés (Kertesz, Roberto, Bernardo Kerman, 1985), para lograr sobreponerse y ser fortalecido o transformado, por experiencias que se generan en la adversidad (Zukerfeld, 2005).

Teniendo en cuenta lo detallado, se debe abordar la Promoción de la Salud Mental, la Prevención de los Trastornos Mentales y el Fomento de la Salud Mental, que comprende como alternativa la Atención Temprana en Estrés de Combate, para que el Personal Militar que compone el Instrumento Militar para la Defensa, tenga las herramientas suficientes y necesarias para resolver las futuras situaciones de estrés que se les presente, las cuales puedan ser sorteadas con suficiencia y no concluyan con patologías de salud mental no deseadas.

La situación deseable es la de Prevención temprana de los advenimientos, en donde hay un acercamiento real de la situación problemática con el conocimiento científico disponible o eventualmente con el conocimiento teórico.

Si hay incorporado personas instruidas o especialistas en el tema al Accionar Militar Conjunto que detecten el problema, que puntualicen datos, situaciones empíricas, conceptos y técnicas que interceden en los acaecimientos, estos profesionales tienen conciencia de los valores y los supuestos involucrados que están articulados, debiendo intervenir en consecuencia.

Si la realidad se agudiza cuando se percibe la dificultad y se requiere intervención, la situación problemática se aborda sin el conocimiento adecuado o conveniente, utilizando medios circunstanciales correctivo.

Los Jefes o Comandantes de las Misiones Militares tienen la obligación de proteger al componente humano de la Unidad, adoptando medidas conducentes de prevención efectiva, que intente dar solución al flagelo del Estrés de Combate. Asimismo, es inevitable que los Conductores deban mantener su estado emocional estabilizado. El Personal de su Unidad Operativa lo percibirá y adoptará sistemas equilibrados en sus sentidos y con bajo nivel de estrés, manteniendo adecuados rendimientos y optima confianza.

Es preciso que estas alternativas deben ser abordadas durante el adiestramiento como: Manejo del Estrés de Combate. Su combinación con otras influencias (como preocupaciones sobre la capacidad de hacer frente a la percepción del peligro) aumentan las habilidades necesarias para cumplir la Misión. Durante este adiestramiento se generarán factores estresantes ambientales, conductas adversas o disruptivas de reacción propias de Estrés de Combate, las cuales se las debe atender oportunamente. Es necesario saber que: una problemática común afecta en forma diferente a cada persona; un problema psicológico es cuando aún no ha alcanzado un cuadro clínico; un trastorno psicológico es la presencia de un comportamiento que sobrepasa el límite de normalidad con un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica y en la mayoría de los casos se acompañan de malestar indefinido que interfieren en la actividad del individuo.

En otro orden, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elaborado un informe compendiado para efectuar las intervenciones efectivas y opciones de políticas de “Prevención de los Trastornos Mentales”. Lo desarrolla en forma sucinta:

“Las afecciones de salud mental se refieren a los problemas, síntomas y trastornos de salud mental, incluyendo la tendencia y síntomas de salud mental relacionados con un padecimiento temporal o continuo.

Las intervenciones preventivas funcionan enfocándose en la reducción de los factores de riesgo y aumentando los factores de protección relacionados con los problemas de salud mental.”

Y lo describe como:

“La prevención de los trastornos mentales tiene el objeto de "reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad" (Mrazek & Haggerty, 1994).” (OMS, 2004b, p. 17)

MARCO CONCEPTUAL

Es conveniente analizar algunos conceptos incluidos en la Hipótesis, para darle una real interpretación al contenido.

Relevamiento

La Real Academia Española no reconoce el término relevamiento. Solo es de uso en algunos países sudamericanos. El concepto podría proceder del término relevar que puede significar: reemplazar o cambiar algo o a alguien; quitar una carga; disculpar. Los usuarios las relacionan con actividades de revisión, investigación o de un estudio de algo específico y se lo logra registrando información que se detecta, a partir de una observación o de algún procedimiento.

Determinar la situación real y existente que hay en un sistema u organización concreta, a partir de una investigación exhaustiva o detallada.

Se define o caracteriza por:

- Identificar el problema existente en una estructura
- Determinar las técnicas, las tareas y las prioridades a utilizar

- Elabora un plan o programa de relevamiento, que se puede basar en antecedentes y modo de ejecución.

- Su duración es acotada en el tiempo.

Los métodos para recoger y recopilar información pertinente son variados. Los más habituales son: el uso de cuestionarios, la entrevista personal, las estimaciones, las observaciones, etc.

Con las muestras, y luego de reuniones de trabajos se realizan los informes (Pérez Porto, 2016).

Asimismo, la guía metodológica para el análisis de situación de salud local (ASSL) distingue dos momentos.

1. Relevamiento de datos
2. El análisis de la información recolectada (MSP, 2016 pp. 21 y 27).

Sanidad y salud

El Dr. Javier Segura del Pozo, médico salubrista nos dice que el término “Salud” es más inclusivo que el de “Sanidad” que de alguna manera, engloba a este último.

Usar “Sanidad” puede ser excluyente en dos sentidos: uno en cuanto a la limitación del ámbito gubernativo de intervención, otro en cuanto al campo profesional”.

“Sanidad se lo asocia al sector sanitario, a las batas, a los médicos, los hospitales, centros de salud, los medicamentos; es decir, a la acción profesional y administrativa, principalmente para curar a los enfermos y en menor grado, para conservar la salud.

Salud se refiere al resultado de las intervenciones. Es el efecto de la suma de acciones (u omisiones) de las fuerzas sociales, económicas, políticas, culturales, etc. (también las sanitarias), junto con las condiciones de vida, trabajo, vivienda, barrio, en las que nos ha tocado vivir, desde la cuna a la tumba. Incluye el efecto del sector sanitario, pero también de otros sectores profesionales y administrativos (sector educativo, de bienestar social, de protección del medioambiente, de la prevención de riesgos laborales, del fiscal, urbanismo, etc.) que determinan nuestra salud.” (Segura del Pozo, 2014).

El Diccionario de la Lengua Española, responsabilidad de La Real Academia Española dice:

“Salud es el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. Sanidad es el conjunto de servicios gubernativos ordenados para preservar la salud del común de los habitantes de la nación, de una provincia o de un municipio. Dice, además, que la Sanidad Militar es el Cuerpo de profesores médicos, farmacéuticos y veterinarios y de tropa especiales, que prestan sus servicios profesionales en los Ejércitos de Aire, Mar y Tierra” (RAE, 2019).

La Organización Mundial de la Salud mantiene una influencia lingüística inglesa y francesa y no tiene en su glosario el término Sanidad. Solo dice que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

Del diccionario de la Universidad de Cambridge se obtiene la expresión: “Healthcare: the set of services provided by a country or an organization for the treatment of the physically and the mentally ill.”

Su traducción es: “Cuidado de la salud: El conjunto de servicios prestados por un país o una organización para el tratamiento de los enfermos físicos y mentales.” (Cambridge University Press, 2019).

Relevamiento Sanitario

Al no haber una definición específica, se ha tomado en cuenta lo publicado oportunamente, en relación a Relevamientos Sanitarios en nuestro país.

La Municipalidad de Vicuña Mackenna de la Provincia de Córdoba comunica a través del Portal de Noticias/Prensa del 27 de abril de 2017, la realización de un Relevamiento Sanitario con Profesionales del área social y del Hospital “Dr. Enrique Carrozzi” con la finalidad de reunir información que permita ejecutar de manera eficiente los programas Salas Cuna y Córdoba con Ellas. Esto permitirá:

“Contribuir al desarrollo psico-social de los niños, invirtiendo en la estimulación temprana, para garantizar el desarrollo de todo su potencialidad.

Brindar a la mujer la tranquilidad del cuidado y protección de sus hijos mientras trabaja o asiste a la escuela.

Contribuye a la inserción social y laboral de las mujeres.” (Arroyo, 2017)

El Área Sanitaria de La Paz, Mendoza, realizó un Relevamiento Sanitario en la Ciudad, conjuntamente con Profesionales del Hospital Arturo Illia, para poder determinar el estado sanitario de la comunidad y poder establecer acciones a seguir.

Consistió en realizar una encuesta en casas de familia sobre el estado de salud.

“El objetivo principal es realizar un diagnóstico de la situación de salud de la comunidad, para poder planificar políticas y acciones sanitarias que promuevan la salud de la población. Poniendo énfasis principalmente en el primer nivel de atención, promoción de la salud y prevención de enfermedades en la población” (Gobierno de Mendoza, 2014)

En la página web Pueblo Chico Noticias, de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, en la sección Salud, se anuncia en el artículo Relevamiento Sanitario en el Barrio Austral, lo siguiente:

“El Ministerio de Salud realizará a partir del viernes 1 de julio, un Relevamiento Sanitario en el Barrio Austral de la ciudad de Río Grande.

El mismo estará a cargo de los agentes sanitarios del Centro de Salud N° 3, quienes visitarán casa por casa con el objetivo de evaluar el estado de salud de las familias del barrio.

Los agentes sanitarios relevarán: control de inmunización, estado general y nutricional, cantidad de integrantes del grupo familiar, controles de salud o visitas realizadas al Centro de Salud, detección de enfermedades Crónicas no Transmisibles (diabetes, riesgo cardiovascular, hipertensión, obesidad, etc.), servicios con los que cuenta la familia, tipo de vivienda, entre otras.

Desde la cartera sanitaria destacaron la importancia de que el Centro de Salud se acerque a las familias y solicitaron a los vecinos colaboración para facilitar la tarea de los agentes sanitarios.” (GTF, 2016).

En la página web de LT 11 General Ramírez. Concepción del Uruguay, Panorama Regional, Litoral, dice que durante el 2018 un Equipo de Salud, dirigido por el Director de Salud Comunitaria de Concepción del Uruguay Gabriel Barrientos, realizó un importante relevamiento sanitario en la zona noroeste, junto al equipo de salud en la zona noroeste de la ciudad, en forma planificada y coordinada, con la participación de los profesionales de los centros municipales, los agentes sanitarios de Villa Las Lomas Norte y el equipo del Centro Integrador Comunitario (CIC) (Nacional, 2018).

Síntomas de Ansiedad

La ansiedad es la condición que tienen las personas de experimentar conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación. Se genera a partir de una emoción común como el miedo o la felicidad. Es necesaria para sobrevivir ante ciertos riesgos, ya que pone a la persona en alerta (Pérez Porto, 2012).

El Dr. Doctor Miguel Ángel Pérez de la Mora del Instituto de Fisiología Celular (IFC) de la Universidad Nacional Autónoma de México dice que:

“Desde el punto de vista neurobiológica, la ansiedad no es una enfermedad, sino una respuesta natural del organismo que nos adapta y dispone para enfrentarnos a lo que puede dañarnos física o mentalmente. Su objetivo es avisarnos que hay peligro y que debemos prepararnos para atacar o salir huyendo. Sin embargo, cuando aparece sin que haya riesgo, o si su intensidad no guarda relación con el estímulo que la origina, se torna patológica, es decir, enfermiza.” (Pérez de la Mora, 2016).

La Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, en el título Ansiedad normal y patológica dice:

“La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual” (MSC, 2008, p. 31).

Más adelante concluye afirmando:

“Los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo.”

“Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos como ambientales y psico-sociales.” (MSC, 2008, p. 32).

El cuerpo médico de psicólogos y psiquiatras, del Sanatorio Allende de la provincia de Córdoba, expresa que la diferencia entre Ansiedad Normal y Patológica está dada en:

“La ansiedad normal es adaptativa y permite a la persona responder al estímulo de forma adecuada. Se presenta ante estímulos reales o potenciales (no imaginarios o inexistentes). La reacción es proporcional cualitativa y cuantitativamente en tiempo, duración e intensidad.

La ansiedad se considera patológica cuando el estímulo supera la capacidad de adaptación de respuesta del organismo y aparece una respuesta no adaptativa, intensa y desproporcionada, que interfiere con el funcionamiento cotidiano y disminuye el rendimiento. Se acompaña de una sensación desagradable y desmotivadora, síntomas físicos y psicológicos, y persiste más allá de los motivos que la han desencadenado.

El límite entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica no es fácil de definir y puede variar entre los individuos en función de los rasgos de personalidad o, sobre todo, en función de lo que se ha descrito como un "estilo cognitivo propenso a la ansiedad". Los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales señalan que la ansiedad debe considerarse patológica cuando "la ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad”

El Dr. Moty Benyakar dice que luego de situaciones disruptivas se presentan algunas reacciones espectaculares, persistentes casi siempre, repetitivas y provocan gran alteración social. No obstante, en estos Estados se conserva el criterio de realidad. Dos de ellos son el:

“Estado de Ansiedad. Se puede presentar como sintomatología somática (precordalgias, espasmos digestivos, temblores, etc.) o como sintomatología psíquica (sensación de muerte inminente, etc.). Esta ansiedad puede aparecer de diferentes maneras: inquietud, subagitación, agresividad, etc. A pesar que algunos individuos despliegan reacciones de angustia o de agitación motriz, la mayoría de éstos se comportan adecuadamente en situaciones disruptivas, encontrando la manera de canalizar la angustia y el exceso de tensión.

Estados ansiofóbicos. Su expresión clínica es similar a los estados ansiosos, con la particularidad que pueden desencadenarse por la evocación de un estímulo fobógeno, que en su contenido suele estar inundado por escenas relacionadas con la catástrofe (las ruinas, los muertos, el olor al incendio, la sangre, los cadáveres, las ambulancias).” (Benyakar, 2002, p.12).

Síntomas de Depresión

Bouffard sostiene que la diferencia entre un estado depresivo y una depresión es siguiente:

“Un estado depresivo es un estado en el que, siendo capaces de hacer las cosas de nuestro día a día, nos encontramos faltos de energía, viendo nuestra vida y el mundo de color gris, sin tener especiales ganas de hacer nada y muchas veces sin ilusión. Es como si fuésemos un poco “zombies”.

Una depresión es un estado en el que tenemos la sensación de estar en un profundo pozo de tristeza y oscuridad. Ya no podemos hacer muchas de las cosas de nuestro día a día.

Solo tenemos ganas de estar en la cama o en el sofá, de sentirnos como en una cueva.

Vemos la vida de color negro. Tenemos ganas de llorar. Y nuestros pensamientos son absolutamente negativos.

Ya no solo no tenemos ilusión por nada, sino que ya no somos capaces de disfrutar con aquello que antes nos hacía disfrutar. Nada nos apetece. Ni somos capaces de sentir placer...aquellos platos de comida que nos gustaban ya no nos dicen nada, ni tenemos ganas de salir a cenar ni de ir al cine...

Los pensamientos son totalmente negativos. Hay mucho sufrimiento, e incluso, si la depresión es muy profunda, podemos tener pensamientos de muerte o suicidas.” (Bouffard, 2019).

García Gonzáles, haciendo referencia a los Episodios Depresivos dice:

“En los episodios depresivos típicos, la persona que la padece puede presentar una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) Disminución de la atención y concentración.
- b) Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Perspectiva sombría del futuro.
- e) Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Trastornos del sueño.
- g) Pérdida del apetito” (García González, 2019).

El Dr. Moty Benyakar explica que luego de situaciones disruptivas se presentan algunas reacciones espectaculares, persistentes casi siempre, repetitivas y provocan gran alteración social. No obstante, en estos Estados se conserva el criterio de realidad.

Una de ellas son las reacciones neuróticas depresivas.

“La tonalidad depresiva constituye la parte esencial de la semiología. Se expresará como aislamiento, inseguridad, sensación de culpabilidad. La inhibición psíquica y motriz domina el cuadro general. Pienso que estos son los casos que por lo general quedan desatendidos, a pesar que ellos son los de mayor potencial patógeno.” (Benyakar, 2002, p. 11 y 12).

Investigadores coreanos sostienen que las actividades de la red social facebook revelan el estado depresivo de los usuarios y anuncian en forma deductiva y en términos generales que:

“La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes.

Está previsto que la depresión será la segunda causa principal de morbilidad en todo el mundo para el año 2020.”

Los costos asociados con la depresión y el trastorno mental han crecido rápidamente, y el Instituto Nacional de Salud Mental de los EEUU informó en 2008 que le costó entre otros trastornos similares, por lo menos 193 billones de dólares en los Estados Unidos, por lo tanto, la depresión tiene efectos graves en los individuos, así como en la sociedad.

La identificación temprana y la prevención de la depresión pueden ser una forma efectiva de reducir los problemas relacionados con la misma, porque la duración del episodio depresivo está directamente relacionada con su tasa de recuperación. Por lo tanto, se ha gastado un esfuerzo importante en la detección de síntomas de depresión en la población general. En el marco de las campañas de prevención y promoción de la salud mental de la población, se puso el foco en las redes sociales como soporte de dichas campañas, con el objetivo de detectar en forma temprana dichos trastornos.” (Sungkyu Park; Sang Won Lee; Jinah Kwak; Meeyoung Cha; Bumseok Jeong J Med Internet Res 2013;15(10):e217, 2013).

En el trabajo realizado por el Doctor José Luis Catalán Bitrián titulado Conducta y Depresión, enumera con precisión, las principales Conductas que se manifiestan en el Estado Depresivo y en la Depresión como patología y que en ambos casos hay que considerar. Los ítems que considera son los siguientes:

- Desgano, Desmotivación;

- Apatía, Debilidad, Cansancio;
- Procrastinación (Dejar para después);
- Duda, Inseguridad;
- Desapegos de los Estímulos;
- Fuga de la Conducta
- Ritmos Circadianos
- Abandono
- Aislamiento
- Comer o No Comer
- Auto-Agresor (Catalán Bitrián, 2003)

Estrés postraumático

En la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) específica para el F43.1 Trastorno de estrés postraumático lo siguiente:

“Surge como respuesta retardada o tardía a un suceso o a una situación estresante (de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causarían angustia generalizada a casi cualquier persona. Los factores predisponentes, como los rasgos de la personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos), o una historia de males neuróticos previos, pueden incidir en una reducción del umbral tras el cual se desarrolla el síndrome, o se agrava su evolución, pero ninguno de estos antecedentes es necesario ni suficiente para explicar su aparición.

Entre sus características distintivas se encuentran los episodios repetidos en que se revive el trauma a través de recuerdos intrusos (“retrospectivas”), sueños o pesadillas que ocurren sobre un fondo persistente de “torpor” y de aplanamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de respuesta a las circunstancias, de anhedonia y de impedimento de las actividades y de las situaciones que le recuerdan el trauma. Habitualmente hay un estado de alerta excesivo en la esfera autonómica, con hipervigilancia, incremento de la reacción de alarma e insomnio. La ansiedad y la depresión se asocian con frecuencia con los síntomas y los signos descritos, y no son infrecuentes las ideas suicidas. El comienzo del trastorno sigue a la presentación del trauma con un período de latencia que puede variar desde pocas semanas a unos meses. La evolución es fluctuante, aun cuando en la mayoría de los casos se puede esperar

una recuperación. En una pequeña proporción de los casos la afección puede presentar un curso crónico de varios años, con un eventual cambio perdurable de la personalidad (F62.0).” (CIE-10. 1995).

En el Manual diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM-IV), el F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81], determina en forma bastante precisa las particularidades de la patología. De allí se extrae lo que se adecua a las actividades propias, de lo que se intentó averiguar en el Relevamiento Sanitario:

“La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves.”

“Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático se incluyen (aunque no de forma exclusiva) los combates en el frente de guerra, ataques personales violentos (agresión sexual y física, atracos, robo de propiedades) ser secuestrado, ser tomado como rehén, torturas, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes automovilísticos graves, o diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales.”

“El trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos (p. ej., torturas, violaciones). La probabilidad de presentar este trastorno puede verse aumentada cuanto más intenso o más cerca físicamente se encuentre el agente estresante.”

“El acontecimiento traumático puede ser re experimentado de varias maneras.”

“Las siguientes especificaciones pueden utilizarse para concretar el inicio y la duración de los síntomas del trastorno por estrés postraumático:

Agudo. Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses.

Crónico. Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses.

De inicio demorado. Esta especificación indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.”

“Prevalencia. Los estudios basados en la comunidad revelan que la prevalencia global del trastorno por estrés postraumático oscila entre el 1 y el 14 %, explicándose esta variabilidad por los criterios diagnósticos empleados y el tipo de población objeto de estudio. En estudios sobre individuos de riesgo (p. ej., veteranos de guerra, víctimas de erupciones volcánicas o atentados terroristas) pueden encontrarse cifras de prevalencia que van del 3 al 58 %.”

“El trastorno por estrés postraumático puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia.

Los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma, si bien puede haber un lapso temporal de meses, o incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto.”

“La duración de los síntomas muestra considerables variaciones; la mitad de los casos suele recuperarse completamente en los primeros 3 meses; en otras ocasiones todavía pueden persistir algunos síntomas más allá de los 12 meses posteriores al acontecimiento traumático.

La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinan las probabilidades de presentar el trastorno.”

“Este trastorno puede aparecer en individuos sin ningún factor predisponente, sobre todo cuando el acontecimiento es extremadamente traumático.” (Pichot, 1995).

Cerrando estas consideraciones, cabe mencionar la explicación que realiza el Dr. Benyakar en cuanto a que las personas que estuvieron expuestas a actividades de salvataje y evacuación, pueden padecer de reacciones emocionales diferidas, como así también, serias descompensaciones. Si éstas pertenecen a las reacciones de neurosis traumáticas, sostiene que:

“Pueden sobrevenir en sujetos sin antecedentes neuróticos y estar determinadas totalmente por el shock emocional. Difieren de las reacciones emocionales efímeras, en que se constituyen en una nueva organización neurótica permanente que tiende a reproducirse sin cesar. Se manifiestan después de un tiempo de latencia que puede ser muy breve (unas horas), tardía (una semana o más) o muy tardía. Se expresa como un síndrome de repetición (revive escenas de la catástrofe, crisis emotivas, etc.) y por una reorganización de la personalidad a un modo regresivo infantil (búsqueda de protección, actitud de dependencia y reivindicación). Si no es tratado, se cronifica y sus colaboradores denominan reacciones de neurosis traumáticas a lo que la escuela norteamericana clasifica como PTSD (Post Traumatic Stress Disorder).” (Benyakar, 2002, p. 12).

Conclusiones parciales

La falta de registros institucionales relacionados con la salud mental en Misiones de Paz en nuestro país, genera un vacío de antecedentes.

En el Marco Teórico, lo relacionado a características de los síntomas, se emplearon clasificaciones de la OMS y de manuales americanos, validados y utilizados a nivel internacional, complementados con los aportes de prestigiosos médicos psiquiatras argentinos de nivel internacional.

Dentro del contexto del Estudio o Antecedentes Previos, se citó parte de amplio despliegue académico registrado por los Doctores: José Bleger; Alfredo Cía; Moty Benyakar; Rubén Zukerfeld con Raquel Zonis Zukerfeld y Roberto Kertesz con Bernardo Kerman. Estos últimos se complementan con los estudios realizados por los Doctores: Hans Selye; Walter Cannon; Thomas Holmes con Richard Rahe; Richard S. Lazarus con Susan Folkman y Raquel E. Cohem.

En el marco conceptual se analizaron algunos conceptos que están incluidos en la Hipótesis como ser: Relevamiento; Sanidad y salud; Relevamiento Sanitario; Síntomas de Ansiedad; Síntomas de Depresión y Estrés postraumático, para poder dar una acabada interpretación de los términos utilizados.

CAPÍTULO 2

ESTRUCTURA BASICA DE NACIONES UNIDAS. CONFORMACION DE MINUSTAH Y DESPLIEGUE DEL COMPONENTE ARGENTINO DE MISIONES DE PAZ EN HAITÍ. HURACÁN “JEANNE”

Introducción

Este capítulo tiene la función de realizar un escueto recorrido por la Organización de Naciones Unidas (ONU), Consejo de Seguridad y la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH), para luego dar inicio a las operaciones de la Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití (MINUSTAH) y que incidencia tiene el contingente argentino en Haití,

Luego se realiza un recuento de lo que realizo el huracán “Jeanne”, su trayectoria, su evolución y consecuencias y lo boletines de emergencia en salud que se generaron. Finaliza con una explicación de la categoría de los huracanes.

Naciones Unidas

La Organización de Naciones Unidas (ONU) es una institución de carácter internacional, en donde los Estados soberanos componentes tienen como fin, promover y colaborar con la paz en el mundo, el respeto y la difusión de los derechos humanos, el fomento de la cooperación internacional y la resolución de conflictos a través de métodos pacíficos.

Se consolida en la Carta de las Naciones Unidas firmada el 26 de junio de 1945 en San Francisco, al terminar la Conferencia sobre Organización Internacional y entró en vigor el 24 de octubre del mismo año. (ONU, 2020e)

La estructura la componen: Asamblea General, Consejo de Seguridad, Consejo Económico y Social, Consejo de Administración Fiduciaria (suspendió sus operaciones el 1

de noviembre de 1994), la Corte Internacional de Justicia y la Secretaría de la ONU. Su referente ejecutivo es el Secretario General (ONU, 2020a).

Consejo de Seguridad

Tiene como responsabilidad primordial el mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales. Cuenta con 15 miembros y cada integrante tiene un voto. Uno de los propósitos es la de Cooperar en la solución de problemas internacionales y en el desarrollo del respeto a los derechos humanos.

Éste es el único órgano de la ONU cuyas decisiones, conforme a la Carta de las Naciones Unidas, los Estados Miembros están obligados a cumplir.

Cuando se le presenta una controversia, la primera medida del Consejo es generalmente, recomendar a las partes que lleguen a un acuerdo por medios pacíficos. Puede imponer embargos o sanciones económicas, o autorizar el uso de la fuerza para hacer cumplir los mandatos (ONU, 2020b) (ONU, 2020f).

La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH)

La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH) es la principal entidad de las Naciones Unidas en el ámbito de los derechos humanos.

Esta Oficina desempeña las funciones de: salvaguardar los tres pilares interrelacionados de las Naciones Unidas:

- La paz y la seguridad;
- Los derechos humanos y
- El desarrollo.

Asimismo, proporciona asistencia sobre el terreno de las normas internacionales de derechos humanos, ayuda a los gobiernos a cumplir con sus obligaciones y apoya a los individuos en la reivindicación de sus derechos. Además, denuncia de manera objetiva estas violaciones.

El Alto Comisionado para los Derechos Humanos es el principal dirigente de derechos humanos de las Naciones Unidas. Dentro de sus tareas, conduce, coordina y apoya a los

componentes de derechos humanos de las Misiones de Paz de las Naciones Unidas o sus oficinas políticas, empleando asesores de los equipos conformados en las Naciones Unidas.

Su estructura forma parte de la Secretaría de las Naciones Unidas. Su sede está en Ginebra y dispone además de una oficina en Nueva York. Lo complementan oficinas regionales, nacionales e independientes (ONU, 2020c).

Los Órganos de Derechos Humanos

Para el asesoramiento con experiencia y el apoyo a los mecanismos de supervisión de los derechos humanos, la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH) utiliza el sistema de Naciones Unidas para la promoción y la protección de derechos humanos compuesto por:

- Los órganos basados en la Carta de las Naciones Unidas
- Los órganos de tratados

Los órganos basados en la Carta de las Naciones Unidas son:

- El Consejo de Derechos Humanos
- Examen periódico Universal
- La comisión de Derechos Humanos (sustituidos por el Consejo de Derechos Humanos)
- Los Procedimientos especiales de la Comisión de Derechos Humanos
- Procedimiento de reclamación del Consejo de Derechos Humano

Los órganos de tratados son nueve. Se crearon ante la necesidad de supervisar la aplicación de los considerados principales derechos humanos a nivel internacional. Dichos órganos son:

- Comité de Derechos Humanos (CCPR)
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR)
- Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD)
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW)
- Comité contra la Tortura (CAT) con el Subcomité para la Prevención de la Tortura (SPT)
- Comité de los Derechos del Niño (CRC)

- Comité para la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (CMW)
- Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad (CRPD)
- Comité contra las Desapariciones Forzadas (CED) (ONU, 2020d).

La mayoría de estos órganos reciben la ayuda de la Secretaría de los Tratados y de la Comisión de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH). (ONU, 2020d)

Inicio de las operaciones de la Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití (MINUSTAH)

El Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas aprobó la Resolución 1529 (2004) en su 4919 sesión, celebrada el 29 de febrero de 2004, en donde dejó sentado una profunda preocupación por el deterioro de la situación política, humanitaria y de seguridad en Haití y deploró las pérdidas de vidas humanas que ya se habían producido, expresando su más profunda preocupación por la persistencia de la violencia en Haití, así como por la posibilidad de un rápido deterioro de la situación humanitaria en el país y sus efectos desestabilizadores para la región. Asimismo, subrayó la necesidad de crear un entorno seguro en Haití y en la región, que permitiera el respeto a los derechos humanos, incluido el bienestar de la población civil y que apoyara la misión de los trabajadores humanitarios, a la Organización de los Estados Americanos (OEA) y la Comunidad del Caribe (CARICOM), intentando encaminar un establecimiento de la paz y la seguridad en el país y promover el proceso político constitucional en curso (ONU, 2004a).

Días después, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas aprobó la Resolución 1542 (2004) en su 4961 sesión, celebrada el 30 de abril de 2004. En ella observó que existían obstáculos para la estabilidad política, social y económica de Haití y determinó que la situación de Haití seguía constituyendo una amenaza a la paz y la seguridad internacionales de la región. Por lo tanto, decidió:

- Establecer la Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití (MINUSTAH), por un período inicial de seis meses, con la intención de prorrogarla

por nuevos períodos y pedir que la autoridad de la Fuerza Multinacional Provisional (FMP) fuese traspasada a la MINUSTAH el 1° de junio de 2004.

- Que la MINUSTAH constara de un componente civil integrado por un máximo de 1.622 miembros de la policía civil, incluidos los asesores y las unidades constituidas y un componente militar que constaría de un máximo de 6.700 efectivos, entre oficiales y tropa.
- Que la MINUSTAH abordara los siguientes mandatos:
 - Entorno seguro y estable,
 - Proceso político,
 - Derechos humanos (ONU. Resolución 1542, 2004).

Contingente argentino en Haití

El 3 de marzo de 2004 el Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N.) emitió el Decreto 280: Asistencia Humanitaria, en donde: “dispone la participación en la REPUBLICA DE HAITI, de medios, personal y voluntarios de la COMISION CASCOS BLANCOS, de conformidad con las previsiones de la Resolución 1529 (2004) del CONSEJO DE SEGURIDAD de las NACIONES UNIDAS” (P.E.N., 2004).

En junio de 2004, el Congreso Argentino, por medio de la Ley 25.906 “EGRESO DE FUERZAS NACIONALES DEL TERRITORIO DE LA NACION”, se autorizó la salida del territorio nacional de medios y personal militar, que participarán en la Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití. En el Anexo I dejó sentado como información básica para la salida de fuerzas nacionales del territorio de la Nación:

1. Tipo de actividad a desarrollar.
2. Origen del Proyecto.
3. Fundamentos de los objetivos de la actividad.
4. Configuración de la actividad (R. A., 2004).

La tarea del contingente argentino se concentró en las ciudades de Gonaïves, Saint Marc y Puerto Príncipe.

Residían sus tareas en: acompañar a la Policía Nacional de Haití; coordinar con las autoridades locales, generar ayuda para la atención de urgencias y trabajos de

reconstrucción a largo plazo; generar servicios esenciales para el personal de la misión de la ONU en materia de atención de la salud de un hospital móvil y el apoyo logístico con helicópteros, para cumplir traslado aéreo de personal de la MINUSTAH.

Desde 2004 la Argentina es uno de los países que cuenta con mayor presencia en la MINUSTAH. Desde el inicio de la misión, el contingente argentino desplegó aproximadamente 600 Cascos Azules (MINIDEF, 2010). Las tropas se desplegaron en las ciudades de Gonaïves, donde se encontraba el Batallón Conjunto Argentino y Puerto Príncipe, lugar de funcionamiento del Hospital Reubicable y la Unidad Aérea compuesta por helicópteros Bell 212. Ambas Unidades dependen de la Fuerza Aérea Argentina. (Minidef, 2015).

Tareas fundamentales de la MINUSTAH

La MINUSTAH se estableció inicialmente para: ayudar al Gobierno de transición a establecer un entorno seguro y estable; ayudar en la supervisión, reestructuración y reforma de la Policía Nacional de Haití; prestar asistencia mediante programas integrales y a largo plazo de desarme, desmovilización y reinserción; prestar asistencia para el restablecimiento y mantenimiento del estado de derecho, la seguridad pública y el orden público; proteger al personal de las Naciones Unidas, los servicios, las instalaciones y el equipo, y proteger a los civiles que se encuentren en riesgo inminente de violencia física; apoyar el proceso político y constitucional; ayudar en la tarea de organizar, supervisar y llevar a cabo elecciones municipales, parlamentarias y presidenciales libres y limpias; apoyar al Gobierno de transición y a las instituciones y organizaciones haitianas en sus esfuerzos por promover y proteger los derechos humanos; e informar sobre la situación de los derechos humanos en el país.

HURACÁN “JEANNE”

El huracán “Jeanne” se convirtió en depresión tropical el 13 de septiembre de 2004 al Oriente de las Antillas Menores. El 14 de septiembre siguió su trayectoria hacia las Islas Vírgenes y Puerto Rico. Llega a la República Dominicana y Haití entre el 16 y 17 de

septiembre. Durante el 18 de septiembre, avanzo sobre las Bahamas. Se convirtió en huracán el 20 de septiembre. El 23 de septiembre llega a tierra firme en la costa oriental de Florida, cerca de Stuart. Luego se debilitó a tormenta tropical en el Centro de la Península. El día 27 de septiembre se convirtió en depresión tropical sobre Georgia. El 28 de septiembre deja de tener efectos (Conaguas, 2004).

Trayectoria del Huracán “Jeanne”

El huracán “Jeanne” se convirtió en depresión tropical el 13 de septiembre de 2004 al Oriente de las Antillas Menores, desplegando un movimiento general hacia el Oeste-Noroeste. El 14 de septiembre siguió su trayectoria hacia las Islas Vírgenes y Puerto Rico. Llega a la República Dominicana y Haití entre el 16 y 17 de septiembre. Genero lluvias torrenciales y vientos cercanos a la fuerza de huracán. Luego, durante el 18 de septiembre, avanzo sobre las Bahamas como tormenta tropical. Se convirtió en huracán durante el 20 de septiembre y se intensifico a huracán categoría III en la escala Saffir-Simpson, con vientos máximos sostenidos de 195 Km/h con rachas de 220 Km/h. El 23 de septiembre llega a tierra firme en la costa oriental de Florida, cerca de Stuart, manteniendo categoría III. Luego se debilitó a tormenta tropical en el Centro de la Península, adoptando una trayectoria general hacia el Norte. El día 27 de septiembre se convirtió en depresión tropical sobre Georgia. El 28 de septiembre deja de tener efectos (Conaguas, 2004).

Evolución y consecuencias

De la página web de la Organización de Rescate Humboldt se puede sintetizar, de los relatos asentados en: “Cronología del huracán “Jeanne” septiembre de 2004” que:

El 16 de septiembre de 2004 una Tormenta Tropical manifestada en el mar Caribe, al norte de República Dominicana, se convirtió en huracán de categoría 1 y es denominada “Jeanne”.

El 19 de septiembre de 2004 se informa que las inundaciones causadas por la tormenta tropical Jeanne dejaron 250 personas fallecidas en Haití y un número indeterminado de

desaparecidos, mientras la tormenta se desplaza en el Océano Atlántico, al este de la islas Bahamas.

El 20 de septiembre de 2004 se anuncia que incrementó el número de personas fallecidas en Haití. Se estima más de 620 muertos y catástrofes importantes en la Isla Tortuga, donde viven más de 26.000 habitantes, aún sin evaluar su situación.

El 21 de septiembre de 2004 las personas fallecidas en Haití se estiman en 1.070 personas. A medida que bajan las aguas se encuentran más cadáveres.

El 22 de septiembre de 2004 se confirma que han fallecido 1.150 personas y 1.250 se encuentran desaparecidas. La tormenta “Jeanne” hace un cambio de dirección y ahora se dirige al oeste, hacia las costas de La Florida.

El 23 de septiembre de 2004 se confirman 1.250 personas fallecidas. Aún no se conocerse el número exacto. En la remoción de escombros se encuentran los cuerpos sin vida de las víctimas. La mayoría son menores de edad.

El 24 de septiembre de 2004 se confirma el fallecimiento de 1.564 personas. Es crítica la entrega de víveres a las personas afectadas por el huracán (ORH, 2004).

Boletines de Emergencia en Salud

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en su oficina regional para las Américas, comunica en su boletín de Emergencias en Salud las siguientes actualizaciones, las cuales se resumen a continuación, haciendo hincapié sobre las actividades que desarrolló MINUSTAH:

- Actualización 001 del 19 de septiembre de 2004. La tormenta tropical “Jeanne” ha generado graves inundaciones en Gonaïves (Artibonite) y producto del aumento de los niveles de los ríos, debido a las intensas lluvias en República Dominicana y Haití producidas el sábado 18 de septiembre. Este fenómeno ocasionó: 2,5 metros de agua en un área de 20 kilómetros cuadrados; se registran 20 muertos; los hospitales están inaccesible; se ve gente en los techos y en árboles. MINUSTAH (argentinos) está rodeado de agua y un camión de MINUSTAH con 5 personas a bordo, fue arrastrado por las agua. No se cuenta con presencia de la Policía de Haití.

▪ Actualización 002 del 20 de septiembre de 2004. Las inundaciones en Gonaïves y Port de Paix evaluadas en Gonaïves el 19 de septiembre a las 18.00 PM, han afectado al 80% de la población, las cuales necesitan de alimentos, agua, refugio Medicare, etc.

Actualmente el 50% de la ciudad sigue inundada. Cuando el agua baja, deja grandes cantidades de barro. El 75% del campamento de MINUSTAH (450 argentinos) está destruido. Un contingente de 40 personas de Brasil llegó para ayudar con la seguridad. La población trae cuerpos (+/- 50) y heridos al puesto de MINUSTAH. Médico sin Fronteras (MSF) mas 2 médicos argentinos, trataron a 380 heridos en 4 horas (cortes y fracturas). Algunos heridos fueron evacuados en carretera a Puerto Príncipe (menos de 10). No hay autoridades locales presentes (policía, alcalde, etc.). La distribución de alimentos / agua será complicada, debido a la falta de seguridad. No hay cifras oficiales de muertos / desaparecidos disponibles. MINUSTAH dice que hay 200 muertos y la Dirección de Protección Civil (DPC) 50 muertos.

▪ Actualización del 22 de septiembre de 2004. Informe de situación - Gonaïves, 18.00 horas.

El resumen de la visión de conjunto que se tiene es:

- Enfrentar el desafío de identificar a las víctimas de las inundaciones.
- La distribución de alimentos y agua.
- La necesidad urgente de intensificar la recolección de cadáveres y animales muertos en las calles.
- Mantener la seguridad pública.
- En cuestiones de salud, hay peligro de epidemias.

El resumen de actividades enunciado este día es:

- Las distribuciones de alimentos y agua comenzaron hoy, dirigidas por CARE y con el apoyo de seguridad de MINUSTAH. Se entregaron unas 40 toneladas de alimentos.
- En general, la atmósfera es tensa. No ha habido informes de violencia. La situación de seguridad es precaria. Es necesario que los convoyes de ayuda sean escoltados por MINUSTAH. Una vez que lleguen a Gonaïves sean notificadas al Centro de Operaciones Conjuntas de MINUSTAH en el complejo de la ONU en Puerto Príncipe. Police Nationale d'Haiti (PNH) fueron saqueados hoy en Raboteau y

Descayos (Barrios de Gonaïves). A cuatro oficiales de policía les robaron sus armas y la multitud los apedreó. Ellos lograron escapar. No hubo informes de actividades de bandas armadas.

- Las autoridades de Gonaïves no son enérgicos y existe un historial de violencia pandillera.
- Ahora hay un programa de reuniones generales de coordinación a las 0800 y 1600 en Gonaïves.
- Todavía no hay electricidad ni teléfonos fijos en Gonaïves. Radio Gonaïves está en el aire.
- Protección Civil estima que el total de muertes actualmente es 1.013 y 1.200 desaparecidos. La mayoría están en Gonaïves. Se informa que una cantidad de niños no acompañados deambulan en la ciudad de Gonaïves, presumiblemente abandonados o huérfanos.

El resumen de las actividades de Salud son: Medecins Sans Frontieres (MSF), Medecins Du Monde (MDM), 14 médicos cubanos y el equipo médico militar argentino, continúan administrando cuatro pequeños hospitales de campaña. Se informa que solo los argentinos han llevado a cabo más de 800 consultas desde el domingo, incluidas amputaciones y partos. En esta etapa, generalmente se acepta que la situación de salud está bajo control, pero no se puede descartar el peligro de epidemias.

El resumen de la entrega de comida y agua es:

El oficial de OCHA en Gonaïves informó que hay tres puntos de distribución de CARE, apoyados por MINUSTAH. Se distribuyeron 41 toneladas de alimentos a unas 20.000 personas.

- Informe de 29 de septiembre de 2004. Reunión de coordinación en Gonaïves.

Seguridad

Se producen cambios en la distribución de alimentos. CARE no tenía la capacidad logística para suministrarlo. Solo 8 camiones están disponibles ahora y otros 6 lo estarán a partir del 1 de octubre.

Un camión de Unicef fue saqueado el 28, debido a problemas de comunicación entre Unicef con la MINUSTAH.

MINUSTAH declaró que los sacos de comida son demasiados pesados (50 Kg) para que la mujer los lleve, lo que retrasa la distribución.

DPC solicita a CARE que prepare kits familiares para facilitar la distribución de alimentos.

La Cruz Roja está elaborando una lista de sobrevivientes, para informar a las familias en las otras ciudades de Haití y el extranjero.

El viernes 1 de octubre, el sistema de purificación de agua estará operativo al 50% de su capacidad. La capacidad total se logrará uno o dos días después.

30 psicólogos llegaron para proporcionar ayuda psicosocial en los refugios. Unicef proporcionará kits de nacimiento para reabastecer los centros de salud.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Llegó hoy un equipo de evaluación de seis personas.

Se instalará una oficina dentro del sector de la salud, que vigile la epidemiología.

Médicos Sin Fronteras (MSF) con 3 psicólogos, 4 médicos, 5 enfermeras, junto con un equipo de 6 médicos cubanos, realizan 200 consultas por día.



Ministerio de Medio Ambiente está haciendo planes para destruir los colchones que han estado en la inundación para evitar que se reutilicen. Los cuerpos que todavía se encuentran disipados, deben ser enterrados.



Protección: Los beneficiarios, especialmente las mujeres, se están convirtiendo en el objetivo de varias pandillas después de la distribución de alimentos, dado que sus activos son robados. CIVPOL está informado y analizará este tema, aunque sus capacidades ya han llegado al límite.

Distribución: Un total de 253 TM de alimentos se ha distribuido en Gonaïves desde el comienzo de la crisis. Hoy, se estima, que se distribuyen 120.000 litros de agua.

La OMS también ha establecido un sistema de seguimiento epidemiológico, para advertir cualquier brote epidémico (OPS. Huracán Jeanne – Septiembre 2004. 2004).

Categoría de los huracanes

Categorías	Escala Saffir-Simpson
<p data-bbox="245 352 592 388">Categoría 1</p>  <p data-bbox="207 779 402 814">Fuente: NASA</p>	<p data-bbox="654 352 1412 388"><i>Vientos entre 118 y 153 Kilómetros por hora</i></p> <p data-bbox="618 407 1105 443">-Presión central: 980 hPa, 28.94 inHg.</p> <p data-bbox="618 464 1412 552">-Daños mínimos, principalmente a árboles, vegetación y casas móviles o remolques que no estén bien sujetos.</p> <p data-bbox="618 573 1412 709">-Destrucción total o parcial del tendido eléctrico o letreros mal instalados. Marejadas de 1.32 a 1,65 metros sobre lo normal.</p> <p data-bbox="654 730 1182 766">-Daños menores a los muelles y atraques.</p> <p data-bbox="618 787 1412 875">-Ejemplos: Huracán Agnes – Huracán Danny – Huracán Ofelia – Huracán Vince.</p>
<p data-bbox="245 974 592 1010">Categoría 2</p>  <p data-bbox="207 1400 402 1436">Fuente: NASA</p>	<p data-bbox="654 974 1412 1010"><i>Vientos entre 154 y 177 Kilómetros por hora</i></p> <p data-bbox="618 1029 1256 1064">-Presión central: 965–979 hPa, 28.50–28.91 inHg.</p> <p data-bbox="618 1085 1412 1173">-Daños considerables a árboles y vegetación. Grandes daños a casas móviles, anuncios y tendido eléctrico expuesto.</p> <p data-bbox="618 1194 1412 1283">-Destrucción parcial de tejados, puertas y ventanas, pero pocos daños a estructuras y edificios.</p> <p data-bbox="654 1304 1412 1339">-Marejadas de 1.98 a 2,68 metros sobre lo normal.</p> <p data-bbox="618 1360 1338 1396">-Carreteras y caminos cerca de las costas son inundados.</p> <p data-bbox="618 1417 1412 1554">-Daños considerables a muelles y embarcaderos. Las marinas sufren inundaciones y las embarcaciones menores rompen amarras en áreas abiertas.</p> <p data-bbox="618 1575 1412 1663">-Evacuación de residentes de terrenos bajos en zonas costeras.</p> <p data-bbox="618 1684 1412 1772">-Ejemplos: Huracán Bob – Huracán Bonnie – Huracán Francés – Huracán Juan.</p>

<p>Categoría 3 (*)</p>  <p>Fuente: NASA</p>	<p><i>Vientos entre 178 y 209 Kilómetros por hora</i></p> <p>-Presión central: 945–964 hPa, 27.91–28.47 inHg.</p> <p>-Amplios daños: grandes árboles derribados, al igual que anuncios y letreros que no están sólidamente instalados.</p> <p>-Daños a los tejados de los edificios y también a puertas y ventanas, así como a las estructuras de los edificios pequeños. Casas móviles y caravanas destruidas.</p> <p>-Marejadas de 2,97 a 3,96 metros sobre lo normal e inundaciones en extensas áreas de zonas costeras, con amplia destrucción de edificaciones que se encuentren cerca del litoral.</p> <p>-Las grandes estructuras cerca de las costas son seriamente dañadas por el embate de las olas y los escombros flotantes.</p> <p>-Los terrenos llanos de 1,65 metros o menos sobre el nivel del mar se inundan hasta más de 13 kilómetros tierra adentro.</p> <p>-Evacuación de todos los residentes a lo largo de las zonas costeras.</p> <p>-Ejemplos: Huracán Fran – Huracán Isidore – Huracán Jeanne.</p>
<p>Categoría 4 (*)</p>  <p>Fuente: NASA</p>	<p><i>Vientos entre 210 y 250 Kilómetros por hora</i></p> <p>-Presión central: 920–944 hPa, 27.17–27.88 inHg.</p> <p>-Daños extremos: árboles y arbustos son arrasados por el viento, y los anuncios y letreros son arrancados o destruidos.</p> <p>-Amplios daños en techos, puertas y ventanas. Hundimiento total de techos en viviendas pequeñas.</p> <p>-La mayoría de las casas móviles son destruidas o seriamente dañadas.</p> <p>-Marejadas de 4,29 a 5,94 metros sobre lo normal.</p> <p>-Los terrenos llanos de 3,30 metros o menos sobre el nivel</p>

		<p>del mar se ven inundados hasta 10 kilómetros tierra adentro.</p> <p>-Evacuación masiva de todos los residentes en un área de unos 500 metros de la costa, y también en terrenos bajos, hasta tres kilómetros tierra adentro.</p> <p>-Ejemplos: Huracán Charley – Huracán Hugo – Huracán Pauline – Huracán Katrina.</p>
Categoría	5 (*)	<p><i>Vientos de más de 250 Kilómetros por hora</i></p> <p>-Presión central: <920 hPa, <27.17 inHg.</p> <p>-Daños catastróficos: árboles y arbustos son totalmente arrasados y arrancados de raíz por el viento.</p> <p>-Daños de gran consideración en los techos de los edificios. Los anuncios y letreros son arrancados y arrastrados por el viento.</p> <p>-Hundimiento total de techos y paredes de residencias pequeñas. La mayoría de las casas móviles son destruidas o seriamente dañadas.</p> <p>-Marejadas de 4,29 a 5,94 metros por encima de lo normal.</p> <p>-Ejemplos: Huracán Andrés – Huracán Camilo – Huracán Mitch – Huracán Gilbert.</p>



Fuente: NASA

“En el cuadro se muestra las diferentes etapas por las que atraviesa un sistema ciclónico antes de convertirse en Huracán. Categorías de los huracanes de acuerdo a la Escala Saffir-Simpson. Los identificados con (*) son los huracanes más peligrosos”.

Notas: La velocidad del viento está tomada como la media de un minuto. Los valores de la presión central son aproximados. La intensidad de los huracanes en los ejemplos es tomada en el momento de impacto con la costa, no en su momento de máxima intensidad (si es que era mayor en mar abierto).

La escala de huracanes de Saffir-Simpson es una escala que clasifica los huracanes según la intensidad del viento, desarrollada en 1969 por el ingeniero civil Hervert Saffir y el director del Centro Nacional de Huracanes de Estados Unidos, Bob Simpson.

La escala original fue desarrollada por Saffir mientras pertenecía a una comisión de las Naciones Unidas dedicada al estudio de las construcciones de bajo costo, en áreas propensas a sufrir huracanes. En el desarrollo de su estudio, Saffir se percató de que no había una escala apropiada para describir los efectos de los huracanes.

Apreciando la utilidad de la escala sísmológica de Richter para describir terremotos, inventó una escala de cinco niveles, basada en la velocidad del viento, que describía los posibles daños en edificios. Saffir cedió la escala al Centro Nacional de Huracanes de Estados Unidos; posteriormente Simpson añadiría a la escala los efectos del oleaje e inundaciones. En esta clasificación no son tenidas en cuenta ni la cantidad de precipitación ni la situación en la que inciden, lo que significa que un huracán de categoría 3 que afecte a una gran ciudad puede causar muchos más daños que uno de categoría 5 pero que afecte a una zona despoblada.” (MARN, 2020).

Se incorpora un mapa político de Haití, para poder tener las referencias de algunos lugares citados



Conclusiones parciales

Luego que el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas aprobara las Resoluciones 1529 y 1542 en el año 2004, se da inicio a las operaciones de la Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití (MINUSTAH), el 3 de marzo de 2004 el Poder Ejecutivo Nacional decreta la conformación del Contingente argentino que participara en la Republica de Haití.

En junio de 2004, el Congreso Argentino, aprueba la Ley 25.906 “EGRESO DE FUERZAS NACIONALES DEL TERRITORIO DE LA NACION”, donde se autorizó que medios y personal militar participen en la Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití. En el Anexo I dejó sentado la salida de fuerzas nacionales del territorio de la Nación y dice que la tarea del contingente argentino, se concentró en las ciudades de Gonaïves, Saint Marc y Puerto Príncipe y el tipo de actividades a desarrollar en la MINUSTAH.

Posteriormente se realiza una reseña del accionar del huracán “Jeanne”, en donde se señala su trayectoria, evolución y consecuencia. Luego se plasma una exposición de los boletines de emergencia de salud, emitidos por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en su oficina regional para las Américas, haciendo hincapié en las actividades desplegadas por el Contingente Argentino.

Al final se realiza una descripción de las categorías de los huracanes y sus escalas, para considerar la importancia del huracán “Jeanne”.

CAPÍTULO 3

DISEÑO E INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Introducción

En este capítulo, se expone un concepto básico del tipo de instrumentos de recolección de información que fueron utilizados y se dispone la ampliación del conocimiento, en forma particular, en los Anexos correspondientes. Luego se explica cómo fueron los procedimientos de recolección de la información.

Inmediatamente, se expone el criterio de inclusión y exclusión adoptadas para este trabajo. Se complementa con el sustento en la confidencialidad de las personas y en los principios bioéticos necesarios, suficientes y fundamentales para la credibilidad de los individuos evaluados.

Instrumentos de Recolección de Información

De los sucesivos encuentros efectuados previos al despliegue, con Profesionales de la Salud Mental pertenecientes al Ejército Argentino, se consideró, en función de la falta de experiencias previas y de las lecturas vinculadas, que lo pertinente era determinar el Estado de Ansiedad y Depresión y la localización de posibles casos de Estrés Postraumático, a todo el Personal Militar que se encontraba en Haití.

Esta información se obtendría del suministro de los inventarios de auto evaluación para:

- Intensidad de Eventos Traumático (Anexo 1)
- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (Anexo 2)

Estas exploraciones serían las suficientes para poder determinar el estado de esta población Militar y adoptar medidas conducentes al respecto.

Luego de la decisión tomada oportunamente, se procedió a obtener el material necesario para la realización del trabajo. Esto radicó en: realizar las suficientes fotocopias de los inventarios y en la obtención de bolígrafos para su llenado.

A su vez, confeccionar un programa en Microsoft Excel, que permitiera obtener los resultados de las correspondientes evaluaciones, inmediatamente después de su incorporación. Este programa, además, tiene un Punto de Corte establecido, desde el cual anunciaba en forma inmediata la presencia de algún caso (Verdadero Positivo), lo cual ameritaba una atención más específica. (Anexo 3)

A su vez, como el programa de referencia estaba dividido según los ítems de cada inventario, se podía apreciar en forma detallada, cada uno de ellos. Esto daba lugar a tomar otras decisiones como la de realizar un re test o llamar a esta persona a la consulta.

Técnicas de Recolección de Información

El Equipo de Sanidad designado por el Estado Mayor Conjunto de las Fuerzas Armadas, se trasladó a la República de Haití mediante un vuelo de la Fuerza Aérea Argentina el 14 de Octubre, regresando al país, el 31 del mismo mes. El relevamiento sanitario fue llevado a cabo entre los días 15 y 25 de Octubre de 2004, según la siguiente cronología:

- Entre el 15 y el 20 de octubre en la Ciudad de Gonaïves
- Entre el 21 y el 25 de octubre en la Ciudad de Puerto Príncipe.

El relevamiento sanitario fue ordenado efectuarle a la población militar argentina de la Misión de Paz de la República de Haití, ante la presencia de probables consecuencias psíquicas, luego de los sucesos traumáticos vividos.

Procedimientos

El estudio comprende las siguientes fases:

- Fase 1: Obtener las pertinentes autorizaciones de la Conducción Superior de la Misión de Paz.

- Fase 2: Efectuar las evaluaciones
- Fase 3: Analizar la información obtenida
- Fase 4: Entrevistar a los individuos seleccionados.
- Fase 5: Informar al Departamento Sanidad de las personas con síntomas que puedan requerir intervención médica.
- Fase 6: Realizar un informe final.

Población

Para este estudio, la recolección de datos se realizó en dos grupos de una misma comunidad y fueron:

- La comunidad comprendió a todos los integrantes del Contingente Argentino en Haití.
- Los grupos fueron: el Personal Militar que estaba en Gonaïves y aquél que permaneció en Puerto Príncipe.

La Orden de Operaciones expresaba que los Profesionales de la Salud Mental, que integraron la comisión del Relevamiento Sanitario debía evaluar a todo el Personal Militar presente en la Misión de Paz de Haití durante la estadía. El resto, estaba en uso de licencia, fuera de la Isla de Haití. Es por ello que la muestra es no probabilística o dirigida, responde a las características de los datos que se necesitaban obtener.

Descripción de la Muestra.

Los Militares Argentina asignada a la Republica de Haití fueron en principio 677 personas, los cuales estaban distribuidos en:

Gonaïves:

- Ejército Argentino = 450 efectivos
- Infantería de Marina = 150 efectivos

Puerto Príncipe:

- Hospital Reubicable = 39 efectivos
- Helicópteros = 38 efectivos

Procesos de recolección de los datos

Se evaluaron un total de 382 Personas, de los cuales 3 tres fueron femeninos y 379 masculinos. Siendo su edad promedio de 36,5 años de edad, con un rango comprendidos entre 20 y 56 años.

Se tomaron tres muestras de población afectada, en dos localidades diferentes, según la siguiente distribución:

Ciudad de Gonaïves: N = 305

Ciudad de Puerto Príncipe:

- Hospital Reubicable de la Fuerza Aérea Argentina. N = 39
- Base de Helicópteros de la Fuerza Aérea Argentina. N = 38

El Personal Militar faltante en la zona de Gonaïves se encontraba en uso de licencia ordinaria.

La evaluación del Personal Militar de la Ciudad de Gonaïves se efectuó en grupos de veinte y treinta personas. Las escalas fueron respondidas en forma individual, previa explicación oral de las consignas y de la metodología para llenado de la misma.

Se completaron datos filiatorios tales como: nombre y apellido, edad, grado y cargo que ocupaba.

Este Trabajo de Campo Psicológico-psiquiátrico fue realizado a 3 (tres) meses del arribo del contingente a la República de Haití y a 1 (un) mes de los eventos traumáticos acaecidos en la ciudad de Gonaïves.

Aquellos individuos que presentaron indicios o probables síntomas fueron entrevistados en forma personal, a efectos de corroborar lo observado en las escalas.

Los casos referidos se dieron a conocer al personal médico destacado en la Unidad Militar correspondiente, a efectos de contemplar un seguimiento de los mismos, además de instruirlos sobre posibles intervenciones, fundamentalmente farmacológicas. Al respecto, el Médico Psiquiatra del Equipo de Sanidad había llevado medicamentos de utilización psiquiátrica, para ser suministrados ante algún caso emergente, los cuales fueron entregados al Departamento Sanidad de Gonaïves.

La valoración descriptiva forma parte del inicio de un grupo de evaluaciones subsiguientes estipuladas oportunamente en el terreno, según el estado de los individuos evaluados y de la posibilidad de que existiera recidiva.

No obstante, el Médico Psiquiatra de la Comisión manifestó que los evaluaría al regreso de la Misión de Paz, en el Hospital Militar de Campo de Mayo, lugar donde estaba en aquel momento destinado y cercano al Centro Argentino de Entrenamiento Conjunto Para Operaciones de Paz (CAECOPAZ), a donde retornan estos efectivos al finalizar su Comisión del Servicio.

Confidencialidad

Por tratarse de aspectos inherentes a Personal Militar en actividad, los Profesionales de la Salud Mental establecieron como principio deontológico, preservar lo que atañe a la confidencialidad de los Nombres y Apellidos y sus síntomas. Solamente fueron, descritas y mencionadas los datos cuantitativos obtenidos del suministro de los Inventarios y las deducciones cualitativas que de ellos se obtienen. Este procedimiento, como es de práctica, podrá servir como futuros recursos para corroborar o comparar estudios o investigaciones iguales o similares.

Criterio de inclusión y exclusión

Lo hipotéticamente deseado era evaluar como universo de estudio la totalidad del Personal Militar que estuvo presente durante el pasaje del Huracán “Jeanne”. Esto no fue posible dado que parte del Personal Militar se encontraba en uso de licencia ordinaria y fuera de la República de Haití.

Dado este parámetro, no existió un criterio de exclusión, en las evaluaciones participaron todos los presentes, desde el Señor Comandante de la Misión de Paz hasta los Marineros y Soldados. Esto significa que hubo un pleno criterio de inclusión.

Bioética

Desde la perspectiva de bioética, se puede reflexionar sobre los cuatro aspectos considerados por Tom Beauchamp y James Franklin Childress, a saber: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

La autonomía expresa la capacidad para dar normas o reglas sin influencia de presiones. En este caso hay una intencionalidad y el nivel substancial de comprensión y la libertad de coacciones son autónomas, pero no completamente autónomas. La persona no se encuentra impedida o disminuida y supone que el objetivo de los Profesionales que suministran los inventarios, lo realizan porque se trata de la salud de la persona.

La no maleficencia es la abstención de realizar actos que puedan causar daño o perjudicar a otros.

El principio de beneficencia es el que obliga al Profesional a actuar en beneficio o asistencia de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios. Esto significa que este Profesional debe impulsar el mejor interés del paciente, sin tener en cuenta su opinión. El médico toma decisiones dejando de lado los principios de autonomía o justicia.

El principio de justicia es tratar a todos como corresponde, disminuyendo las situaciones de desigualdad. Puede desdoblarse en principio formal, que es tratar igual a todos y principio material, dar a cada uno lo que le corresponde (Siurana Aparisi, 2009).

Dentro de este contexto, en todo momento el trato con las personas fue de sujeto evaluado y no de objeto, dado que se estaba considerando su estado de sintomatología actual y en función del resultado, se determinaría una alternativa de solución médica.

Es por ello que se consideró al Personal Militar evaluado con la autonomía suficiente para interpretar plenamente lo que se estaba realizando. Que estas acciones evaluativas no producirían daño alguno, por el contrario, actuarían como elemento de beneficio, dado que, de registrarse alguna sintomatología, los Profesionales de la Salud Mental acudirían en su ayuda.

Asimismo, al suministrarle los mismos inventarios a todo el Personal presente en Haití y llegado el momento, evaluar su estado actual en una entrevista médica, demostró un principio de justicia.

Conclusiones parciales

El Instrumentos de Recolección de Información fueron los dos inventarios de auto evaluación que determinaban el Estado de Ansiedad y Depresión y la localización de posibles casos de Estrés Postraumático, a todo el Personal Militar que se encontraba en Haití.

La Recolección de Información se efectuó en Gonaïves y en Puerto Príncipe, según la descripción de la muestra que se detalla, llevando a cabo un Procedimiento de obtención de datos, hasta la confección del informe final, con el formalismo normal y acorde para estas circunstancias.

Se tuvo en cuenta preservar lo que atañe a la confidencialidad de los Nombres y Apellidos y sus síntomas. Asimismo, al suministrarle los mismos inventarios a todo el Personal presente en Haití, desde el Señor Comandante de la Misión de Paz hasta los Marineros y Soldados, demuestro el pleno criterio de inclusión y un principio de justicia.

CAPITULO 4

RESULTADOS

Introducción

La actividad primordial de los profesionales de la salud mental fue la de suministrar los inventarios de auto evaluación y obtener los resultados. Ello permitió determinar que personas se las debía entrevistar dentro del contexto de atención primaria de la salud mental.

Con esta información objetiva se elaborara el presente trabajo de investigación. Solo queda la satisfacción profesional del deber cumplido, el agradecimiento a los Comandos por la aceptación y colaboración en la tarea y al Personal Militar a realizar sin presiones ni imposiciones, los esquemas de evaluación.

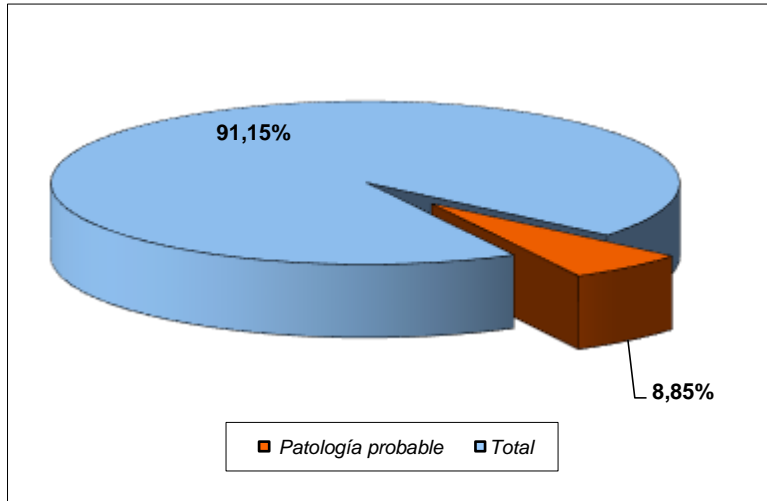
Resultados

Los siguientes resultados fueron obtenidos de las evaluaciones auto – administradas y son las mismas que se utilizaron para este estudio.

Ningunas de estas muestras han sido modificadas por índices de corrección, ni reconsiderados, después de sus registros.

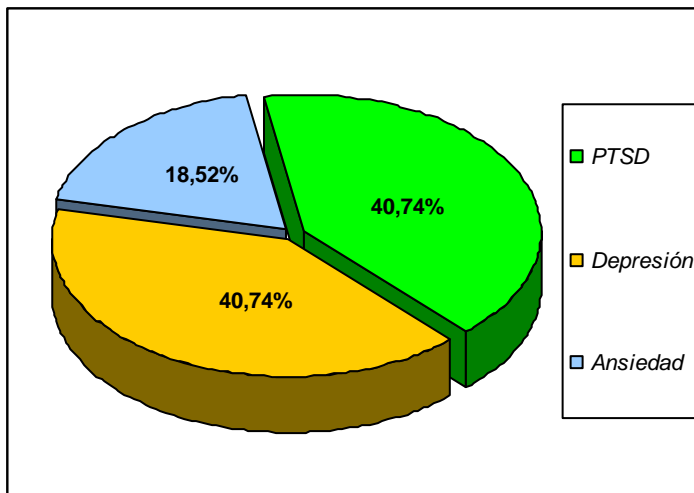
Ciudad de Gonaïves (N = 305)

El registro de las evaluaciones efectuadas, indicó que la cantidad de personas con sintomatología compatible para Estrés Postraumático, Ansiedad y Depresión fue un 8,85 % (n = 27 de casos).



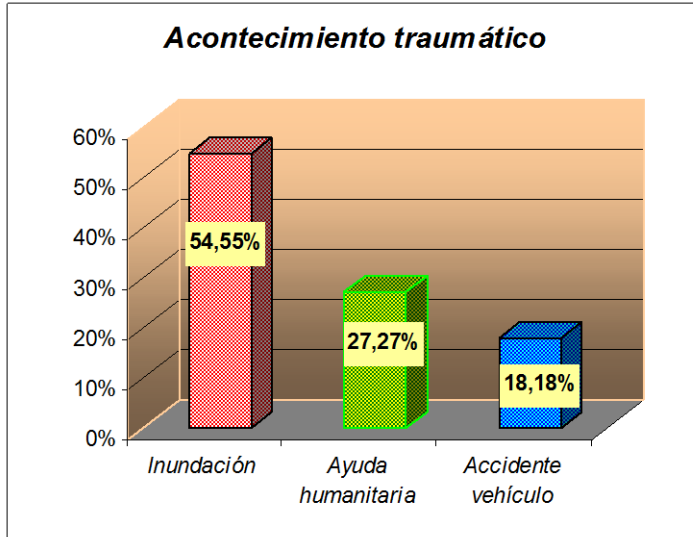
Del total de estas personas con sintomatología, se discriminaba en:

- El 40,74% (n = 11) son compatibles con estrés post traumático,
- El 40,74% (n = 11) relacionadas con síntomas de depresión y
- El 18,51% (n = 5) vinculadas con síntomas de ansiedad.

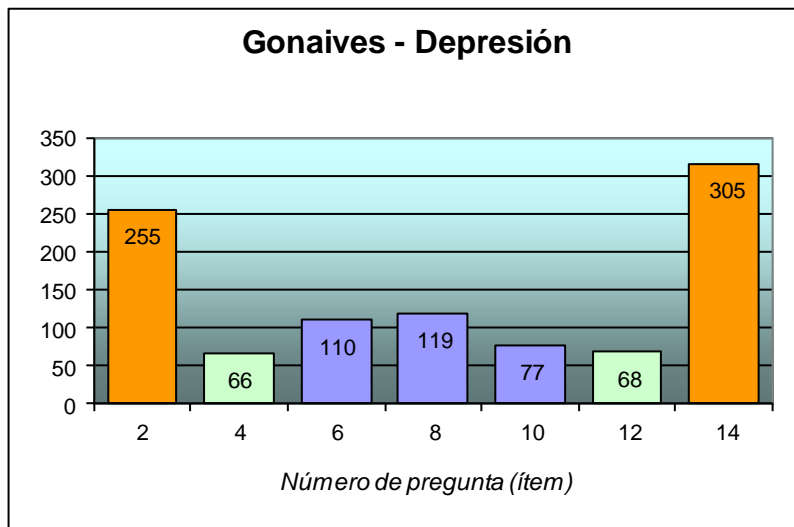


Los hechos traumáticos, los cuales en orden de intensidad y de acuerdo a la descripción dada por el Personal Militar evaluado, fueron los siguientes:

- 1) Inundación (6 personas)
- 2) Ayuda humanitaria (3 personas)
- 3) Accidente vehicular (2 personas)



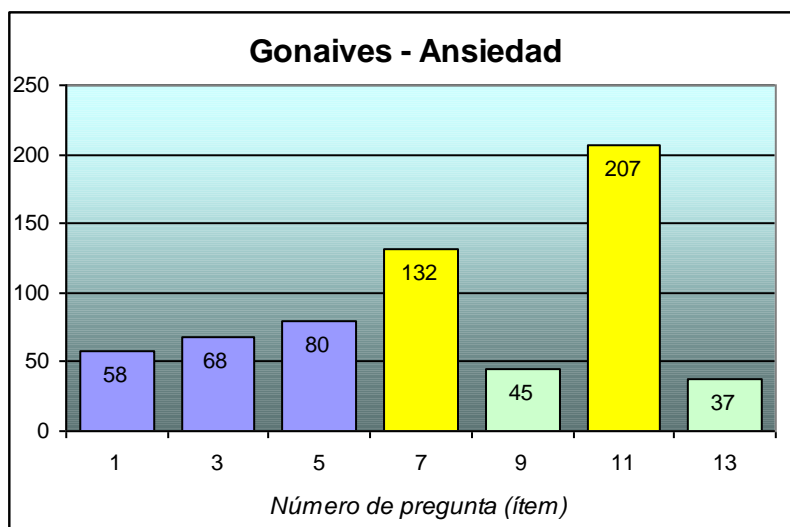
Del análisis posterior de la escala para depresión en el total de la muestra N = 305 (con y sin puntuación para probable patología) se observa un aumento en la frecuencia de respuestas para los ítems 2 y 14 y una menor frecuencia en los ítems 4 y 12.



Referencias:

- 2 sigo disfrutando de lo que solía disfrutar:
- 14 puedo disfrutar de un buen libro o un buen programa de radio o televisión:
- 4 puedo reír y ver el lado divertido de las cosas:
- 12 aguardo las cosas con interés:

Para el mismo grupo, en la escala de ansiedad se observa un aumento en la frecuencia de respuestas para los ítems 7 y 11 y una menor frecuencia en los ítems 9 y 13.



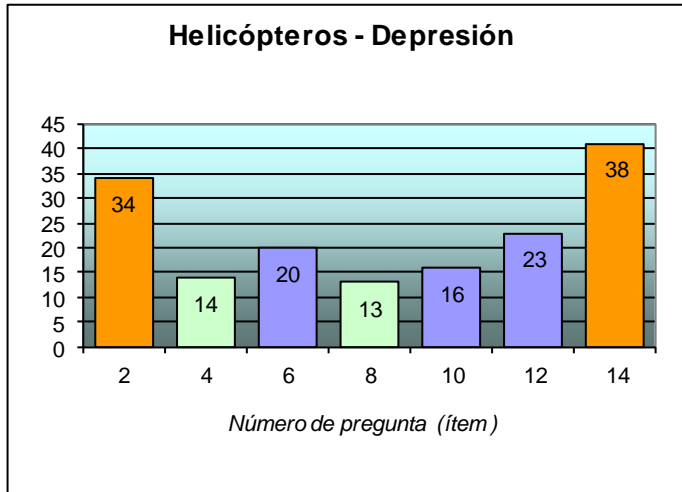
Referencias:

- 7 puedo permanecer sentado tranquilo y sentirme relajado:
- 11 me siento inquieto, como si tuviese que estar en movimiento:
- 9 tengo una sensación atemorizante:
- 13 tengo repentinas sensaciones de pánico:

Ciudad de Puerto Príncipe (N = 77)

En la Base de Helicópteros de la Fuerza Aérea Argentina (N = 38), ubicada en la ciudad de Puerto Príncipe, se registró un solo caso (n = 1) con sintomatología compatible con depresión. Para estrés postraumático y ansiedad, la exploración dio resultados negativos.

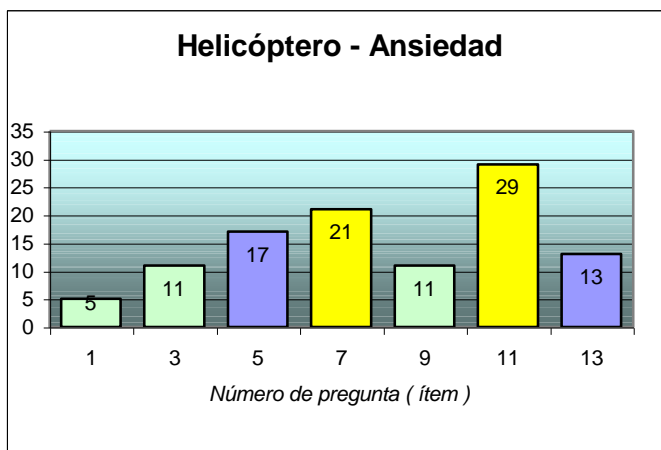
Del análisis posterior de la escala para la depresión, en el total de la muestra N = 38 (con y sin puntuación para probable patología), se observa un aumento en la frecuencia de respuestas para los ítems 2 y 14 y una menor frecuencia en los ítems 4 y 8.



Referencias:

- 2 sigo disfrutando de lo que solía disfrutar:
- 14 puedo disfrutar de un buen libro o un buen programa de radio o televisión:
- 4 puedo reír y ver el lado divertido de las cosas:
- 8 me siento enlentecido:

Para el mismo grupo en la escala de ansiedad se observa un aumento en la frecuencia de respuestas para los ítems 7 y 11 y una menor frecuencia en los ítems 1, 3 y 9.



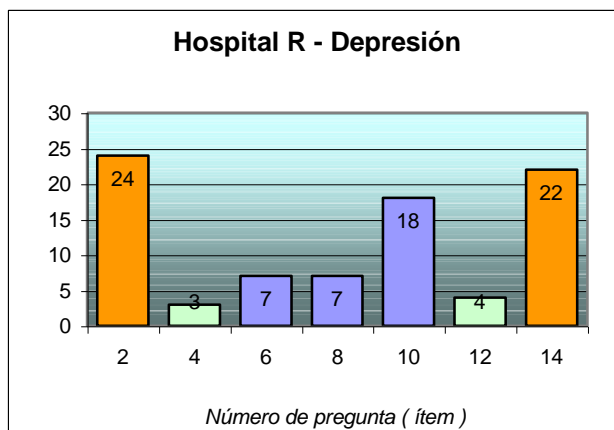
Referencias:

- 7 puedo permanecer sentado tranquilo y sentirme relajado:

- 11 me siento inquieto, como si tuviese que estar en movimiento:
- 1 me siento tenso o emocionalmente agredido:
- 3 tengo una sensación atemorizante, como si algo terrible estuviera por suceder:
- 9 tengo una sensación atemorizante:

En el Hospital Reubicable de la Fuerza Aérea Argentina (N = 39), no se detectó sintomatología compatible para estrés postraumático, ansiedad y depresión.

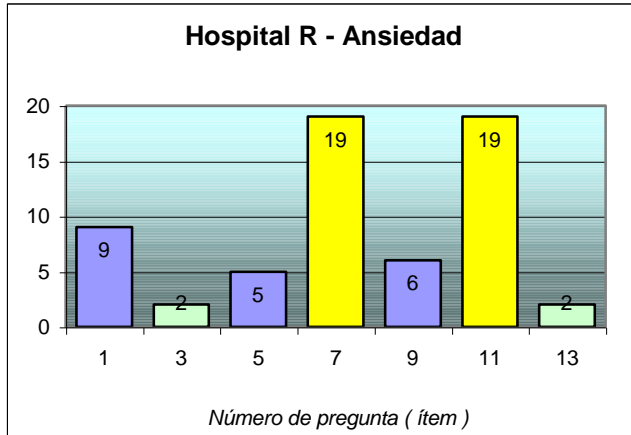
Del análisis posterior de la escala para depresión en el total de la muestra N = 39 (con y sin puntuación para probable patología), se observa un aumento en la frecuencia de respuestas para los ítems 2 y 14 y una menor frecuencia en los ítems 4 y 12.



Referencias:

- 2 sigo disfrutando de lo que solía disfrutar:
- 14 puedo disfrutar de un buen libro o un buen programa de radio o televisión:
- 4 puedo reír y ver el lado divertido de las cosas:
- 12 aguardo las cosas con interés:

Para el mismo grupo en la escala de ansiedad, se observa un aumento en la frecuencia de respuestas para los ítems 7 y 11 y una menor frecuencia en los ítems 3 y 13.



Referencias:

- 7 puedo permanecer sentado tranquilo y sentirme relajado:
- 11 me siento inquieto, como si tuviese que estar en movimiento:
- 3 tengo una sensación atemorizante, como si algo terrible estuviera por suceder:
- 13 tengo repentinas sensaciones de pánico:

CAPÍTULO 5

CONCLUSIÓN, COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

Introducción

En este capítulo se abordara las conclusiones de la investigación, se efectuaran comentarios de temas obtenidos de manifestaciones verbales informales y se plantearan sugerencias. Se propone la necesidad de un conocimiento más profundo de la generación de síntomas en salud mental y efectuar una reinserción familiar y social previa al repliegue del contingente.

Para finalizar, se pone en consideración un breve resumen del aporte profesional del autor.

CONCLUSIÓN

Luego de las pruebas auto – administrables, los resultados obtenidos con síntomas son:

En la zona de Gonaïves:

- (n = 11) son compatibles con estrés post traumático,
- (n = 11) para síntomas de depresión y
- (n = 5) para síntomas de ansiedad.

En la zona de Puerto Príncipe:

- (n = 1) es compatible con síntomas de depresión. Pertenecía a la Base de Helicópteros de la Fuerza Aérea Argentina.

De acuerdo a los resultados obtenidos en las escalas de la población militar estudiada, se infiere que aquellos que estaban destinados en la localidad de Gonaïves presentaron mayores reacciones compatibles con síntomas de Estrés Postraumático, Ansiedad y Depresión, en relación a la población militar destinada en la zona de Puerto Príncipe.

Esto comprueba que la Hipótesis es verdadera, dado que, se han acreditado más casos con síntomas compatibles con Estrés postraumático, Ansiedad y Depresión en la zona de Gonaïves, que en la zona de Puerto Príncipe.

Resultados comparados

Los resultados relacionados con el Estrés Postraumático estaban vinculados con:

- Los acontecimientos producidos por el Huracán “Jeanne”, al deber colaborar con medios y personal, unidos a otros organismos, para hacer frente a los desastres que afectaron a las personas y sus bienes;
- La ayuda humanitaria y la violencia social;
- Por un accidente vial sufrido en un camión de transportes, que se dirigía desde Puerto Príncipe a Gonaïves.

El Personal Militar evaluado por síntomas relacionados con la Ansiedad y la Depresión, estaban directamente vinculados con las causas y consecuencias producidas por el tornado. Hay que reconocer que este personal fue afectado en forma directa, perdiendo o sufriendo deterioros del atuendo y pertrechos, militar y personal. No obstante, y en forma inmediata, debió recurrir al auxilio de los vecinos de Gonaïves, los cuales estaban experimentando los mismos infortunios. Aquí hay que destacar la labor emprendida por el Personal de Sanidad, el cual tuvo que dar respuestas a múltiples situaciones, con pocos recursos (en su mayoría habían sido arrastrados por el aluvión que azotó al Destacamento de Gonaïves) y sin las condiciones de profilaxis deseada.

Si bien no existen estudios similares a los de Marras, luego de las averiguaciones verbales efectuadas a profesionales insertos en la Salud Mental, coinciden que el porcentaje de casos observados en el corte vertical, se encuentra dentro de valores esperados, luego de sucesos de esta magnitud.

Es de destacar que la intervención en crisis, poco tiempo después del acontecimiento traumático, reduce el malestar inmediato y posiblemente previene las respuestas crónicas y aquellas con retardo en el tiempo. Esto corresponde al Estrés Postraumático que puede presentarse meses o años después del suceso disruptivo. Se lo denomina Estrés Postraumático de inicio demorado.

Si la respuesta patológica no se ha desarrollado completamente, permite abreviar la intervención terapéutica.

No obstante, hay que tener en cuenta que el proceso psicopatológico es dinámico, por lo que podría ser factible el aumento del porcentaje encontrado, así como el agravamiento de los casos existentes. Esta razón, es la que hizo necesario instruir a los médicos del Cargo Sanidad de Batallón surto en Gonaïves, para que procediera ante situaciones emergentes o inesperadas.

Teniendo en cuenta lo expuesto, se sugirió efectuar reevaluaciones al regreso del Contingente a la República Argentina, en etapas preestablecidas subsiguientes (al mes, tres meses, seis meses y al año). En principio se podría utilizar las mismas escalas de este estudio, a efectos de tener una visión longitudinal (en el tiempo) de la evolución psíquica del personal expuesto a situaciones de trauma, y/o utilizar aquellas escalas o métodos terapéuticos, que los futuros Profesionales actuantes, consideren oportunos.

Asimismo, la implementación urgente de medidas tendientes a mejorar la calidad de vida, fundamentalmente dentro del orden del esparcimiento y recreación, incidirían favorablemente en la menor aparición de cuadros psicopatológicos.

Los síntomas referidos por el personal militar evaluado, no guardan relación a situaciones o acciones militares específicas, lo que indicaría un adecuado nivel de preparación a tal efecto.

Del registro de las evaluaciones del inventario auto – administrado HADS, el mayor número de respuestas de las escalas de ansiedad y depresión, en la totalidad del personal, con y sin puntuación para probable patología, se centra en los ítems 2 y 14 en la escala para depresión, que corresponde a la incapacidad de disfrutar y en los ítems 7 y 11 de la escala de ansiedad, que pertenece a la incapacidad de estar tranquilo y relajado.

La Misión de Paz en Haití era la primera en concretarse en dicho escenario. En esta etapa es cuando se arman las instalaciones y se consolida las actividades operativas. Estas tareas demandan mucho esfuerzo y dedicación.

El Batallón Conjunto Argentino estable en Gonaïves había iniciado con esmero y perseverancia estos trabajos, los cuales se vieron interrumpidos por el lamentable acontecimiento tropical. Este contingente procedió a dar respuesta inmediata a las necesidades de la Población de Gonaïves y al mismo momento reparar los daños recibidos.

Estas circunstancias no le permitieron al personal, tener momentos para disfrutar, estar tranquilos y relajados.

Algo similar, pero sin deterioros materiales, ocurría en Puerto Príncipe.

El armado del Hospital Reubicable demandó mucho trabajo y debió realizarlo personal experto en el armado y ensamble de los contenedores, conjuntamente con los profesionales que lo emplearía, dado que los elementos tecnológicos y de uso rutinario que utilizan las distintas especialidades médicas, la deben realizar los correspondientes técnicos y entendidos en la temática. Esto exige que lo último que se materializa son los locales de reuniones y esparcimientos. En esta zona también hubo un retraso en la terminación y se debió a que todo el personal estuvo abocado también, a tareas relacionadas con el desastre climatológico. En el Hospital se incrementaron las guardias y los trabajos específicos. En la Base de Helicópteros de la Fuerza Aérea Argentina aconteció lo mismo.

Superadas en parte las tareas conexas con el huracán, estos Destinos fueron involucrados en cumplir tareas de emergencia, como el traslado y asistencia del Marinero herido en un enfrentamiento callejero con armas y además, permaneciendo en alerta temprana, ante situaciones similares (Olivera, 2004).

Cuando la Comisión de referencia estuvo en el Hospital Reubicable, todavía no habían terminado de armar una habitación prefabricada que cumpliría el rol de comedor y lugar de reunión.

Agravaba aún más el medio hostil de ambas ciudades, la falta de actividades socioculturales, la carencia de lugares recreativos o el no poder concurrir a locales de esparcimientos, que por referencia son pocos, pero que además, estaba prohibido frecuentarlos, en virtud de evitar el tener contacto con el medio civil de la zona.

Estos acontecimientos favorecen el estado de ansiedad y tensión. Si estos problemas continúan, podría suceder que algún individuo con síntomas agravara su conducta, no específicamente hasta concretarse en una enfermedad, pero si en contener ribetes tediosos, que alteren el normal funcionamiento operativo de la persona.

COMENTARIOS

Adiestramiento Militar

Cuando la comisión de referencia arribó a Puerto Príncipe, la primera novedad con que se encontró fue la de un marinero argentino herido de bala, producto de un enfrentamiento entre las fuerzas de paz de las Naciones Unidas y grupos opositores al gobierno haitiano, en un barrio de la ciudad de Gonaïves (Olivera, 2004).

Esto demuestra que el Personal Militar con armas, continuó operando también, pese a que los arreglos del deterioro y destrozos producidos por el Huracán no habían finalizado y la situación política imperante en Haití se agudizaba. Estas actitudes señalan que, los síntomas referidos por el Personal Militar evaluado, no guardan relación a situaciones o acciones militares específicas, lo que indicaría un adecuado nivel de preparación para la acción militar pura.

Esto comprueba que las pericias que se desarrollan a partir de un adiestramiento específico y minucioso, se efectúan con un alto nivel de eficiencia. Si dentro de este adiestramiento no se realizan estudios y prácticas de Promoción y Prevención de las principales causas psicológicas, que se pueden presentar ante situaciones disruptivas no previstas, lo más probable que parte del Personal Militar esté expuesto a circunstancias no deseadas, que atenten a dar respuestas apropiadas, a las exigencias de las Misiones de Paz.

La capacidad de Resiliencia que posea el soldado, le permitirá afrontar con entereza las vicisitudes e inconvenientes que surjan al respecto (Zukerfeld, R, 2005).

En esta misma línea de pensamiento, es necesario más que conveniente, que se prevea instruir, fundamentalmente a los Comandantes y Jefes, sobre la gravedad del estrés. Su causa, desarrollo, alcance y consecuencias (Selye, 1960), (Kertesz, 1985) (Lazarus, 1986).

Quizá es oportuno, además, suministrar información relacionada con la necesidad que tiene el Personal Militar que experimenta estas habilidades específicas y de alto riesgo, de mantener su nivel de actividad ante circunstancias no deseadas (no depresión) y/o controlar el ímpetu de estas acciones (no ansiedad), a los efectos de conservar un equilibrio estable y duradero en el tiempo, tendiente a mantenerse en el entorno de “aquí y ahora”, durante el curso de las Operaciones Militares.

Estas propuestas son importantes que se concreten, dentro de un marco de educación, instrucción y adiestramiento, en virtud de que no siempre los Destinos Operativos podrán disponer de un Grupo de Profesionales que efectúen un Relevamiento Sanitario, luego de un acontecimiento disruptivo de envergadura.

No obstante, el Relevamiento de marras, o cualquier otro que se ejecute, deberán tener los Objetivos a cumplir bien determinados. Al margen de esta especificidad concreta, toda tarea de estas características debe conllevar un manto de tranquilidad a los exigidos integrantes de alguna misión de alto riesgo. La labor se fundamenta en principio, con argumentación valedera y precisa y se sustenta con rigurosas actividades profesionales. Estas actitudes se cumplieron durante la estadía en la República de Haití.

Interrogantes Secundarios

Dentro del contenido de lo expresado en los Interrogantes Secundarios, se considera que no hay un adecuado conocimiento de la temática de los síntomas de Ansiedad y de Depresión. Esto comienza al confundirse las enfermedades psiquiátricas relacionadas con la Ansiedad y Depresión. Estas mezcolanzas generalizadas, que incluye a Profesionales de la Salud no afines con la psiquiatría-psicología, tienen injerencia sobre el comportamiento y pensamiento del resto del personal.

En ocasiones, debido a dicha mala información, Personal Militar en actividad transitó por indeseados estados de salud, que les generó situaciones complicadas asociadas, como permanecer sin servicio con erróneos diagnósticos de Ansiedad o Depresión. Tales diagnósticos admitidos como patológicos, en realidad correspondían a estados personales circunstanciales, derivados de acontecimientos particulares y específicos que, al dejar de actuar sobre los individuos involucrados, les posibilita superar los inconvenientes.

Es por ello que los Comandantes y Jefes de las Misiones de Paz, que conducen a un grupo de individuos en situación de alto riesgo, deben entender, comprender y significar los alcances de los síntomas de Ansiedad y de Depresión. Por lo tanto, es necesario que permitan acudir a la consulta al Personal con inconvenientes o exigir que lo realicen.

Cumplimientos de Objetivos planteados

La citada comisión del servicio se produjo, porque el Estado Mayor Conjunto de las Fuerzas Armadas consideró, que el Personal Militar había reducido su capacidad y voluntad de dar respuestas apropiadas, a las exigencias de las Operaciones Militares de Misiones de Paz.

Fue entonces que, la totalidad de los integrantes de aquellos Destinos Militares, presentes entre el 14 y el 31 de octubre de 2004, fueron evaluados en lo concerniente a síntomas de Ansiedad, de Depresión y Estrés Postraumático.

Del otro Objetivo General planteado, en donde se pretende determinar las principales causas Psicológicas que reducen la capacidad y la voluntad del Personal Militar, a dar respuestas apropiadas a las exigencias de las Operaciones Militares de Misiones de Paz, se puede afirmar que: Por los acontecimientos que se llevaron a cabo días inmediatos al tornado y los que continuaron realizándose, los grupos de trabajos se mantienen muy activos. Su participación se perpetro con entereza e idoneidad. Si alguno de estos integrantes padeciera circunstancialmente algún flagelo de los que se evaluaron, pasaría desapercibido en el contexto. Entonces, se puede concluir que, si una persona sufre algún problema de los ítems en estudio, ante la necesidad del cumplimiento con las obligaciones básicas y prioritarias, los síntomas quedan de lado. Esto comprobaría que los indicios que se pueden determinar de las averiguaciones en curso, son producto de un acontecimiento particular y no responden a una patología establecida.

Si existiese una enfermedad declarada, por lo general el individuo no respondería a los mandatos de una actividad de riesgo y mucho menos relacionado con la generadora de su padecimiento.

Otras consideraciones

Entre los nutridos comentarios que se pudo rescatar, de varias conversaciones intrascendentes llevadas a cabo con Personal de diversas jerarquías, se puede considerar los siguientes aspectos:

Muchos de ellos se encontraban tristes porque vieron destruido el trabajo de dos meses en el lapso de un día. Más, muchos de ellos consideraban que la mayoría de lo destruido por el tornado, los dejaba en peores condiciones que cuando llegaron e iniciaron las tareas de construcción de la Base. Esto no solo incluía el infortunio en sí, sino que la pérdida de material era importante y que, por el momento, les era difícil reponer.

Otra consideración que hacían como crítica verbal es el poco suplemento que se les abonaba a los argentinos, en relación a otros países. Las manifestaciones se centraban en que un Militar de la República de Chile cobraba el doble y que un componente de Brasil desde el doble al triple, cuando la actividad estaba centrada en los mismos trabajos. Estas protestas se agudizaban cuando mencionaban que luego del huracán, los integrantes del Batallón Argentino de Gonaïves salieron a dar respuesta inmediata a los damnificados, no ocurriendo lo mismo por parte de las otras Unidades de la zona.

SUGERENCIAS

Ante las conclusiones obtenidas del presente estudio y de lo observado y escuchado oportunamente, se sugiere:

- Prever incrementar en CAECOPAZ o donde se determine, el entrenamiento del Personal Militar en el accionar ante situaciones que involucren: desastres naturales y ayuda humanitaria.
- Generar educación, instrucción y adiestramiento a este Personal Militar en lo relativo a posibles síntomas de Salud Mental esperables ante situaciones disruptivas, fundamentalmente lo referente a estrés y en especial a estrés de combate.
- Implementar medidas tendientes a la recreación y esparcimiento, que disminuya el estado de tensión psíquico observado en la generalidad de los casos evaluados.
- Evaluar a todo el Personal Militar participante de esta Misión de Paz al regreso al país, luego de la finalización de sus tareas en Haití. Esta verificación médica debe consistir en exámenes biológicos y psicológicos. Estos últimos estudios deben ser ampliados en etapas pre - establecidas y subsiguientes (al mes, tres meses, seis meses y al año) a los Individuos del contingente que manifestaron síntomas compatibles con la Ansiedad, la Depresión y Estrés Postraumático luego del paso del huracán. Estos

estudios se pueden realizar con las escalas utilizadas en esta ocasión en el terreno u otras. El concepto es verificar el estado de Salud Mental de estos Individuos dentro de un contexto longitudinal (en el tiempo) establecido. Esto redundaría en importancia, dado que los síntomas de Estrés Postraumático pueden presentarse aún, meses u años después del suceso traumático. Los más tardíos en el tiempo se denominan Estrés Postraumático de inicio demorado (DSM-IV, 1995. p. 436) (CIE-10, 2008. p. 325).

- Prever la necesidad de un apoyo al núcleo familiar del Personal Militar durante la permanencia en el exterior, por intermedio de Asistencia Social de la Fuerza a la que pertenece, como mecanismo de prevención ante posibles consecuencias de cualquier índole en el núcleo familiar (enfermedad de algún integrante, situación económica, traslados distantes de familiares, problemas escolares de los hijos, etc.). Esto debería estipularse y reglamentarse para ponerlo en práctica, como elemento de contención básico del individuo que permanece en Misiones de Paz. Esto también lograría mitigar los factores estresantes que el individuo destinado en el exterior del país tiene o mantiene.

- Es necesario implementar una re-inserción familiar y social. Esto consistiría en la realización de cursos y reuniones con la totalidad del Personal Militar 15/20 días previos del regreso al país, en el sitio de la Misión de Paz. La temática general estaría circunscripta en: no efectuar demasiados comentarios de lo vivido durante periodo y adaptarse a nuevas circunstancias o cambios, que se han producido en su hogar y en su entorno social, luego de un alejamiento prolongado.

- Para los individuos que estuvieron expuestos a situaciones de esfuerzo con espíritu de sacrificio y abnegación, es necesario implementar adecuados incentivos y reconocimientos, de aquellos a quienes representa. Dicho incentivo en muchos casos es el económico, que cuando no está acorde a lo esperado, produce un estado de tensión manifiesto. Esta observación subjetiva es representativa del personal que integro la Misión de Paz evaluada en Haití en aquella oportunidad. Muy probablemente sería extensiva a todas las Misiones de Paz llevadas a cabo y seguramente se considerará, ante la comparación de las retribuciones económicas percibidas por fuerzas de otros países, que desarrollen servicios de similares características

- Es necesario implementar en los inventarios auto-administrados el no anonimato. Esto permitió poder identificar a aquellos individuos que puedan padecer de síntomas, a efectos de brindar una adecuada atención profesional, así como también poder ser utilizados en las subsiguientes evaluaciones sugeridas.

Aporte profesional del autor

Este trabajo de campo me brindó una experiencia personal muy importante, que además produjo inquietudes profesionales que exigieron una continua actualización. Quiero dejar en claro que mi participación en esta comisión del servicio fue fortuita, dado que el Estado Mayor Conjunto de las Fuerzas Armadas solicitaba la intervención de médicos psiquiatras militares. En la Armada en ese entonces contaba con dos, los cuales eran de edad avanzada y por lo tanto no estaban en condiciones físicas de efectuar este trabajo. Se me consultó si podía concurrir, a lo cual accedí.

Inmediatamente fui constatado con el médico psiquiatra del Ejército Argentino y comenzamos los trabajos de organización previos al despliegue.

Al regreso, comencé a tomar conciencia de la importancia que es la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales.

A fines del 2004 participe de la inauguración del Centro de Psicotrauma para atención de los Veteranos de Guerra de Malvinas del Ejército Argentino. Estaba emplazado en la calle Palestina, entre Sarmiento y la Avenida Corrientes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Esto se afirma mucho más cuando soy trasladado en el año 2006 al Hospital Naval Buenos Aires Cirujano Mayor Dr. Pedro Mallo, para crear un Cargo y División que conducirá las evaluaciones médicas y la concreción del Dictamen de Junta de Reconocimientos Médicos a Veteranos de Guerra de Malvinas, según lo establecido en la Ley Nacional 23.109/84: “Beneficios a ex combatientes que han participado en acciones bélicas en el Atlántico Sur”.

El año 2008, conjuntamente con la Agente Civil, Licenciada en Psicología María Paula Queiruga efectuamos y presentamos a la Dirección del Hospital Naval el Proyecto: “Ejecutar acciones preventivas relacionadas con la Salud Mental del Personal Militar y

Civil que participan en Misiones de Paz”. Esta información fue elevada a la Dirección de Sanidad de la Armada para su consideración.

En enero de 2010, se produce un terremoto de magnitud en la República de Haití, en donde la zona más afectada fue Puerto Príncipe. Debido a este acontecimiento de importante proporción, se ven incrementadas las problemáticas patológicas, fundamentalmente aquellas directamente relacionadas con la salud mental.

La Señora Ministra de Defensa Doctora Nilda Garré, ordeno estudiar las alternativas válidas para generar en las Fuerzas Armadas, un sistema de salud mental que atienda las necesidades del Personal Militar.

Por manifestaciones del Médico Psiquiatra Militar designado por la Armadas, estas primeras reuniones estuvieron presididas por el Doctor Héctor Carlos Moguilevsky, perteneciente a la Coordinación de Salud y Bienestar de las Fuerza Armadas y entre los consultados, estaban los Doctores Alfredo Horacio Cia y Moty Benyakar.

Estas actividades concluyen con el “Seminario de Estrés Postraumático e Impacto Socio Laboral y Familiar en Personal Desplegado en Misiones de Paz”, realizado en el marco del Programa de Apoyo al Diálogo sobre Políticas, financiado por la Unión Europea, llevado a cabo en el Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto, el 29 de marzo de 2010. Fue presidida también, por la Coordinación de Salud y Bienestar de las Fuerzas Armadas, dependiente del Ministerio de Defensa.

Los expositores principales fueron el personal militar y civil de las Fuerzas Armadas de España, quienes ilustraron a los concurrentes, como es la organización que el Reino de España tiene en las Fuerzas Armadas, con relación a la Salud Mental.

Por las Fuerzas Armadas Argentinas debían exponer representantes de la Salud Mental de las Tres Fuerzas. Al respecto. Fui convocado y presente el proyecto: “Ejecutar acciones preventivas relacionadas con la Salud Mental del Personal Militar y Civil que participa en Misiones de Paz”.

Como resultado de este Seminario, se creó el Comité de Trabajo de Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias y Catástrofes, Asistencia Humanitaria y Misiones de Paz, que se conformó en el ámbito de la Coordinación de Salud y Bienestar de las Fuerzas Armadas del Ministerio de Defensa, a partir de lo establecido en la Resolución del Ministerio de Defensa N° 811/2010, a fin de efectuar una revisión integral de las

normas relacionadas con la prevención, educación, diagnóstico y tratamiento de personas, posibles de padecer trastornos mentales asociados a situaciones disruptivas, emergencias, crisis y catástrofes en el ámbito de las Fuerzas Armadas, así como también de sus familiares y elaborar un plan estratégico para la implementación de las acciones coordinadas a encarar, en materia de salud mental y apoyo psicosocial, en situaciones de emergencias (Minidef, 2010b).

Esta comisión estaba integrada por profesionales de la salud mental de las Tres Fuerzas Armadas y presidida por la Licenciada en Psicología Florencia Celia Suarez, perteneciente a la Coordinación de Salud y Bienestar de las Fuerzas Armadas.

Dicho trabajo dio lugar a Resolución del Ministerio de Defensa N° 1209/2010, en donde se aprobó el Plan Estratégico elaborado por dicho Comité, para la implementación de las acciones coordinadas en materia de salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de: emergencias, catástrofes, asistencia humanitaria, Misiones de Paz y Veteranos de Guerra de Malvinas (Minidef, 2010c).

Dicha resolución prevé:

- Formulario para el retorno de comisión al extranjero
- Consentimiento voluntario
- Informe del destino con los antecedentes personales recientes
- Listado de enfermedad o trastornos psíquicos conexos con experiencias traumáticas
- Como acción de prevención se establece la conformación del Equipo de Despliegue Rápido

Dentro de las acciones de educación y capacitación profesional se consideró:

1. Crear una Residencia Médica Unificada en Psiquiatría. Actualmente funciona en el Hospital Militar de Campo de Mayo
2. Planes de capacitación de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de patologías relacionadas a eventos disruptivos y catástrofes
3. Capacitación a profesionales de la salud en HHMM
4. Incluir aspectos relacionados a las patologías psicotraumáticas en la curricula de los cursos a brindar en el CAECOPAZ
5. Constituir un equipo de trabajo interdisciplinarios, conjuntamente con el Comité de Género y Violencia Familiar

Muchas de estas actividades son diseñadas y controladas por el Comité de Trabajo en Salud Mental, que se compone de profesionales de las Tres Fuerzas.

Se crearon tres Centros Especializados en Salud Mental de las Fuerzas Armadas. Estos Centros son básicamente de atención a Veteranos de Guerra de Malvinas, en donde se realizan: diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Pasado un tiempo, se comenzó a realizar las evaluaciones relacionadas con la Ley Nacional N° 23.109 (comúnmente conocida en el Ejército Argentino como Anexo 40).

El contenido de dicha Resolución se expuso con éxito en el VI Congreso Panamericano de Medicina Militar “Sanidad Militar para la Defensa Regional” realizado en Managua, Nicaragua, en el año 2010.

En 2013 fui trasladado al Centro de Salud Mental Conjunta de las Fuerzas Armadas. Me ordenaron crear y conducir el Departamento Misiones de Paz, el cual se dedicaría a dar las directivas al Psicólogo Militar desplegado en Haití y evaluar al Personal Militar propuesto para cubrir las vacantes argentinas de Estados Mayores de las Naciones Unidas y de observador adelantado, actividades que se despliegan por el lapso de uno o dos años.

En el año 2013 el Estado Mayor Conjunto disponer enviar a una Psicóloga Militar a cumplir funciones específicas en la Misión de Paz de Haití. Esto permitió la realización de Promoción de la Salud Mental en el terreno y con las periódicas evaluaciones, se efectuó Prevención de los Trastornos Mentales. Esta actividad se desarrolló hasta el año 2017.

En el año 2014 realice el anteproyecto: “Manual de Promoción, Prevención y Detección Temprana de la Salud Mental en Operaciones Militares” que fue elevado a la Armada para su consideración.

Luego de exposiciones dadas en la Escuela de Guerra Naval, en el año 2015 se publicó el artículo: “Un Camino con Futuro, para no volver al Pasado”, en la Revista de la Escuela de Guerra Naval N° 61 (Cornejo, 2015).

Durante los años 2016 al 2019 este Departamento participo en mesas redondas del Congreso de Psiquiatría de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) exponiendo las actividades de Misiones de Paz que se relacionan con Salud Mental. Por ser esta una actividad particular dentro del contexto de la psiquiatría, nos solicitaron realizar un artículo, que fue publicado en la revista Sinopsis de la Asociación, con el título de: “Prevención y Detección Temprana de la Salud Mental en Misiones de Paz” (Cornejo, 2019).

Cuando entrego el Departamento Misiones de Paz del Centro de Salud Mental Conjunto de las Fuerzas Armadas, siendo esta la última actividad realizada en Servicio Activo, dejo un trabajo avanzado que deberá ser un anteproyecto de un Reglamento para la Promoción y Prevención del Estrés de Combate en Operaciones Militares y sostengo verbalmente ante el Comité de Trabajo en Salud Mental la necesidad de establecer una Especialización en Psicología Militar, para los Profesionales Psicólogos Militares y Agentes Civiles de las Fuerzas Armadas.

A raíz de los estudios emprendidos en nuestra querida Universidad de la Defensa Nacional, creo que he podido aunar conocimientos en Psicología Militar con las necesidades propias que son inevitables para afrontar una pandemia. Es por ello que pude realizar el artículo: “Preservar la Salud Mental en Profesionales y Técnicos de Sanidad en los Hospitales Militares”, publicado en la Revista de la Escuela de Guerra Naval N° 66 (Cornejo, 2020).

Como oficial de Comando Naval, he participado del “Fraterno 78” con la Marina de Brasil, en el conflicto de 1978 con Chile (El Destructor Segui, Unidad Operativa en la cual estaba destinado, entro en combate contra un submarino). Fui Jefe del Destacamento Naval Decepción, en el Sector Antártico Argentino en la campaña 79/80. Durante el año 1982 fui Segundo Comandante del “Balizador San Julián” y designado Comandante de Una Unidad operativa, en una misión secreta durante el conflicto de Malvinas y de otras actividades navales en la zona del Rincón.

Navegué durante tres años y medios el canal de Beagle, como: Segundo Comandante de la lancha torpedera “Alakus” 5 meses; Comandante de la lancha “Baradero” dos años y Jefe de Máquinas de la Lancha Rápida “Indómita” durante un año. Fui designado Jefe del Destacamento Naval de “Puerto Parry”, en Islas de Los Estados, para realizar una plataforma para aterrizaje de helicópteros, la instalación de una vivienda para la dotación y un proyecto de construcción de un puerto para atraque de embarcaciones de poco porte. Además, realice el cruce del Estrecho de Magallanes en bote neumático y una campaña de arqueología naval en la costa norte de Península Mitre, Tierra del Fuego.

Posteriormente fui Segundo Comandante del “Barreminas Neuquén” durante dos años; Jefe de Material Naval del Portaaviones “25 de Mayo” también durante dos años y Segundo Comandante del “Patrullero King” un año.

Curse la Escuela de Oficiales de la Armada en la orientación Propulsión Maquinas, por ellos ser Licenciado en Sistemas Navales en Propulsión y la Escuela de Guerra Naval en el Curso de Estado Mayor Especial.

En la etapa de estudio, primero me recibí de Profesor en Psicopedagogía y luego Licenciado en Psicología. Pude concretar el programa: “Inserción Laboral de Personas con Discapacidad” y lograr incorporar el cupo mínimo exigido por ley (4%) de personas con discapacidad al trabajo. Haber diseñado e instalado la oficina de: reinserción familia, social y laboral, del Personal Militar en condiciones de retiro. Trabajar con Veteranos de Guerra de Malvinas y efectuar asesoramiento a diversos organismos de la Armada. Lograr con éxito el primer y segundo encuentro de Psicólogos Militares, en donde se pudo explicar que realiza cada uno y cuáles son las falencias del sistema, para mejorarlo.

Hoy me da mucho gusto poder decir que he cursado la Universidad de la Defensa Nacional. En ella he recibido conocimientos académicos, algunas experiencias, pero por encima de todo, desconocidas vivencias, que me transportan a un nuevo contexto, en mi orden de pensamientos.

ANEXO 1

EVALUACIÓN DE INTENSIDAD DE EVENTOS TRAUMÁTICO

FECHA: **APELLIDO Y NOMBRE:**

FUERZA: **GRADO:** **EDAD:**

PUESTO (Describa brevemente su función)

¿SE SIENTE PREPARADO PARA SU FUNCION ACTUAL? SI - NO (Describa brevemente)

¿PARTICIPO EN OTRAS MISIONES DE PAZ? NO - SI (cuales):

Debajo hay una lista de comentarios frecuentes que las personas hacen después de una situación traumática.

Por favor, chequear cada uno de ellos, e indique con qué frecuencia fueron hechos por usted durante los **últimos siete días**. Si no ocurrieron marque: **Nunca**

COMENTARIOS	FRECUENCIA			
	0	1	3	5
	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo
1 He pensado acerca de ello sin quererlo				
2 Logré evitar perturbarme cuando pensaba acerca de ello o cuando me lo recordaban.				
3 Traté de borrarlo de mi memoria.				
4 Me costó dormirme o permanecer dormido porque imágenes o pensamientos acerca de ello me aparecían en la mente				
5 Tengo oleadas de sentimientos muy fuertes acerca de ello.				
6 Soñé acerca de ello.				
7 Me mantuve alejado de todo aquello que me lo recordara.				
8 Me siento como si no hubiera ocurrido o como si no fuera real				
9 Traté de no hablar acerca del tema.				
10 Me aparecían imágenes de ello en forma intensiva				
11 Otras cosas me hacían pensar en ello una y otra vez				
12 Percibía que tenía aún un montón de sentimientos acerca de ello pero no me ocupé de ellos.				
13 Traté de no pensar acerca de ello				
14 Cualquier recordatorio me traía nuevamente sentimientos referentes al hecho				
15 Mis sentimientos acerca de ello estaban como anestesiados				

Impacto de la escala de Intensidad de Eventos Traumáticos (IES)

La Escala de Intensidad de Eventos Traumáticos IES, (The Impact of Event Scale) es un inventario, que fue desarrollado por Mardi Horowitz, Nancy Wilner y Willian Álvarez, para medir el estado subjetivo actual de distress relacionado con un evento específico, a partir de las respuestas de intrusión y evitación más comunes manifestadas, como estresores traumáticos (Horowitz, 1979).

La escala IES consta de 15 ítems, 7 de los cuales miden síntomas intrusivos (pensamientos intrusivos, pesadillas, sentimientos intrusivos e imágenes) y 8 síntomas de evitación (adormecimiento de la capacidad de respuesta, evitación de sentimientos, situaciones, ideas). Combinados, proporcionan un puntaje total de estrés subjetivo. Todos los elementos del IES están referidos a un factor estresante específico. Se pide a los encuestados que califiquen los ítems en una escala de 4 puntos de acuerdo con la frecuencia con la que cada uno ha ocurrido en los últimos 7 días. Los 4 puntos en la escala son: 0 (para nada), 1 (rara vez), 3 (a veces) y 5 (a menudo) (Sundin, 2003) (Horowitz, 1979).

La fiabilidad encontrada en las subescalas del IES muestra una muy buena consistencia interna basada en los 2 grupos de muestras separadas. Los coeficientes variaron de .79 a .92, con un promedio de .86 para la subescala intrusiva y .90 para la subescala de evitación (Horowitz, 1979).

La fiabilidad test-retest de 0,87 para las puntuaciones de estrés total, 0,89 para la subescala de intrusión y 0,79 para la subescala de evitación (Horowitz, 1979).

Con respecto a la validez, en varios estudios que involucraron a veteranos de combates, sobrevivientes de desastres naturales, personal de servicios de emergencia, víctimas de delitos y adultos abusados sexualmente cuando eran niños, han demostrado que el IES discrimina a una variedad de grupos traumatizados de sus cohortes no traumatizadas (Horowitz, 1979).

Esto también se mostró en el estudio de Horowitz et al (1979), que comparó los puntajes de IES de una muestra de pacientes que habían experimentado eventos traumáticos específicos de la vida, con una muestra de estudiantes de medicina expuestos a disección de cadáveres.

El método de calificación se desprende de la puntuación de 0, 1, 3 o 5.

Puntuación: nada = 0; Raramente = 1; A veces = 3; A menudo = 5, al final y luego de su correspondiente suma se obtiene el total de las puntuaciones. Las más altas reflejaron un impacto más estresante. Los puntajes para la subescala intrusiva varían de 0 a 35 y es la suma de los puntajes para los ítems 1, 4, 5, 6, 10, 11 y 14. Los puntajes para la subescala de evitación varían de 0 a 40 y es la suma de los puntajes para los ítems 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13 y 15. La suma de las dos subescalas es el puntaje de estrés total. Se sugiere que el punto de corte sea 26, por encima del cual se indica un impacto moderado o severo (Horowitz, 1979).

Se sugieren que el IES se interprete de acuerdo con las siguientes dimensiones:

0 - 8	Rango subclínico
9 - 25	Rango leve
26 - 43	Rango moderado
44 +	Rango severo (Horowitz, M. 1979)

La Doctora en Psicología Eva C. Sundin del Departamento de Psicología, Universidad de Umea y Mardi J. Horowitz realizaron el estudio: Escala de Intensidad de Eventos Traumáticos de Horowitz: una evaluación de 20 años de uso. (Sundin, 2003).

Tuvo como objetivo principal, plasmar en un meta análisis, sesenta y seis estudios que utilizaron la Escala de Intensidad de Eventos Traumáticos (IES) de Horowitz, donde se examinaron las relaciones entre un conjunto de variables independientes (edad y sexo del grupo de trauma, país donde se realizó el estudio hecho, año de publicación, tipo de evento, tiempo transcurrido entre el evento y la medición) y el impacto psicológico de síntomas de estrés.

Los resultados del análisis de regresión jerárquica indicaron que diferentes tipos de eventos (episodios de enfermedades y lesiones, desastres naturales y tecnológicos, duelo y pérdida, violencia, abuso sexual y exposición a la guerra), es un fuerte predictor de niveles de intrusión y síntomas evitantes, después de un evento traumático. Reacciones intrusivas y evasivas informadas por las víctimas de trauma, tienden a disminuir linealmente con el tiempo. Este hallazgo fue respaldado por los resultados informados por 20 estudios distintos de reacciones al estrés, en dos evaluaciones transversales, que pretende ser un estudio longitudinal y de distintos eventos. Consideran que las diferencias de género y

culturales fueron relativamente insignificantes, mientras que el tipo de evento provocó diferentes niveles de reacciones de estrés, medidos con el IES.

Dentro del contexto de las conclusiones se resalta:

Los datos obtenidos del suministro de IES proporcionan evidencia de valor como elemento de medida a las reacciones al estrés, en varias poblaciones diferentes. Esto permite confirmar al IES, como recurso útil en futuros estudios de síndromes de respuesta al estrés.

Solo a una pequeña proporción de las calificaciones IES se le atribuye modificación, producto de la edad, el género y las diferencias culturales. Por el contrario, tanto el tipo de evento traumático, como el tiempo transcurrido desde el acaecimiento, fue un fuerte predictor de los niveles de reacciones al estrés.

Estos datos indican el valor del IES, como una medida de auto informe general, confiable y válida para evaluar reacciones de estrés postraumático, después de eventos disruptivos negativos. (Sundin, 2003).

Se considera importante decir que el análisis de regresión jerárquica lo efectúan los investigadores que realizan test o inventarios para lograr determinar su confianza y validez. Estaría comprendida dentro de la Modelación Lineal Jerárquica, que es una técnica de regresión, la cual toma en cuenta la estructura jerárquica de los datos. Existe diversidad de situaciones en las cuales es necesario hacer uso de los modelos jerárquicos dependiendo del objetivo del estudio y de la naturaleza de los datos. En forma escueta, realizan básicamente:

- El análisis de regresión es un método estadístico que permite examinar la relación entre dos o más variables e identificar cuáles son las que tienen mayor impacto en un tema de interés.
- Este método permite clasificar matemáticamente a través de diferentes preguntas como: ¿Qué factores importan más? ¿Qué factores se pueden ignorar? ¿Cómo interactúan estos factores entre sí?, y por último, ¿Qué tan seguro te sientes de todos estos factores?
- El proceso de realizar una regresión permite determinar con confianza cuáles son los factores más importantes, cuáles se pueden ignorar y cómo influyen entre sí.

- Los datos jerárquicos son un modelo de acontecimientos de hechos o de cantidades, en el cual son organizados en una estructura parecida a un árbol. La estructura permite determinar la información que se repite y usa relaciones como padre/Hijo: cada padre puede tener muchos hijos pero cada hijo sólo tiene un padre. Estas relaciones se representan luego, como variantes dependientes e independientes.

Asimismo hay que considerar que:

Las intrusiones mentales son pensamientos, imágenes o impulsos repetitivos, inaceptables o indeseados, que interrumpen la actividad que se está llevando a cabo, se atribuyen a un origen interno y son difíciles de controlar.

Los síntomas evitantes se manifiestan en las personas al:

- Ser fácilmente lastimada cuando la gente la crítica o la desaprueba.
- Refrenarse demasiado en las relaciones íntimas.
- Resistirse a involucrarse con la gente.
- Evitar actividades o trabajos que impliquen contacto con los demás.
- Ser tímida en situaciones sociales por miedo de hacer algo mal.

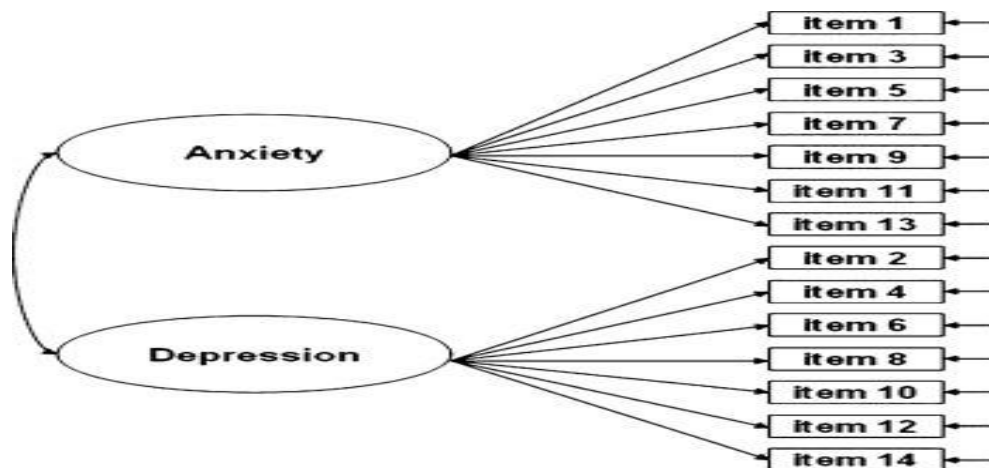
ANEXO 2

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION (HADS)

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (The Hospital Anxiety and Depression Scale) fue diseñada por: Zigmond A.S. y Snaith R.P., en 1983. La traducción y adaptación al castellano fue realizada por Snaith, en colaboración con Bulbena A. y Berrios G., y ha sido validada por Tejero y colaboradores (1986).

Es un cuestionario auto aplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y una de depresión (ítems pares). Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia (pérdida del placer) (Minidef, 2014), (Purriños, 2020).

La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0-3) con diferentes formulaciones de respuesta. El marco temporal, aun cuando las preguntas están planteadas en presente, debe referirse a la semana previa (QuestionPro, 2021)



(Annumziata, 2011)

La escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) es una medida conocida de auto informe, diseñado para exteriorizar trastornos emocionales de pacientes en entornos no psiquiátricos, mediante la detección de las dos expresiones de angustia más frecuentes:

estados de ansiedad y depresión. Los síntomas psicopatológicos no son sensibles en el HADS. Por lo tanto, el HADS es un estado, en lugar de una medida de rasgo. Los pacientes se refieren a síntomas evidentes en la última semana. (Rico, 2005).

La escala tiene un formato de auto informe, que se completa en 5 minutos y no requiere de equipamientos especiales. La puntuación de las respuestas se suma separadas, para que dé respuesta de sintomatología de ansiedad y depresión. Cada escala tiene un rango de puntaje de 0 a 21. Las puntuaciones más altas indican una mayor severidad, aumentando la probabilidad de depresión o ansiedad.

Los puntajes indican de 0–7: normal, 8–10: leve, 11–14: moderado y 15–21 grave o severo. Ambas van por separado.

Las versiones de la escala están disponibles en inglés, árabe, holandés, francés, alemán, hebreo, sueco, italiano y español.

No se requiere capacitación especial para administrar o puntuar la herramienta.

El HADS solo debe usarse como instrumento de detección.

En la investigación argentina: “Variables asociadas de malestar psicológico y funcionamiento de personas con dolor crónico” dejan asentado que utilizan la Escala HADS, porque ambas subescalas muestran un adecuado niveles de fiabilidad y apropiados valores de validez para explorar la presencia y gravedad de problemas de ansiedad y depresión en medios no psiquiátricos (Lami Hernández, 2020).

En los estudios de adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (had) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de cancerología de Colombia”, se concluye que: “La HADS es una escala bidimensional. Se compone de dos factores evidentes, uno de ansiedad y otro de depresión. Es una escala confiable, válida y de fácil aplicación, para ser utilizada como prueba de tamizaje en el contexto oncológico” (Rico, 2005).

La página web de Tareas Psicológicas determina:

“¿Qué es la confiabilidad (o fiabilidad) de un test psicológico?

La confiabilidad significa consistencia, exactitud y precisión en la medición. Consiste en la consistencia de las puntuaciones obtenidas por la misma persona cuando se le aplica el mismo test o una forma equivalente a él en diferentes ocasiones. El grado en que la medición de un mismo rasgo al repetirse bajo las mismas condiciones obtiene resultados similares.

¿Qué es el coeficiente de confiabilidad?

Es el valor numérico que obtenemos al correlacionar dos test equivalentes o similares que fueron aplicados en las mismas condiciones a los mismos sujetos.

¿En qué consiste la validez en un test?

Es la capacidad que tiene un test de medir lo que tiene que medir, es decir, si cumple con el propósito para el que fue creado. Al igual que la confiabilidad la validez se obtiene por un coeficiente de correlación.

¿Qué es el coeficiente de validez?

El coeficiente de validez indica la relación entre las puntuaciones del test y la medida del criterio.” (Tareas Psicológica. 2017).

1• Me siento tenso o emocionalmente agredido:
Casi todo el tiempo
Gran parte del tiempo
De tiempo en tiempo, ocasionalmente
Nunca

2• Sigo disfrutando de lo que solía disfrutar:
Sin ninguna duda, tanto como siempre
No tanto como siempre
Sólo un poco
Apenas

3• Tengo una sensación atemorizante,
como si algo terrible estuviera por suceder:
Muy clara y bastante penosa
Sí, pero no demasiado penosa
Un poco, pero no me preocupa
No la tengo

4• Puedo reír y ver el lado divertido de las cosas:
Tanto como siempre he podido
Actualmente, no tanto
Claramente, no tanto
No puedo

5• Pensamientos preocupantes atraviesan mi mente:
Gran parte del tiempo
En muchas oportunidades
De tiempo en tiempo, pero no demasiado a menudo
Sólo ocasionalmente

6• Me siento alegre :
Nunca
No con frecuencia
A veces
La mayor parte del tiempo

7• Puedo permanecer sentado tranquilo y sentirme relajado:
Sí, claramente
Usualmente
No con frecuencia
Nunca

8• Me siento enlentecido:
Casi todo el tiempo
Muy a menudo
A veces
Nunca

9• Tengo una sensación atemorizante,
como un hormigueo en el estómago:
Nunca
Ocasionalmente
Bastante a menudo
Con mucha frecuencia

10• He perdido el interés por mi aspecto personal:
Claramente
No me ocupo tanto como debería
Posiblemente no me cuido tanto
Tengo más cuidado que nunca

11• Me siento inquieto, como si tuviese que estar en movimiento :
Realmente mucho
Bastante
No demasiado
Nada

12• Aguardo las cosas con interés:
Tanto como siempre lo hice
Bastante menos que lo que era usual en mí
Claramente menos que lo que era usual en mí
Apenas

13• Tengo repentinas sensaciones de pánico:
Realmente muy frecuentes
Bastante a menudo
No muy a menudo
Nunca

14• Puedo disfrutar de un buen libro o un buen programa de radio
o televisión:
Con frecuencia
A veces
No a menudo
Muy rara vez

ANEXO 3

PUEBA DIAGNÓSTICO

Las evaluaciones se realizaron teniendo en cuenta que toda exploración física o estudio complementario, son tipos de diagnósticos que detectan la presencia o la ausencia de una enfermedad.

Luego de las pertinentes explicaciones a la Conducción Operativa de la Misión de Paz, los integrantes de la comisión del Relevamiento Sanitario, estuvieron autorizados a que se le suministre a todo el Personal Militar argentino presente en Haití, durante el período de la estadía, los correspondientes inventarios exploratorios, que para este aspecto fueron una Pueba Diagnóstica (PD) y debían contener el nombre y apellido del individuo testeado.

Hay que considerar que estas personas tuvieron sus correspondientes evaluaciones reglamentarias previas al Depliegue, las cuales dieron la suficiente certeza de que no padecían de problemas psicológicos-psiquiátricos.

Esta Pueba Diagnóstico (PD) se realizó, dada la situación disruptiva que ocasionó el pasaje del Huracán “Jeanne”.

La evaluación de los resultados, permitió identificar rápidamente aquella persona con presuntos problemas y adoptar la decisión de generar una entrevista personalizada, dentro del contexto de Atención Primaria de la Salud (OMS, 2004a).

Dentro de proceso básico de diagnóstico, se aplican cuatro posibilidades:

- Verdadero Positivo (VP): La enfermedad está presente y se diagnostica al paciente como enfermo.
- Falso positivo (FP): La enfermedad NO está presente pero el paciente se lo diagnostica como enfermo.
- Verdadero negativo (VN): La enfermedad NO está presente y se diagnostica al paciente como sano.
- Falso negativo (FN): La enfermedad está presente pero no se detectó. Esto ocurre con frecuencia.

Tipo de diagnostico		Enfermedad	
		Ausente	Presente
Prueba Diagnós tica	Negati va	Verdadero negativo (Diagnóstico negativo enfermedad ausente)	Falso negativo (Diagnóstico negativo enfermedad presente)
	Positiv a	Falso positivo (Diagnóstico positivo enfermedad ausente)	Verdadero positivo (Diagnóstico positivo enfermedad presente)

Dentro del contexto de este estudio psicológico complementario realizado en Haití, no se determinó el punto de corte con rigor matemático, entre los valores negativos que dan más sensibilidad y los valores positivos que dan mas especificidad. Los números de falsos negativos y falsos positivos se dan respectivamente, en la intersección de las curvas de valores con la línea de corte. Para esta evaluación, el falso positivo indica un error cuando en realidad no lo hay. Cuando el resultado es normal o no detecta alteraciones y con seguridad hay una enfermedad, es un falso negativo.



(Elviejoclub, 2014)

La especificidad, corresponde a la proporción de sujetos que no presentan la enfermedad, en los cuales la PD que se está utilizando da resultado negativo. Corresponde al grupo de verdaderos negativos.

La sensibilidad, corresponde a la proporción de sujetos que presentan la enfermedad, en los cuales la PD que se está empleando resulta positiva y pertenece a la proporción de verdaderos positivos (Burgos, 2010).

Es por ello que la ubicación del punto de corte determinará el mayor número de sujetos sanos o enfermos.

Durante las actividades de corrección y registro de los inventarios suministrados, no se realizaron cálculos relacionados con la veracidad o falsedad de las Pruebas Diagnósticas a partir del Punto de Corte.

Esta circunstancia, si bien no se desarrolló matemáticamente, estaba presente en las consideraciones, fundamentalmente de aquellos individuos a los cuales sus resultados estaban en el límite o comprometido en alguna circunstancia especial.

Este racional proceder hizo posible la determinación de volver a convocar a la persona para suministrarle nuevamente los inventarios (re test) o directamente convocarlo a la consulta. Esta resolución surgía del conocimiento y experiencia apreciada en el terreno.

Esto coincide con el Comentario Final del doctor Emilio A. León, en donde sostiene que:

“Si bien con el avance tecnológico las PDs han mejorado significativamente su capacidad discriminadora, debe tenerse presente que son pruebas complementarias para el diagnóstico, y por lo tanto nunca reemplazan el criterio y buen juicio del profesional.” (León, 2006)

GLOSARIO

ABREVIATURAS Y DEFINICIONES

AROUSAL: o nivel de excitación cortical y alerta es un término de la neurología, fisiología y psicología médicas que designa una activación general fisiológica y psicológica del organismo, que varía en un continuo que va desde el sueño profundo hasta la excitación intensa. (Goult y Krane, 1992). El arousal es un estado fisiológico del organismo en vigilia, en respuesta a estímulos internos y externos. Estos estímulos desencadenan fluctuaciones en la conducta, la actividad del sistema nervioso autónomo y la actividad eléctrica cortical.

Existe un nivel óptimo de arousal para un buen desempeño, y muy poca o demasiada excitación puede afectar negativamente el desempeño de la tarea.

Es un nivel de activación cerebral. Implica tanto el ritmo de los procesos cerebrales como el nivel general de atención frente a los estímulos del medio y está regulado por el sistema de activación reticular.

El sistema reticular y su función están formado por un conjunto difuso de neuronas situadas en el tronco del encéfalo y que tienen como función principal el mantenimiento del estado de alerta. El sistema reticular envía proyecciones a los núcleos intratálámicos que a su vez envía otras proyecciones a la corteza cerebral (Colaboradores De Wikipedia, 2018).

ACNUDH: El Alto Comisionado para los Derechos Humanos

AFECTO: Palabra tomada por el psicoanálisis de la terminología psicológica alemana y que designa todo estado afectivo, penoso o agradable, vago o preciso, ya se presente en forma de una descarga masiva, ya como una tonalidad general. Según Freud, toda pulsión se manifiesta en los dos registros del afecto y de la representación. El afecto es la expresión cualitativa de la cantidad de energía pulsional y de sus variaciones (Laplanche, 2004).

AFECTO: Desde un punto de vista subjetivo, el afecto se experimenta como una expresión psíquica que viene del cuerpo, una manera penosa o agradable, vaga o definida de ser tocado dentro de uno mismo: el afecto se vivencia también como la experiencia de ser «afectado» por una cierta «acción psíquica» ejercida sobre uno por los otros.

Correlativamente, la expresión de un afecto es una manera de actuar sobre los otros, de tocarlos dentro de ellos mismos, de «afectarlos», incluso de infectarlos (el afecto es contagioso) (René Kaës).

ANHEDONIA: Incapacidad para experimentar placer. Perdida interés o satisfacción en casi todas las actividades. Falta de reactividad a los estímulos habituales placenteros.

ANSIEDAD: Tiene su origen en el término latino *anxietas*. Se trata de la condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación.

El estado angustioso puede aparecer junto a una neurosis u otro tipo de enfermedad y que no permite la relajación y el descanso del paciente.

Cabe resaltar que la ansiedad no siempre es una patología, sino que es una emoción común como el miedo o la felicidad. La ansiedad, en este sentido, es necesaria para sobrevivir ante ciertos riesgos ya que pone a la persona en alerta.

Cuando un individuo se encuentra en un estado de ansiedad, sus facultades de percepción aumentan ya que se registra una necesidad del organismo de aumentar el nivel de ciertos elementos que, ante la situación, están por debajo de lo normal.

El sistema dopaminérgico es el que se encarga de dar las alertas al organismo de aquello que necesita, liberando señales al sistema nervioso central. Lo hace cuando tenemos hambre, sed o sueño y nos lleva a buscar todos los medios por satisfacer esa necesidad. Así mismo, es el encargado de liberar adrenalina cuando estamos frente a situaciones a las que debemos enfrentarnos. Se trata de una cadena que consiste en: 1) Alerta amarilla, 2) Alerta roja y 3) Consecución del objetivo; cuando la cadena se rompe, se produce una situación de ansiedad o estrés atípica que puede llevar a la resolución del peligro o a sucumbir ante el miedo. Es decir que cuando esta facultad innata del individuo se torna patológica, aparece un trastorno de ansiedad.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), estos trastornos incluyen a los ataques de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y las fobias. Para superar los trastornos de ansiedad, los profesionales pueden suministrar remedios ansiolíticos o sugerir terapias psicológicas. **La ansiedad como trastorno:** Las respuestas que genera la ansiedad en una persona son: huir o luchar. En la antigüedad estos mecanismos surgían al tener que enfrentarse a las dificultades que la vida en la naturaleza les presentaba; pese a que hoy ya no existen esos problemas, han surgido otros nuevos que generan estrés y

ansiedad en las personas. El peligro a veces es real, pero otras veces se encuentra condicionado por las experiencias que cada individuo haya tenido que enfrentar previamente; esto último ocurre, por ejemplo, en los trastornos de ansiedad. El miedo funciona como un mecanismo de defensa, pero si la respuesta a la que conduce es nociva para el individuo, es imprescindible atreverse a enfrentarlo.

Cuando el miedo llega a generar parálisis en el accionar del individuo recibe el nombre de fobia, es una reacción brusca donde el sujeto pierde el control de la situación, en esas situaciones la persona intenta huir del conflicto.

Una persona que padece alguna fobia, presencia la aparición de la enfermedad cuando debe enfrentarse a esa situación temida y generalmente instiga al sujeto a la huida (síntomas de ansiedad y conductas de evitación).

Cierto grado de ansiedad es bueno, colabora positivamente en la formación del carácter, admite ampliar los conocimientos y reforzar la creatividad, ya que las experiencias que hayan marcado, permiten tener una noción de aquello de lo que debemos protegernos y discernir qué cosas no pueden dañarnos.

Existen muchas formas de tratar la ansiedad, algunos especialistas se inclinan a reducirla al miedo al futuro.

La forma de resolverla es logrando una recodificación de estos pensamientos que ayuden a que el individuo sólo viva el presente. La ansiedad existe porque las personas viven en el futuro y se olvidan del presente, que es lo único real y en el momento en que el paciente consigue volver a su existencia, la ansiedad desaparece (Pérez Porto, 2012d).

ARTIBONITE: Es uno de los diez departamentos de Haití. Las principales ciudades son Gonaïves y Saint-Marc. En febrero de 2004 una insurgencia intentó sin éxito declarar la independencia.

ASTENIA: carecer fuerza. Impedido de salir a caminar, correr o algo que requiera esfuerzo.

CAECOPAZ: Centro Argentino de Entrenamiento Conjunto Para Operaciones de Paz

CARE: Líder mundial dentro de un movimiento mundial dedicado a salvar vidas y acabar con la pobreza

CARICOM: Comunidad del Caribe

CAT: Comité contra la Tortura

CCPR: Comité de Derechos Humanos

CED: Comité contra las Desapariciones Forzadas

CEDAW: Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

CERD: Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial

CESCR: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

CICVyA: Centro de Investigación en Ciencias Veterinarias y Agronómicas. INTA
Castelar

CIVPOL: The United States and International Civilian Policing. Policía Civil. La mayoría de los programas de CIVPOL están patrocinados por las Naciones Unidas (ONU). Está desplegada en más de 50 países apoyando las operaciones internacionales de mantenimiento de la paz. Su presencia promueve la paz y la estabilidad en las áreas que se recuperan del conflicto y sus esfuerzos se centran en desarrollar fuerzas policiales modernas y democráticas, con los individuos del país del conflicto. Ayuda a garantizar la paz y la estabilidad, incluso después de la partida de las fuerzas de paz internacionales.

CMW: Comité para la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares

CRC: Comité de los Derechos del Niño

CRIBADO: En sistemas sanitarios, es la realización de pruebas diagnósticas a personas, en principio sanas, para distinguirlas de aquellas que probablemente estén enfermas de las que probablemente no lo están.

CRPD: Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad

DDHH: Derechos Humanos

DEPRESIÓN: Proviene del latín *depressio* y a su vez de *depressus* (“abatido” o “derribado”).

Se trata de un trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno.

Para la medicina y la psicología, la depresión se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia que trasciende a lo que se considera como normal.

En el desarrollo de la depresión, lo habitual es que se produzca una combinación entre un elevado nivel de estrés y la persistencia de algunas emociones negativas.

En todos los casos se recomienda que aquellas personas que presenten los síntomas antes citados, se acerquen a un especialista antes de que la enfermedad se vuelva crónica.

Como prevención contra este trastorno, se recomiendan que: se duerma adecuadamente, se lleve una alimentación nutritiva y se realicen ejercicios diarios, se eviten los consumos de alcohol y drogas y sobre todo, que se pase tiempo rodeado de personas a quienes se quiera y realizando actividades que produzcan satisfacción (Pérez Porto, 2012c).

DISFORIA: (del griego δύσφορος (dysphoros), de δυσ-, difícil, y φέρω, llevar) se caracteriza generalmente como una emoción desagradable o molesta, como la tristeza (estado de ánimo depresivo), ansiedad, irritabilidad o inquietud. Es el opuesto etimológico de la euforia.

La disforia se refiere sólo a un desarreglo de las emociones y se puede experimentar en respuesta a acontecimientos vitales ordinarios, como la enfermedad o el duelo. Además, es un rasgo de muchos trastornos psiquiátricos como los trastornos por ansiedad y los trastornos del estado de ánimo. La disforia se experimenta normalmente durante episodios depresivos, pero las personas con trastorno bipolar pueden también experimentarlo durante los episodios maníacos o hipomaníacos. La disforia, en el contexto de un trastorno de las emociones es un indicador de riesgo elevado de suicidio (Colaboradores De Wikipedia, 2021).

DPC: Dirección de Protección Civil

DPC: Dirección de Protección Civil

DPC: Direction de la protection civile

D.S.M. III: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales III

D.S.M. III-R: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales III Revisado

D.S.M. IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV

ENFERMEDAD: Es el proceso y la fase que atraviesan los seres vivos cuando padecen una afección que atenta contra su bienestar al modificar su condición ontológica de salud. Esta situación puede desencadenarse por múltiples razones, ya sean de carácter intrínseco o extrínseco al organismo con evidencias de enfermedad. Estos desencadenantes se conocen bajo el nombre de noxas (del griego nósos).

El término proviene del latín *infirmitas* que significa «falta de firmeza» y consiste en un proceso que acaece a un ser vivo y altera su estado normal de salud. **La nosología** es la

rama de la medicina cuyo objetivo es describir, explicar, diferenciar y clasificar la amplia variedad de enfermedades y procesos patológicos existentes

Ante la dificultad para definir en concreto qué es una enfermedad (dado que cada individuo lo hace de acuerdo a sus propias vivencias), existen varios conceptos que pueden ser utilizados, de acuerdo al contexto, como sinónimo: patología, dolencia, padecimiento, anormalidad, trastorno, desorden, desequilibrio y alteración,

Existen distintas ciencias que se encargan de estudiar, analizar y combatir las enfermedades. La fitopatología se dedica a analizar las enfermedades que afectan a las plantas y al resto de los géneros botánicos. Las patologías hacia las cuales son vulnerables los animales, por otra parte, son abordadas por la veterinaria. La ciencia médica, en cambio, se encarga de las enfermedades de los humanos.

De esta forma, las diversas ramas de la medicina investigan las particularidades inherentes a cada criatura, sus síntomas y las consecuencias que acarrear teniendo en cuenta la evidencia morfofisiológica que deja en la biología del organismo enfermo. **La morfofisiología** está constituida por un grupo de ramas científicas, que son ramas de la Biología (ciencia que estudia los seres vivos) que forman parte de la ciencia básica biomédica y estudia fundamentalmente la estructura, la función y los diferentes procesos bioquímicos que caracterizan a los organismos vivos.

Las causas de una enfermedad pueden ser muchas, algunas relacionadas con agentes externos y otros internos.

Algunas acepciones del término son:

- **Enfermedades bacterianas:** aquellas producidas por una bacteria conocida y que desarrolla síntomas conocidos.
- **Enfermedades virales:** Las que se producen por un virus cuyas consecuencias son medianamente predecibles.
- **Enfermedades venéreas:** Aquellas enfermedades de transmisión sexual que producen síntomas y consecuencias más o menos graves.
- **Enfermedades respiratorias:** Las que afectan a los órganos pertenecientes al aparato respiratorio, encargados de prodigar el oxígeno al organismo y de eliminar el dióxido de carbono.

- **Enfermedades mentales o psicológicas:** Son aquellas que afectan la salud mental, que impiden el normal funcionamiento de un individuo en su aspecto emocional.

Según lo define la **Organización Mundial de la Salud**, el término salud implica el perfecto bienestar a nivel **físico, mental y social** de un individuo. Enfermedad es la presencia de un mal o afección puntual. Un individuo que presenta tan sólo una afección, carece de salud (Pérez Porto, 2021).

FMP: Fuerza Multinacional Provisional

HADS: The Hospital Anxiety and Depression Scale. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

IES: The Impact of Event Scale Escala de Eventos Traumáticos.

INFERIR: El verbo inferir hace referencia a la deducción que se realiza respecto a algo que se observa o de lo que se tiene conocimiento. Una inferencia deriva, por lo tanto, en cierto resultado o conclusión. La acción de inferir hace que, a veces, una persona saque conclusiones apresuradas.

INTA: Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria

LME: Lesiones de la médula espinal

MDM: Medecins Du Monde

MEDICARE: Programa de cobertura de seguridad social administrado por el gobierno de Estados Unidos, el cual provee atención médica a todas las personas mayores de 65 años o más, jóvenes consideradas discapacitadas o con graves problemas de salud. El programa también financia los programas de formación de médicos residentes en Estados Unidos. Medicare opera como un seguro de personas.

MID: The minimal important difference. La diferencia mínima importante

MINIDEF: Ministerio de Defensa de la República Argentina

MINUSTAH: Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití

MSF: Medecins Sans Frontieres

MSF: Médico sin Fronteras

MSP: Ministerio de Salud de la Nación

OACDH: La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos

OACDH: La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos

OBJETIVAR: quiere decir, sencillamente, poner enfrente de nuestra inteligencia, pensar en lo que queremos conocer. ¿Quién objetiva? Todo hombre que piensa, objetiva; todo hombre que piensa pone delante de la inteligencia algo que se va a conocer. Todo hombre es un sujeto que tiene una inteligencia, un intelecto, una facultad de conocer. El hombre tiene además otras facultades: sentir y querer; es decir todo hombre piensa, tiene sentimientos, recuerdos, esperanzas, inclinaciones. Pero sólo cuando piensa puede objetivar. Adoptar una actitud objetiva implica que al pensar en las cosas reflexionamos fríamente sobre ellas, vemos cómo están compuestas; si hay una ley que rige su comportamiento, en qué forma reaccionan ante diferentes estímulos; en suma, al objetivar, se pueden buscar muchos ángulos para la reflexión, pero siempre se mantiene una distancia: uno es el objeto y otra es el que lo contempla. Podríamos decir que cuando se observa una planta y se examina la forma de sus hojas y tallo, su ciclo de desarrollo, la utilidad que puede dar su cultivo, estamos considerándola como un objeto. Asimismo, cuando investigamos un mecanismo para conocer su funcionamiento, las partes que lo integran, el material de que está hecho, estamos actuando en forma objetiva. En términos generales, se considera que la actitud científica es objetiva (Mejores-Tareas, 2013).

OCHA: Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios

OEA: Organización de los Estados Americanos

ONU: Organización de Naciones Unidas

OPS: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

ORH: ORGANIZACIÓN DE RESCATE HUMBOLDT

PATOGENIA: Deriva del griego y se encuentra conformado por tres elementos de dicha lengua:

-El sustantivo “pathos”, que puede traducirse como “enfermedad”.

-El nombre “genesis”, que es sinónimo de “origen” o “nacimiento”.

-El sufijo “-ia”, que se utiliza para indicar “acción”.

Partiendo del origen etimológico, significa “estudio del origen y del desarrollo de una enfermedad”. Patogenia es una rama de la patología que se dedica a analizar el origen de un estado morbo. Su finalidad es estudiar los acontecimientos que se desencadenan a partir de la acción de un factor etiológico y que llegan hasta la manifestación de la enfermedad.

También conocida como nosogenia, la patogenia investiga el surgimiento y el desarrollo de las afecciones. Gracias a la patogenia, es posible conocer la etiología del malestar (es decir, su origen) y comprender por qué se producen los síntomas que evidencia el paciente. La patogenia se complementa con la fisiopatología, orientada específicamente al modo de funcionar del organismo al desarrollarse el trastorno de salud.

PATOLOGÍA: El diccionario de la Real Academia Española (RAE) le atribuye al concepto de patología dos significados: uno lo presenta como la rama de la medicina que se enfoca en las enfermedades del ser humano y, el otro, como el grupo de síntomas asociadas a una determinada dolencia. En este sentido, esta palabra no debe ser confundida con la noción de nosología, que consiste en la descripción y la sistematización del conjunto de males que pueden afectar al hombre.

La patología se dedica a estudiar las enfermedades en su más amplia aceptación, como estados o procesos fuera de lo común, que pueden surgir por motivos conocidos o desconocidos. Para demostrar la presencia de una enfermedad, se busca y se observa una lesión en sus niveles estructurales, se detecta la existencia de algún microorganismo (virus, bacteria, parásito u hongo) o se trabaja sobre la alteración de algún componente del organismo. (Pérez Porto, 2012b).

PATÓGENO: Es un adjetivo que califica a lo que provoca una enfermedad (una variación del estado de salud). El término agente puede utilizarse de distintas maneras. En esta oportunidad, nos interesa quedarnos con su acepción como aquello que tiene la capacidad de actuar o de producir algo. Es interesante conocer el origen etimológico de las dos palabras que dan sentido al término que ahora nos ocupa:

-Agente deriva del latín, en concreto de “agentis”, que puede traducirse como “el que lleva la acción”. Es fruto de la suma de dos elementos diferenciados: el verbo “agere”, que es equivalente a “actuar”, y el sufijo “-nte”, que se usa para determinar el que realiza la acción.

-Patógeno, por otro lado, tiene raíces griegas y significa “que produce enfermedad”. Está compuesta esta palabra de dos partes claras: el sustantivo “pathos”, que es sinónimo de “enfermedad”, y “geno”, que es equivalente a “producir” o “engendrar”.

La noción de agente patógeno hace referencia a un elemento que puede provocar una enfermedad o un trastorno orgánico a un huésped. Se llama huésped al organismo que lleva o alberga otro organismo (Pérez Porto, 2014).

P.E.N.: Poder Ejecutivo Nacional

PD: Pueba Diagnostica

PNH: Police Nationale d'Haiti

PORT-DE-PAIX: es una comuna de Haití que está situada en el distrito de Port-de-Paix del departamento de Noreste.

PRECORDIALGIAS: El término precordial alude a la región o parte del pecho que corresponde al corazón. La causa más común del dolor en el pecho es el que se conoce en Medicina como dolor precordial —justo bajo el pezón izquierdo— y aparece de forma repentina.

PREMÓRBIDO: Que precede al inicio o al diagnóstico de una enfermedad o de un trastorno.

PERSONALIDAD PREMÓRBIDA: Personalidad existente antes de la aparición de un trastorno mental.

PROMs: Patient-reported outcome measures. Medidas de resultado informadas por el paciente

P.T.S.D. (Post Traumatic Stress Disorder): Estrés postraumático

P.T.S.D.: (Post Traumatic Stress Disorder) o (Desorden de Estrés Post Traumático)

RABOTEAU: Barrio de la Ciudad de Gonaïves.

REPRESENTACIÓN: Término utilizado clásicamente en filosofía y psicología para designar «lo que uno se representa, lo que forma el contenido concreto de un acto de pensamiento» y «especialmente la reproducción de una percepción anterior». Freud contrapone la representación al afecto, siguiendo cada uno de estos elementos, en los procesos psíquicos, un diferente destino.

El término *Vorstellung* forma parte del vocabulario clásico de la filosofía alemana. Su acepción no es modificada por Freud en un principio, pero el uso que de él hace es original. Indicaremos aquí brevemente en qué consiste esta originalidad.

Los primeros modelos teóricos destinados a explicar las psiconeurosis se centran en la distinción entre quantum de afecto y representación. En la neurosis obsesiva, el quantum de

afecto se ha desplazado desde la representación patógena ligada al acontecimiento traumatizante a otra representación que el sujeto considera insignificante. En la histeria, el quantum de afecto se convierte en energía somática, y la representación reprimida es simbolizada por una zona o una actividad corporales.

Esta tesis, según la cual la separación entre el afecto y la representación se halla en el principio de la represión, conduce a describir un destino diferente para cada uno de estos elementos y a considerar la acción de procesos distintos: la representación es «reprimida», el afecto «suprimido» (Laplanche, 2004, p. 368).

REPRESENTACIÓN: Términos utilizados por Freud en sus textos metapsicológicos para distinguir dos tipos de «representaciones», uno (esencialmente visual) que deriva de la cosa y otro (esencialmente acústico) que deriva de la palabra. Esta distinción tiene para él un alcance metapsicológico, caracterizándose el sistema preconscious-consciente por la ligazón de la representación de cosa a la representación de palabra correspondiente, a diferencia del sistema inconsciente, que sólo comprende representaciones de cosa (Laplanche, 2004, p. 369).

Así, el aparato psíquico que seguimos no es el de las percepciones sino que es el de las representaciones. Si el analista comunica algo al paciente esto no garantiza que se produzca algo en la articulación entre inconsciente y preconscious. Comunicar no es lo mismo que cancelar la represión, no es lo mismo que interpretar. Si bien la interpretación es también un acto de discurso, como podría ser la comunicación, necesita coordenadas, una coyuntura específica que tiene que tener en cuenta lo que sucede en ese momento del paciente en el lugar en la transferencia, en su punto resistencial en ese análisis, y con esa representación. (Steinberg, 2009, p. 57).

SALUD: Deriva de la palabra latina *salus*.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social. Es decir, el concepto de salud no sólo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones sino que va más allá de eso. En otras palabras, la idea de salud puede ser explicada como el grado de eficiencia del metabolismo y las funciones de un ser vivo, a escala micro (celular) y macro (social).

La salud mental apunta a aglutinar todos los factores emocionales y psicológicos que pueden condicionar al ser humano y lo obligar a emplear sus aptitudes cognitivas y su sensibilidad, para desenvolverse dentro de una comunidad y resolver las eventuales demandas surgidas en el marco de la vida cotidiana.

Las ciencias de la salud son aquellas que permiten obtener los conocimientos necesarios para ayudar a prevenir enfermedades y a desarrollar iniciativas que promuevan la salud y el bienestar, tanto de una persona en particular como de la comunidad en general. Algunas de ellas son: La bioquímica, la bromatología, la medicina y la psicología (Pérez Porto, 2021).

SCREENING: El cribado, en el marco de los sistemas sanitarios, se refiere a la realización de pruebas diagnósticas a personas, en principio sanas, para distinguir aquellas que probablemente estén enfermas de las que probablemente no lo están.

SIGNO CLÍNICO: Para la medicina es toda manifestación concreta que pueda asociarse a una enfermedad o trastorno que altere la salud. De esta forma, la enfermedad se hace notoria en la biología de quien la ha contraído (Pérez Porto, 2012).

SÍNTOMA: Es un término con origen en el latín *symptōma* que procede de un vocablo de la lengua griega. El concepto permite nombrar a la señal o indicio de algo que está sucediendo o que va a suceder en el futuro.

En el ámbito de la medicina, un síntoma es un fenómeno que revela una enfermedad. El síntoma es referido de manera subjetiva por el enfermo cuando percibe algo anómalo en su organismo.

En este sentido, habría que subrayar que los síntomas se convierten en elementos fundamentales para que cualquier profesional sanitario pueda establecer un diagnóstico a un paciente y su posterior tratamiento, de cara a que pueda curarse la enfermedad o patología que tiene.

Por su parte, quienes sufren de ansiedad deben saber que son numerosos los síntomas que pueden padecer y que vendrían a dejar patente que está padeciendo aquella. Tal es la variedad de los mismos, que los médicos establecen que se pueden dividir en varios grupos claramente delimitados: respiratorios, genitourinarios, neurológicos, sensoriales, mentales, cardiovasculares, gastrointestinales, neurovegetativos, musculares, psicofísicos...

Entre todos ellos los que experimentan de manera más habitual las personas con problemas de ansiedad son: taquicardia, vómitos, diarreas, vértigos, dolores de cabeza,

sudoración, temblores, insomnio, contracturas musculares, debilidad, fatiga, irritabilidad e incluso humor variable.

Es importante distinguir entre el síntoma (comentado por el paciente) y el signo clínico, que es una manifestación objetivable advertida por el médico. Los signos clínicos se hacen evidentes en la biología del enfermo y reflejan una enfermedad. Los edemas y la fiebre son signos clínicos.

Otro concepto que suele confundirse con síntoma es el síndrome, que es el cuadro clínico formado por síntomas y signos y que, por sus características, presenta un significado al médico (Pérez Porto, 2014).

SÍNTOMAS PREMÓRBIDOS: FASE PREMÓRBIDA o periodo anterior al comienzo de los síntomas. FASE PRODRÓMICA en la que aparecen ciertos síntomas atenuados en diversos aspectos. Cambios afectivos: desconfianza, depresión, ansiedad, inestabilidad del estado de ánimo, sensación de tensión, irritabilidad, ira.

SPT: Subcomité para la Prevención de la Tortura

SUBJETIVAR: está relacionado con sujeto, igual que objetivar se relaciona con objeto. Sujeto viene del vocablo latino subjectus, que significa literalmente lo que no se ve, lo que está escondido. Si te miras en un espejo puedes contemplar tu cuerpo, tus ojos, tus manos, sentir la superficie de tu piel, tu cabello. Pero, ¿qué hay detrás de tu físico?, ¿qué es lo que no ves, y sin embargo sabes que existe dentro de ese físico? Si miras a los demás, también ves el físico y sin embargo, sabes que como tú, poseen un algo que no se ve, algo que nos hace actuar, reaccionar ante las cosas que tenemos enfrente. Cuando decimos sujeto, queremos decir todo lo que está dentro, nuestra alma de naturaleza espiritual que posee sentimientos, Ideas, imaginaciones, gustos, Inclinationes, recuerdos, esperanzas; y nada de lo que hemos mencionado lo podemos ver, como vemos el cuerpo, y sin embargo, sabemos que existe porque todo eso se manifiesta, se revela al salir de nosotros en actitudes, gustos, deseos, etc. La palabra subjetivar quiere decir hacer que las cosas participen de nuestra alma, hacer que las cosas se Impregnen con nuestros sentimientos, nuestras imágenes, nuestros deseos. El alma tiene varias facultades; ya vimos una, la inteligencia o facultad intelectual; las otras son: nuestra capacidad de sentir o facultad emotiva, de tener sentimientos, y nuestra capacidad de querer que es la facultad volitiva, de manifestar deseos. Volviendo al ejemplo de la planta, al verla con actitud subjetiva consideramos el

gusto que nos proporcionan sus flores, nos recuerda algún momento en que vimos otras plantas iguales (no importa si el momento fue agradable o desagradable, las dos son actitudes subjetivas); puede ser que esta planta produzca algún efecto dañino, y entonces la rechazamos como si tuviera la culpa de que las personas la usen mal. La subjetivación puede llegar a tal grado que atribuyamos nuestros deseos y sentimientos a las cosas que observamos con espíritu subjetivo (Mejores-Tareas, 2013).

TAMIZAJE: La organización mundial de la salud (OMS) lo define como el uso de una prueba sencilla en una población saludable, para identificar a aquellos individuos que tiene alguna patología, pero que todavía no presentan síntomas.

TORGOR O LETARGO: Estado caracterizado por una gran disminución de la actividad fisiológica en un animal con baja temperatura corporal y tasa metabólica reducida.

TRASTORNO: Proviene de dos vocablos latinos. La unión de *trans*— que es sinónimo de “al otro lado” y del verbo *tornare* que puede traducirse como “girar o tornear”.

El término trastorno tiene diferentes usos. Puede hacer referencia a una alteración leve de la salud o a un estado de enajenación mental. Trastorno es, por otra parte, la acción y efecto de trastornar (invertir el orden regular de algo o perturbar el sentido o la conducta de alguien).

Un trastorno psicológico hace referencia a un desequilibrio del estado mental de una persona. Por lo general, quien sufre de este tipo de trastornos acude a un especialista (el psicólogo) para recibir tratamiento (a través de la psicoterapia y otras técnicas).

En el caso de los citados trastornos psicológicos podemos determinar que los mismos se pueden clasificar en dos grandes categorías. Por un lado estarían los trastornos psicóticos, que son aquellos que se caracterizan porque la persona que los padece sufre alucinaciones, una importante alteración afectiva especialmente a nivel de relaciones y también delirios. La esquizofrenia es quizás el trastorno de este tipo más significativo.

Por otro lado, estarían los llamados trastornos neuróticos. Estos se definen porque el paciente condiciona no sólo su pensamiento sino su realidad y sus relaciones sociales. A este punto llega por culpa de determinadas fobias o a la ansiedad, entre otras cuestiones.

El conjunto de afecciones psiquiátricas que modifican el normal desarrollo de las relaciones interpersonales es conocido como trastorno de personalidad. Los psicólogos

creen que existen distintos factores genéticos y ambientales que pueden suscitar la aparición de ese trastorno, que altera el patrón complejo de características psicológicas que definen a un individuo (Pérez Porto, 2013).

UN: Naciones Unidas

UNDG: United Nations Development Group. Es un consorcio de agencias de las Naciones Unidas (ONU) creado por el Secretario General de esa organización en 1997 para mejorar la efectividad de las actividades de desarrollo de la ONU a nivel nacional

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations International Children's Emergency Fund). Pertenece a las Naciones Unidas (ONU). Es uno de los miembros y la comisión ejecutiva de la United Nations Development Group

VIVENCIA: Traducción del vocablo alemán *erleben*. Una vivencia es una experiencia psíquica que se vive con una gran intensidad emocional y que, como consecuencia de ello, deja una huella en la vida del sujeto (Gómez-Feria Prieto, 2021).

BIBLIOGRAFÍA

- ANNUNZIATA, M. A., B. Muzzatti, G. Altoe. 2011. *Definición de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) estructura por análisis factorial confirmatoria: una contribución a validación para entornos oncológicos* (Defining Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) structure by confirmatory factor analysis: a contribution to validation for oncological settings). [En línea]. Anales de Oncología. Volumen 22 N° 10, octubre 2011. Páginas 2330-2333. ISSN: 0923-7534. [Consultado el 12/07/21]. Disponible en: <https://www.annalsofoncology.org/action/showPdf?pii=S0923-7534%2819%2937748-8>
- ARROYO, Álvaro. 2017. *La municipalidad de Makena realiza un relevamiento sanitario*. [En línea]. Makena info. Sitio web de noticias/prensa. [Consultado el 12/07/21]. Disponible en: <https://www.mackennainfo.com/detalle/noticia/741/la-municipalidad-de-mackenna-realiza-un-relevamiento-sanitario.html>
- ANGUIANO, María Eugenia. *Diccionario de medicina abreviado*. 2° edición. Buenos Aires: El Ateneo. 1995. ISBN: 950-02-0314-6
- BENYAKAR, Moty. 1997. *Definición, Diagnóstico y Clínica del Estrés y el Trauma*. [En línea]. REVISTA ELECTRÓNICA DE PSIQUIATRÍA. Vol. 1, No. 43, Diciembre 1997. ISSN 1137-3148 [Consultado el 12/07/21]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/definicion-diagnostico-y-clinica-del-estres-y-el-trauma/>
- 2002. *Salud mental y desastres. Nuevos desafíos*. [En línea]. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. Volumen 35: Número 1, pág. 3-25. [Consultado el 12/07/21]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2002/nnp021b.pdf>
 - 2006. *Lo Disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. 2° edición. Buenos Aires: Biblos. ISBN: 13 978-950-786-539-8

- 2012. *Lo Disruptivo y Lo Traumático. Vivencias y Experiencia*. [En línea]. Letra Viva Libros. Revista “Imago Agenda”. Número 160. [Consultado el 12/07/21]. Disponible en: <http://www.ecobioetica.com.br/?p=90>
- BLEGER, José. 1999. *Psicohigiene y Psicología Institucional*. [En línea]. 9º edición. Buenos Aires: Gráfica MPS. ISBN: 950-12-5104-7. [Consultado el 12/07/21]. Disponible en: <https://elnecio.jimdofree.com/libros-y-resumenes/>
- BOUFFARD, Javier. 2019. *¿Depresión o Estado Depresivo? 10 Cosas que Puedes Hacer para Combatirlas*. [En línea]. Ayuda Psicológica Ya Presencial online por teléfono. Centro Arenas Barcelona. [Consultado el 22/08/19]. Disponible en: <http://ayudapsicologicaya.com/depesion-o-estado-depresivo-10-cosas-que-puedes-hacer-para-combatirlas/>
- BURGOS, María Eugenia, Carlos Manterola. 2010. *Cómo interpretar un artículo sobre pruebas diagnósticas*. [En línea]. DOCUMENTOS. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 62, N° 3, Junio 2010, pp. 301-308. ISSN: 2452-4549. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhcir/v62n3/art18.pdf>
- CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS. 2019. *Dictionary*. [En línea]. Cambridge Dictionary. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://dictionary.cambridge.org/es/diccionario/ingles/healthcare>
- CATALÁN BITRIÁN, José Luis. 2003. *Conducta y Depresión*. [En línea]. Asistencia Psicológica Ramón Llull. Psicoterapia Cognitiva. Zaragoza: [consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://www.cop.es/colegiados/A-00512/conducta.html>
- CÍA, Alfredo Horacio. 2001. *Trastorno por Estrés Postraumático*. Buenos Aires: Imaginador. ISBN: 950-768-362-3
- 2003. *Trastorno de ansiedad*. [En línea]. IntraMed. Estrés postraumático: síntomas y tratamiento. Agosto 2003. [Consultado el 12/07/21]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=25597>
- CIE-10. 2008. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10*. [En línea]. 10ª. Revisión. Publicación Científica N° 554. Ginebra. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6282/Volume1.pdf>

- COLABORADORES DE WIKIPEDIA. 2018. *Arousal*. [En línea]. Fundación Wikimedia, Inc. Wikipedia. La enciclopedia libre. 2018. Identificadores médicos: MeSH: D001143, DeCS: 1148. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Arousal>
- 2021. *Disforia*. [En línea]. Fundación Wikimedia, Inc. Wikipedia. La enciclopedia libre. 2021. Identificadores médicos: UMLS: C3176494. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Disforia>
- CONAGUAS. 2004. Comisión Nacional del Agua. *Huracán "Jeanne" del Océano Atlántico*. [En línea]. Ciclones Tropicales 2004. Gerencia de Meteorología y Climatología. Subgerencia de Pronóstico Meteorológico. Centro Nacional de Previsión del Tiempo. Méjico. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://smn.conagua.gob.mx/tools/DATA/Ciclones%20Tropicales/Ciclones/2004-jeanne.pdf>
- CORNEJO, Antonio Enrique. 2015. *Un Camino con Futuro, para no volver al Pasado*. [En línea]. Armada Argentina. Revista de la Escuela de Guerra Naval. N° 61 Año XLV, Diciembre 2015; pp. 259-268. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. ISSN 0325-7185. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: https://www.esgn.edu.ar/assets/files/Revista_ESGN_61.pdf
- 2020. *Preservar la Salud Mental en Profesionales y Técnicos de Sanidad en los Hospitales Militares*. [en línea]. Armada Argentina. Revista de la Escuela de Guerra Naval. N° 66 Año L, Diciembre 2020; pp. 185-194. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. ISSN 0325-7185. [consultado el 12/07/21]. Disponible en: <https://www.esgn.edu.ar/assets/files/RevistaNaval-completa 66Web-.pdf>
- CORNEJO, Antonio Enrique, G. Giunta, M. C. Lioni Tarsitano, S. Neuss, E. Stein. 2019. *Prevención y Detección Temprana de la Salud Mental en Misiones de Paz*. [En línea]. Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Revista Sinopsis Digital. Investigación en psiquiatría. Año 31, N° 62, mayo 2019. ISBN 2313-9161. [Consultado el 14/07/21] <https://revistasinopsis.com.ar/investiga62.php> Disponible en: <https://revistasinopsis.com.ar/investiga62c.php>

- ELVIEJOCLUB. 2014. *RGI: sensibilidad, especificidad y eficiencia*. [En línea]. Marketing, tecnología y vida. Blogspot. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <http://elviejoclub.blogspot.com/2014/08/rgi-sensibilidad-especificidad-y.html>
- GARCÍA GONZÁLEZ, José Guadalupe. 2019. *Episodios Depresivos*. [En línea]. México: Universidad Veracruz. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://www.uv.mx/cendhiu/general/episodios-depresivos/>
- GOBIERNO DE MENDOZA. 2014. *Se realizó un relevamiento sanitario en La Paz*. [En línea]. Prensa Gobierno de Mendoza. Salud. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <http://www.prensa.mendoza.gov.ar/se-realiza-un-relevamiento-sanitario-en-la-paz/>
- GÓMEZ-FERIA PRIETO, Ildefonso y cols. 2021. *psiquiatria.com*. [En línea]. Diccionario médico, definiciones y términos de psiquiatría. Glosario de términos psicopatológicos e históricos psiquiátricos. 2021. [Consultado el 10/05/2018]. <https://psiquiatria.com/glosario/> Disponible en: <https://psiquiatria.com/glosario/index.php?wurl=vivencia>
- GTF. 2016. Gobierno de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. *Relevamiento Sanitario en el Barrio Austral*. [En línea]. Ministerio de Salud. PC NOTICIAS. Pueblo Chico Noticias. Salud. [Consultado el 14/07/2]. Disponible en: <http://pueblochiconoticias.com.ar/salud/relevamiento-sanitario-barrio-austral/>
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto, Carlos Fernández Collado, María del Pilar Baptista Lucio. 2014. *Metodología de la Investigación*. [En línea]. 6ª edición. México D.F.: MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. ISBN: 978-1-4562-2396-0. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://academia.utp.edu.co/grupobasicoclinicayaplicadas/files/2013/06/Metodolog%C3%ADa-de-la-Investigaci%C3%B3n.pdf>
- HOROWITZ, Mardi, Nancy Wilner y William Álvarez. 1979. *Intensidad de Eventos Traumáticos. (Impact of Event Scale (IES))*. [En línea]. Semantic Scholar. Impact of Event Scale. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/7d3e/e8244178bf5ee57bbd9dd3bd8143e2640199.pdf>

- KAPLAN, Harold I., Benjamin J. Sadock. 1998. *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica*. 8° edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana. ISBN: 84-7903-399-1
- KERTESZ, Roberto, Bernardo KERMAN. 1985. *El manejo del stress*. Buenos Aires: IPPEM. ISBN: 950-9560-04-9
- LAMI HERNÁNDEZ, María José, M. V. Zambolin, M. J. Carabajal. 2020. *Variables asociadas de malestar psicológico y funcionamiento de personas con dolor crónico*. [En línea]. Asociación Argentina de Ciencia del Comportamiento. Revista Argentina de Ciencia del Comportamiento. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Vol.12 N° 2 agosto 2020, pp. 39-49. ISSN: 1852-4206. [Consultado el 14/07/21] <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/racc/index> Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/racc/issue/view/2152>
- LAPLANCHE, Jean. Jean-Bertrand Pontalis. 2004. *Diccionario de psicoanálisis*. [En línea]. Editorial Paidós SAICF. 6° edición. Barcelona. Edición para Argentina y Uruguay. 2004. ISBN 950-12-7321-0 [Consultado el 12/07/21]. Disponible en: <https://adultosmayores.unr.edu.ar/wp-content/uploads/2020/04/diccionario-de-psicoanalisis-laplanche-y-pontalis-1.pdf>
- LAZARUS, R. y Susan FOLKMAN. 1986. *Estrés y Proceso Cognitivos*. Traducción de María ZAPLANA. Barcelona: Martínez Roca. ISBN: 9788427010130.
- LEÓN, Emilio A., Sergio J. Duffy. 2006. *PRUEBAS DIAGNOSTICAS: PRINCIPIOS Y METODOS PARA SU EVALUACION E INTERPRETACION*. [En línea]. INTA Castelar. Instituto de Patobiología, CICVyA. TEMAS DE ZOONOSIS III, CAPITULO 48 Pág. 416 a 421. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: http://helminto.inta.gob.ar/patobiologia/pdf%20Epidemiologia/6_Cap_Zoonosis2006_Leon_Corregido.pdf
- MARN. 2020. Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales. *CATEGORIA DE HURACANES*. [En línea]. Gobierno de El Salvador. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://www.snet.gob.sv/ver/seccion+educativa/meteorologia/huracanes/categorias/#:~:text=La%20escala%20Saffir%2DSimpson%20define,que%20250%20km%2Fh>

- MEJORES-TAREAS. 2013. *Objetivar y subjetivar*. [En línea]. Blogspot. Metodología de la lectura. Lectura y redacción. Mayo 2013. [Consultado el 12/07/21]. Disponible en: <http://mejores-tareas.blogspot.com/2013/05/objetivar-y-subjetivar.html>
- MINIDEF. 2010. Ministerio de Defensa de la República Argentina. *Libro Blanco de la Defensa Nacional*. [En línea]. Buenos Aires. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: [https://www.files.ethz.ch/isn/157079/Libro Blanco de la Defensa spanish.pdf](https://www.files.ethz.ch/isn/157079/Libro_Blanco_de_la_Defensa_spanish.pdf)
- 2010b. Ministerio de Defensa de la República Argentina. *Resolución del Ministerio de Defensa N° 811/2010*. [en línea]. Buenos Aires. [consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/27334347/resolucion-md-811-2010-ministerio-de-defensa>
 - 2010c. Ministerio de Defensa de la República Argentina. *Resolución del Ministerio de Defensa N° 1209/2010*. [en línea]. Buenos Aires. [consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/14450891/resolucion-md-1209-2010-ministerio-de-defensa>
 - 2014. Ministerio de Defensa de la República Argentina. *IV TÉCNICAS UTILIZADAS. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)*. CENTRO DE SALUD DE LAS FUERZAS ARMADAS “VETERANOS DE MALVINAS”. Departamento Misiones de Paz. DIRECTIVA N° 1/14 (FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL PSICÓLOGO MILITAR DESPLEGADO EN OPERACIONES DE PAZ DE NACIONES UNIDAS). ANEXO 2: “Escala e Inventarios de Evaluación Psicológica a utilizar por el Licenciado en Psicología Militar”. Buenos Aires.
 - 2015. Ministerio de Defensa de la República Argentina. *Libro Blanco de la Defensa Nacional*. Buenos Aires: Ministerio de Defensa. ISBM: 978-987-3689-22-2
- MSC. 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. [En línea]. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid. Madrid: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
- MSP. 2016. Ministerio de Salud de la Nación. *Guía metodológica para el análisis de situación de salud local (ASSL)*. [En línea]. Programa Nacional. Municipalidades y

- Comunidades Saludables. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001061cnt-2017_analisis_situacion_salud.pdf
- NACIONAL. 2018. *Realizaron importante relevamiento sanitario en la zona noroeste*. [En línea]. LT 11 General Ramírez. Concepción del Uruguay. Panorama Regional. Litoral. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <http://www.radionacional.com.ar/realizaron-importante-relevamiento-sanitario-en-la-zona-noroeste/>
- OLIVERA, Juan C., 2004. *Recrudece la ola de violencia. Dramático relato de un argentino herido en el caos haitiano*. [En línea]. De la Redacción de LA NACION. El Mundo. 1 de Octubre de 2004. Integra la fuerza de paz de la ONU. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/el-mundo/dramatico-relato-de-un-argentino-herido-en-el-caos-haitiano-nid644057/>
- OMS. 2004a. Organización Mundial de la Salud. *Fomento de la Salud Mental*. [En línea]. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Ginebra. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/policy/FOMENTOdeLaSALUDMENTAL.pdf
- 2004b. Organización Mundial de la Salud. *Prevención de los Trastornos Mental. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe Compendiado* [en línea]. Ginebra. IBSN: 92 4 159215 X (NLM clasificación WM 140) [consultado el 14/07/21]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78545/924159215X_spa.pdf?Sequence=1&isAllowed=y
- 2009. Organización Mundial de la Salud. *Promoción de la Salud Mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe Compendiado* [En línea]. Ginebra. IBSN: 92 4 159159 5 - (NLM clasificación WM 31.5) [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- ONU. 2004a. Naciones Unidas. *Resolución 1529*. [En línea]. Consejo de Seguridad. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: [https://undocs.org/pdf?symbol=es/S/RES/1529\(2004\)](https://undocs.org/pdf?symbol=es/S/RES/1529(2004))

- 2004b. Naciones Unidas. *Resolución 1542*. [En línea]. Consejo de Seguridad. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2005/3729.pdf>
 - 2020a. Naciones Unidas. *Órganos Principales*. [En línea]. La Organización. Introducción. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://www.un.org/es/sections/about-un/main-organs/>
 - 2020b. Naciones Unidas. *Paz y Seguridad*. [En línea]. Consejo de Seguridad de la ONU. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://www.un.org/securitycouncil/es>
 - 2020c. Naciones Unidas. *¿Quiénes somos?* [En línea]. Naciones Unidas. Derechos Humanos. Oficina del Alto Comisionado. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/aboutus/Pages/WhoWeAre.aspx>
 - 2020d. Naciones Unidas. *Los órganos de derechos humanos*. [En línea]. Naciones Unidas. Derechos Humanos. Oficina del Alto Comisionado. [Consultado el 14/07/21]. <https://www.ohchr.org/SP/Pages/Home.aspx> Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/HRBodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx>
 - 2020e. Naciones Unidas. *Carta de las Naciones Unidas*. [En línea]. Tabla de Materias. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/un-charter>
 - 2020f. Naciones Unidas. *Capítulo VII: Acción en caso de amenazas a la paz, quebrantamientos de la paz o actos de agresión*. [En línea]. Portada Paz. Dignidad e igualdad en un planeta sano. Portada. Carta de Naciones Unidas. Capítulo VII. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://www.un.org/es/sections/un-charter/chapter-vii/index.html>
- OPS. 2004. Organización Panamericana de la Salud. *Huracán Jeanne – Septiembre 2004*. [En línea]. OPS Emergencia en Salud. 2004. [consultado el 14/07/21]. https://www3.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=category&view=article&id=789&Itemid=807&lang=en Disponible en: https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=789:hurricane-jeanne&Itemid=909&lang=es

- ORH. 2004. Organización de Rescate Humboldt. *Cronología del Huracán 'Jeanne' Septiembre de 2004*. [En línea]. Rescate.com [consultado el 14/07/21]. Disponible en: <http://www.rescate.com/jeanne.html>
- P.E.N. 2004. Poder Ejecutivo Nacional. *Decreto 280/2004 Asistencia Humanitaria*. [En línea]. Dispónese la participación de medios, personal y voluntarios de la Comisión Cascos Blancos, en la República de Haití. Buenos Aires. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-280-2004-93166>
- PÉREZ DE LA MORA, Miguel. 2016. *La ansiedad, respuesta natural del organismo ante el peligro*. [En línea]. Dirección General de Comunicación Social. Boletín Ciudad. UNAM-DGCS-450 Universitaria. ISBN 970-32-4299-5 [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2016_450.html
- PÉREZ PORTO, Julián, Ana Gardey. 2012a. *Definición de ansiedad*. [En línea]. Definición.de. Publicado: 2008, actualizado: 2012 [consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://definicion.de/ansiedad/>
- 2012b. *Definición de patología*. [En línea]. Definición.de. Publicado: 2008, actualizado: 2012 [consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://definicion.de/patologia/>
 - 2012c. *Definición de Depresión*. [En línea]. Definición.de. Publicado: 2008, actualizado: 2012 [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://definicion.de/depresion/>
 - 2012d. *Definición de ansiedad*. [En línea]. Definición.de. Publicado: 2008, actualizado: 2012 [consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://definicion.de/ansiedad/>
 - 2021. *Definición de enfermedad*. [En línea]. Definición.de. Publicado: 2008, actualizado: 2021 [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://definicion.de/enfermedad/>
- PÉREZ PORTO, Julián. María Merino. 2012. *Definición de signos*. [En línea]. Definición.de. Publicado: 2008, actualizado: 2012 [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://definicion.de/signos/>

- 2013. *Definición de trastorno*. [En línea]. Definición.de. Publicado: 2009, actualizado: 2013 [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://definicion.de/trastorno/>
 - 2014. *Definición de síntoma*. [En línea]. Definición.de. Publicado: 2010, actualizado: 2014. [consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://definicion.de/sintoma/>
 - 2015. *Definición de patogenicidad*. [En línea]. Definición.de. Publicado: 2013, actualizado: 2015. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://definicion.de/patogenicidad/>
 - 2016. *Definición de relevamiento*. [En línea]. Definición.de. Publicado: 2014, actualizado: 2016. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://definicion.de/relevamiento/>
 - 2017. *Definición de agente patógeno*. [En línea]. Definición.de. Publicado: 2015, actualizado: 2017. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://definicion.de/agente-patogeno/>
 - 2021. *Definición de salud*. [En línea]. Definición.de. Publicado: 2008, actualizado: 2021 [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://definicion.de/salud/>
- PICHOT, Pierre. 1995. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. [En línea]. American Psychiatric Association. Barcelona: Masson, S.A. 1995. ISBN 84-458-0297-6 Versión española. [Consultado el 22/08/19]. https://www.google.com/search?q=dsm-4&rlz=1C1SQJL_esAR841AR841%20&oq=%20&aqs=chrome.0.69i5918.76308j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF%20Disponible%20en:%20http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/DsmIV.Castellano.1995.pdf Disponible en: https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5cab5b49f21e1.pdf
- PURRIÑOS M. J. 2020. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)). [En línea]. Servicio de Epidemiología. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saúde. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>
- QUESTIONPRO. 2021. *¿Qué es la escala de Likert y como utilizarlo?* [En línea]. QuestionPro. Investigación de mercado. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/que-es-la-escala-de-likert-y-como-utilizarla/>

- R.A. 2004. República Argentina. *Ley Nacional N° 25.906 Egreso de Fuerzas Nacionales del Territorio de la Nación*. [En línea]. Autorizase la salida del territorio nacional de medios y personal militar que participaran en la Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/95868/norma.htm>
- RAE. 2019. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Diccionario de la lengua española*. [Versión 23.3 en línea]. 23.ª ed., Edición del Tricentenario. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
- RICO Javier L., Martha Restrepo, María Molina. 2005. *ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HAD) EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON CÁNCER DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA DE COLOMBIA*. [En línea]. Universidad de La Rioja. Fundación Dialnet. Avances en Medición, Año 2005, vol. 3, número 1, página 73-86. CIF: G26454157. [Consultado el 14/07/21]. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/158731>
Disponible en:
file:///C:/Users/Antonio/Downloads/Articulo_4_Validacin_del_HAD_73-86_2.pdf
- SANATORIO ALLENDE. *La Ansiedad ¿normal o patológica?* [En línea]. Información útil. 2019. [consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://www.sanatorioallende.com/notas/la-ansiedad-normal-o-patologica/>
- SEGURA DEL POZO, Javier. 2014. *Sanidad o Salud*. [En línea]. Salud Pública y otras dudas. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2014/06/14/sanidad-o-salud/>
- SELYE, Hans. 1960. *La tensión en la vida (el stress)*. Traducción de Jorge Curuchet. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora, S.A.
- SIURANA APARISI, Juan Carlos. 2009. *Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural*. [En línea]. España: Universidad de Valencia. VERITAS, N° 22 (Marzo 2010) 121-157 ISSN 0717-4675. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>
- STEINBERG, Isabel. 2009. *Los Márgenes de la Metapsicología Freudiana: Afecto y Cuerpo*. [En línea]. Universidad Nacional de Rosario. Facultad de Psicología. Secretaría de Estudios de Posgrado. Maestría en Psicoanálisis. Tesis de Maestranda.

- Directora Graciela Lemberger. 2009. [Consultado el 12/07/21]. Disponible en: <https://rehip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/13240/LOS%20M%C3%81RGENES%20DE%20LA%20METAPSICOLOG%C3%8DA%20FREUDIANA%20AFECTO%20%20Y%20%20CUERPO.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- SUNDIN, Eva C., Mardi J. Horowitz. 2003. Escala de Intensidad de Eventos Traumático de Horowitz: una evaluación de 20 años de uso (Horowitz' Impact of Event Scale: An evaluation of 20 years of usage). [En línea]. Department of Psychology, Umea University. Sweden. (Departamento de Psicología, Universidad de Umea. Suecia). [Consultado el 14/07/21]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14508034/> Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/30642499.pdf>
- SUNGKYU Park; Sang Won Lee; Jinah Kwak; Meeyoung Cha; Bumseok Jeong. 2013. *Las actividades en Facebook revelan el estado depresivo de los usuarios*. [En línea]. IntraMed. Tecnología. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=81953> [consultado el 22/08/19]. Disponible en: <https://www.jmir.org/2013/10/e217/>
- TAREAS PSICOLÓGICAS. 2017. *La confiabilidad y la validez en los test psicológicos*. [En línea]. La confiabilidad y la validez en los test psicológicos. República Dominicana. [Consultado el 14/07/21]. Disponible en: <http://psitareas.blogspot.com/2017/02/la-confiabilidad-y-la-validez-en-los.html>
- ZUKERFELD, Rubén, Raquel Zonis Zukerfeld. 2005. *Procesos Terciarios: de la vulnerabilidad a la resiliencia*. Buenos Aires: Lugar Editorial. ISBN: 950-892-245-1