



The Johns Hopkins Medical Institutions

Community Psychiatry Program
Adolf Meyer Building, Room 144

June 23, 1986

Dr. Claude de Ville de Goyet
Disaster Preparedness
Pan American Health Organization
525 23rd Street, N.W.
Washington, D.C. 20037

Dear Dr. de Ville:

Thank you for the UNICEF material on the Mexican disaster.
Please, find attached a copy of the paper I will be presenting
there.

Yours sincerely,

Bruno R. Lima, MD, MPH
Assistant Professor
Associate Director,
Community Psychiatry Program

BRL:paj

Attachment

El Papel del Trabajador Primario en la Atencion de la Salud Mental
para Victimas de Desastres en los Paises en Desarrollo.
Experiencia en Armero, Colombia.

Dr. Bruno R. Lima
Profesor Asistente
Departamento de Psiquiatria
Johns Hopkins University
Baltimore, Maryland
Estados Unidos

Trabajo presentado en el Congreso sobre "Consecuencias Psicologicas
de Desastres", Universidad Iberoamericana, Mexico, junio 29-julio 2,
1986.

I - INTRODUCCION

En agosto de 1985, empecé mi trabajo de consultor de la OPS, junto a la División de Salud Mental del Ministerio de Salud de Colombia, con el objetivo de asesorar en el diseño, evaluación e implementación del "Plan Nacional de Atención Primaria en Salud Mental". En noviembre, deberíamos redactar su proyecto, cuando, el 29, visitaríamos la ciudad de Armero, donde el plan sería pilotado. El día 13 por la mañana, en Armero, el arquitecto entregaba al director del hospital psiquiátrico Isabel Ferro de Buendía las nuevas instalaciones que serían inauguradas durante nuestra visita, y, en Baltimore, yo recibía los boletos y la autorización de viaje para ir allá. Por la noche, el hospital ya no más existía, y yo estaba indisolublemente vinculado a la tragedia de Armero, al Departamento del Tolima y a Colombia. Once días después de la tragedia, llegué Armero, donde estuve diversas veces más, y 8 meses después estoy acá, dando continuidad a la tarea empezada entonces, es decir, de desarrollar el potencial máximo del trabajador primario en la atención de salud mental a las víctimas de desastres.

En esta presentación, voy resumir las características del desastre de Armero que enfatizan sus graves consecuencias psicológicas y sociales, el papel del trabajador primario en la atención de salud mental, y el proyecto de investigación que estamos desarrollando.

II - EL DESASTRE Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS.

Para aprovechar mejor el poco tiempo que tenemos, doy por sabido que todos Utds. estan familiarizados con el desastre de Armero, y por consiguiente voy a enfocar los puntos especificos que se refieren a los problemas de salud mental que nos interesan. Quarantelli (9) define desastres como situaciones de crisis en las cuales las demandas exceden los recursos, y discute ocho de sus características que se vinculan estrechamente con sus potenciales psicopatogeneticos. Son ellas: (1) proporcion de la poblacion afectada; (2) centralidad social de la poblacion afectada; (3) duracion de la participacion de la poblacion afectada en la crisis; (4) rapidez de la participacion de la poblacion en la crisis; (5) previsibilidad de la participacion en la crisis; (6) novedad de la crisis; (7) intensidad de la participacion de la poblacion en el desastre; y (8) repetitividad de la participacion.

1. Proporcion de la poblacion afectada.

Todo un pueblo de 30.000 habitantes desaparecio, estimandose unos 24.000 muertos, es decir, alrededor de 80% de la poblacion perecio en la tragedia. De los sobrevivientes, muchos se encuentran sin hogar, sin trabajo y sin familia. Las poblaciones de las ciudades vecinas tambien se encuentran afectadas, sea por los desplazamientos de los damnificados o por el temor de nuevas tragedias.

2. Centralidad social de la poblacion afectada.

En el periodo despues del impacto, la falta de apoyo social a las victimas es mayor cuando pertenecen a sectores socialmente perifericos de la comunidad. En el desastre de Armero, la avalancha, al descender por el canyon, devasto el centro de la ciudad donde se

ubicaban los sectores mas ricos de la poblacion. Asi, los sobrevivientes en su mayor parte son personas con pocos recursos y pequeno apoyo social, siendo por lo tanto mas vulnerables al desarrollo de problemas emocionales.

3. Duracion de la participacion de la poblacion afectada en la crisis.

La fase de amenaza duro alrededor de un ano, pues en diciembre de 1984 hubo los primeros signos de clara actividad volcanica. Sin embargo, por diversos motivos, la poblacion no se habia preparado para la tragedia. Por otro lado, la amenaza continua ahora para los sobrevivientes, con frecuentes estados de alerta del volcan, indicando una alta probabilidad de nueva erupcion. La combinacion de estos dos factores aumenta el de riesgo para problemas emocionales.

4. Rapidez de la participacion de la poblacion en la crisis.

La rapidez de la participacion se refiere a la caracteristica de la ocasion del desastre, y no de los agentes fisicos. Es decir, aunque dos horas haya transcurrido entre la erupcion del volcan y la destruccion de Armero, la poblacion fue sorprendida por 75 millones de toneladas de lodo en minutos, sin ninguna posibilidad de accion efectiva, creandose una situacion de riesgo para problemas emocionales ulteriores.

5. Previsibilidad de la participacion en la crisis.

Cuando la previsibilidad del desastre es pequena, los efectos psicologicos tienden a ser mayores. En Armero, aunque se previera un desastre, no se temia mas que una inundacion que fuera llegar a los tobillos, y la poblacion nunca incorporo a su estilo de vida las precauciones necesarias para su proteccion efectiva.

6. Novedad de la crisis.

El terror y el horror del desastre constituyeron situaciones nuevas para los sobrevivientes, exponiéndolos a escenas terribles que hasta hoy se ven en las calles destruidas del pueblo.

6. Intensidad de la participacion de la poblacion en el desastre.

La magnitud de las perdidas de los damnificados de Armero fue tan grande que va mas alla de las experiencias, aunque raras, que uno puede tener. Para muchos, no quedo siquiera una fotografia de toda su familia, absolutamente nada para recordar tantos muertos.

7. Repetitividad de la participacion.

El desastre fue unico en la historia de la poblacion que vivia en Armero, aunque hubiese ocurrido por lo minimo dos veces en los ultimos cuatrocientos anos. Una subcultura de desastre no llego a existir, aumentando el riesgo de problemas psicologicos.

.....

Por las características mencionadas, el desastre de Armero tiene una gran probabilidad de traer problemas psicologicos y sociales significativos para los damnificados a corto, medio y largo plazo. Los damnificados que se encuentran en Ibagué, capital del Departamento, y en el norte del Tolima, totalizan 2.184, la mitad teniendo entre 15 y 49 años de edad. La atención medica es deficiente, y 50% de los albergues en Ibagué y 78% de los albergues en el norte tienen atención medica esporadica o ninguna. Las condiciones de vivienda son precarias, con problemas de suministro de agua, contaminación por insectos y manejo de excretas y de basura. Además, la tragedia destruyo el hospital mental de Armero que

concentraba 85% de las camas psiquiátricas del Departamento del Tolima, donde desaparecieron 7 profesionales de salud mental (8). Así, la atención especializada en salud mental en el área del desastre se quedó muy reducida.

Por consiguiente, el aumento de la morbilidad psiquiátrica de las víctimas del desastre y la disminución de los recursos especializados en salud mental enfatizan "ipso facto" el papel de los servicios de salud general y, en especial, del trabajador primario en la asistencia de salud mental, creándose una oportunidad para que sea examinado en este nuevo contexto.

III. EL PAPEL DEL TRABAJADOR PRIMARIO

Los desastres, en especial en los países en desarrollo, traen muy grandes pérdidas humanas y materiales. De los desastres en este siglo con más de 25.000 muertos solamente dos ocurrieron en países desarrollados. Los otros 15 ocurrieron en los países en desarrollo, con un total estimado de 4 millones de muertos (7). Los recursos especializados en salud mental, escasos en el mundo en desarrollo aun en las situaciones rutinarias (4), se tornan claramente insuficientes en situaciones de desastre de tal magnitud, cuando la morbilidad psiquiátrica aumenta (6).

Aunque la atención primaria sea la estrategia maestra para el logro de la meta de "salud para todos en el año 2.000", poco o ningún énfasis ha sido dado al papel del trabajador primario en la atención de salud mental a las víctimas de desastres. Sin embargo, el estudio conjunto de la OMS sobre la extensión de los servicios de salud

mental en los países en desarrollo nos muestra que es posible capacitar al trabajador primario en la asistencia de salud mental a los pacientes que visitan los puestos y centros de salud en situaciones rutinarias (1, 10). Sus acciones de salud mental incluyen: primeros auxilios en urgencias neuropsiquiátricas, identificación y manejo de problemas psiquiátricos o psicosociales comunes, manutención del psicótico crónico, apoyo a las familias de alto riesgo, remisión de pacientes, educación de la familia sobre desarrollo psicosocial y necesidades de los ancianos y de los minusválidos, apoyo y educación al enfermo mental sobre cuidado propio, y colaboración con los líderes de la comunidad para desarrollar actividades que promuevan y protejan la salud mental (5). Se torna necesario que estas actividades sean ajustadas a la situación específica de desastre, incluyéndose entonces: conocimiento y manejo de la psicopatología vista en desastres (v.g., crisis y stress, pérdidas y duelo, adaptación), utilización de diversas modalidades de tratamiento (v.g., intervención en crisis, terapia de grupo, psicoterapia focal, psicofarmacología), conocimiento del sistema de desastre (v.g., habitación, atención médica, ayuda financiera, servicios humanos), y utilización de los recursos familiares y comunitarios existentes (2).

Con la finalidad de atender los problemas psicosociales de los damnificados, diversas actividades deberán desarrollarse en la atención primaria de salud mental en las áreas de capacitación, educación, planeamiento e investigación. Actividades de capacitación y educación deben emplear metodologías adecuadas y enseñar los

contenidos especificos para desastres. Por ejemplo, el uso de manuales y otros recursos que permitan al trabajador primario identificar y manejar los problemas emocionales y psiquiatricos de las victimas, como ansiedad, depresion, alcoholismo y sindrome post-traumatica. Desde el punto de vista de planeamiento, el papel del sector especializado en salud mental debera ser de capacitacion, educacion y consultoria al trabajador primario, y no de asistencia directa a las victimas. Idealmente, un equipo de salud mental, a nivel regional o nacional, especializado en desastres, debera tener la capacidad de desplazarse al area del desastre y de entrenar al equipo de salud mental local en la capacitacion de los trabajadores primarios. Asi, el entrenamiento del trabajador primario en los aspectos psicologicos de desastres ocurrira "ad hoc", no siendo parte de sus conocimientos rutinarios. Se estima que transcurrira por lo minimo un mes antes que los trabajadores primarios empecen a atender, en los puestos y centros de salud, a las victimas con problemas emocionales, tiempo que es suficiente para el proceso de su capacitacion en esta area especifica. Los trabajadores primarios, debidamente capacitados, a su vez, prestaran servicios directos de salud mental a los damnificados, familias y comunidades. El equipo local de salud mental estara disponible para evaluacion y/o tratamiento de pacientes remitidos, cuyos problemas psiquiatricos sean muy complejos para el manejo adecuado al nivel primario de atencion, pero la atencion en salud mental para las victimas sera prestada por los trabajadores primarios, garantizandose una identificacion oportuna de los problemas emocionales y su manejo integrado, longitudinal y participativo.

IV - ACTIVIDADES DE INVESTIGACION

En colaboracion con la Universidad Javeriana en Bogota, y con el Ministerio de Salud de Colombia, estamos desarrollando una investigacion en atencion primaria en salud mental en el area del desastre. La investigacion tiene los siguientes objetivos: evaluar la frecuencia y los tipos de la morbilidad psiquiatrica en los damnificados ubicados en los campamentos y en los pacientes que visitan a los centros de salud del area afectada; y evaluar la capacitacion del trabajador primario en la identificacion y manejo de estos problemas. A largo plazo, los objetivos son: ampliar el conocimiento sobre la problematica emocional de las victimas de desastres en los paises en desarrollo; identificar fallas y dificultades que el trabajador primario presenta en sus acciones de salud mental; desarrollar metodologias y contenidos de capacitacion y entrenamiento del trabajador primario para corregir estos problemas; y monitorizar a las poblaciones investigadas para identificar factores de riesgos para el desarrollo de psicopatologia cronica.

Los datos estan siendo recolectados ahora, es decir, 7 meses despues de la tragedia. La metodologia del estudio abarca la evaluacion de damnificados y pacientes en dos zonas distintas: una en riesgo de una nueva avalancha y otra ubicada en un sitio seguro. Su diseno es el siguiente: tamizado de 200 pacientes y 200 desplazados con el "Cuestionario de Auto-Reportaje" (5) que detecta la presencia de sintomas psicoticos y no-psicoticos. Los sujetos que alcancen un resultado igual o mayor que 8 seran considerados casos probables, y

remitidos a una entrevista psiquiatrica. Un tercio de los sujetos con resultado inferior a 8 seran por igual remitidos a entrevista psiquiatrica. La entrevista psiquiatrica es semi-estructurada y los diagnosticos seran formulados con referencia a los criterios de la DSM-III.

Los instrumentos empleados para la evaluacion de los pacientes recogeran informacion sobre sus datos demograficos, motivo de consulta, auto-evaluacion de su estado fisico y emocional, acontecimientos vitales recientes, morbilidad no-psicotica, sintomas psicoticos, epilepsia, alcoholismo, la experiencia del desastre y estado cognitivo. Las acciones de salud mental del trabajador primario con los pacientes que participan en la investigacion tambien seran evaluadas. Para el trabajador primario, se recogerá informacion sobre el paciente, su motivo de visita, los diagnosticos fisico y psicologico, acontecimientos estresantes recientes, deteccion y manejo de problemas emocionales, evaluacion del estado fisico y mental, y remision.

IV - CONCLUSION

Desastres como el de Armero llevan a cabo un proceso de seleccion "natural" del mas capaz, y se podria decir que, aparte de los damnificados con traumatismos y amputaciones - que son pocos -, la salud fisica de los sobrevivientes es probablemente mejor que la de la poblacion antes de la tragedia. Eso porque las personas que tienen menos probabilidades de sobrevenir al impacto - como los muy jovenes y los muy envejecientes - son tambien las mas vulnerables a la enfermedades, en especial a las enfermedades transmisibles (3).

Los sobrevivientes son, en su mayor parte, adultos jóvenes y, por lo general, físicamente sanos. Sin embargo, los problemas psicológicos y sociales de los sobrevivientes son muy grandes, con consecuencias severas a medio y largo plazo, quizás afectando mas de una generacion. Asi, si la manutencion de la vida es la "prioridad prioritaria" en los primeros momentos despues de un desastre, la manutencion de la calidad de la vida es el gran reto a medio y largo plazo, endonde la vida mental, que da al ser humano sus características mas esenciales, pasa a tener la mas alta importancia.

Siendo insuficientes los recursos especializados en salud mental para atender a la demanda aumentada en una situacion de desastre, el trabajador primario tendra que ser entrenado en este proceso especifico de atencion a los problemas emocionales de las victimas. El trabajo que estamos realizando en Armero permitira que obtengamos algunos de los datos necesarios para empezar el desarrollo de la metodologia y contenidos para el entrenamiento referido y su posterior evaluacion.

Asi, la tragedia de Armero, como el desastre en Mexico y la medicina en general, entre otras ensenanzas, permitira que se desarrolle el papel del trabajador de atencion primaria en la asistencia de salud mental a las victimas de desastres, y que, a traves del sufrimiento de tantos, nos aproximemos, aunque asintoticamente, de la meta de salud para todos en 14 años. Y que escenas como las que nosotros, directa o indirectamente, vivimos se transformen en ayuda para alguien, en algun sitio en algun momento. Pues el horror y el terror del desastre de Armero, asociados a la

inmensa solidaridad humana y al trabajo sin treguas que he visto en Colombia, "si multiplicaron mi dolor, tambien multiplicaron mi esperanza".

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Climent, CE et al (1980) Mental health in primary health care. WHO Chronicle 34: 231-236.
2. Cohen, RE & Ahearn, Jr. FL (1980) Handbook for Mental Health Care of Disaster Victims. Johns Hopkins University: Baltimore.
3. DeVille, C (1979) Maladies transmissibles et surveillance epidemiologique lors des desastres naturels. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Sante 57: 153-165.
4. Harding, TW (1978) Psychiatry in rural-agrarian societies. Psychiatric Annals 8: 302-310.
5. Harding, TW et al (1980) Mental disorders in primary health care: a study of their frequency in four developing countries. Psychological Medicine 10: 231-241.
6. Kinston, W & Rosser, R (1974) Disasters. Effectson mental and physical state. Journal of Psychosomatic Research 18: 437-456.
7. Kroeger, EK (1976) Disaster management in tropical countries. Tropical Doctor 6: 147-151.
8. Ministerio de Salud, Colombia. Servicio de Salud del Tolima (1986) Informe de actividades realizadas. Subprograma de atencion post-desastre.
9. Quarantelli,EL (1985) What is a disaster? The need for clarification in definition and conceptualization in research. In: Souder, BJ (ed) Disasters and Mental Health. Selected Contemporary Perspectives. National Institute of Mental Health: Rockville.

10. World Health Organization (1984) Mental health care in developing countries: a critical appraisal of research findings. WHO Technical Report Series No. 698.

FACTORES DE RIESGO PARA EL
DESARROLLO DE PROBLEMAS EMOCIONALES
EN VICTIMAS DE DESASTRES

1. PROPORCION DE LA POBLACION AFECTADA
2. CENTRALIDAD SOCIAL DE LA POBLACION AFECTADA
3. DURACION DE LA PARTICIPACION DE LA POBLACION AFECTADA EN LA CRISIS
4. RAPIDEZ DE LA PARTICIPACION EN LA CRISIS
5. PREVISIBILIDAD DE LA PARTICIPACION EN LA CRISIS
6. LA NOVEDAD DE LA CRISIS
7. INTENSIDAD DE LA PARTICIPACION DE LA POBLACION EN EL DESASTRE
8. REPETITIVIDAD DE LA PARTICIPACION

CUESTIONARIO DE PACIENTES

DATOS DEMOGRAFICOS

MOTIVO DE LA CONSULTA

AUTO-EVALUCION DEL ESTADO FISICO

EMOCIONAL

ACONTECIMIENTOS VITALES RECIENTES

MORBILIDAD PSICOTICA CUESTIONARIO DE

NON-PSICOTICA AUTO-REPORTAJE

EPILEPSIA

ALCOHOLISMO

EXPERIENCIA DEL DESASTRE

EXAMEN COGNITIVO (MINI-MENTAL)

ACCIONES DE SALUD MENTAL
DEL TRABAJADOR PRIMARIO

MOTIVO DE LA VISITA

DIAGNOSTICO FISICO

PSICOLOGICO

ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES RECIENTES

PROBLEMAS EMOCIONALES DETECCION

MANEJO

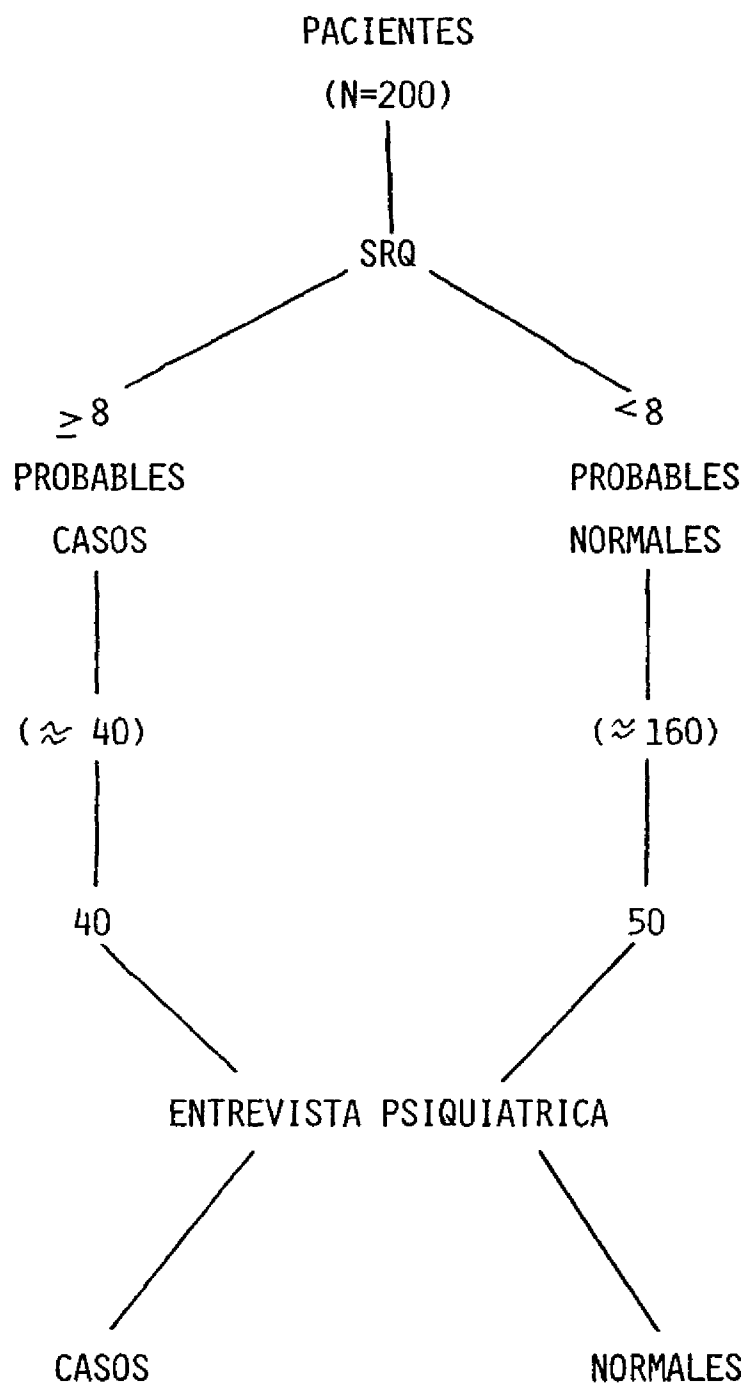
EVALUACION DEL ESTADO FISICO

MENTAL

REMISSION

ATENCION MEDICA OFRECIDA
EN LOS ALBERGUES

	NORTE DEL TOLIMA		IBAGUE	
ATENCION MEDICA	ENERO-FEBRERO 1986		DICIEMBRE 1985 ENERO 1986	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
PERMANENTE	4	50.0	5	22.0
ESPORADICA	3	37.0	3	13.0
SIN ATENCION	1	13.0	15	65.0
TOTAL	8	100.0	23	100.0
POBLACION	899		1285	



EQUIPO DE SALUD MENTAL
ESPECIALIZADO
REGIONAL/NACIONAL

CAPACITACION
EDUCACION
CONSULTORIA
INVESTIGACION

EQUIPO DE SALUD MENTAL
LOCAL

CAPACITACION
EDUCACION
CONSULTORIA

EQUIPOS DE SALUD
GENERAL/PRIMARIA

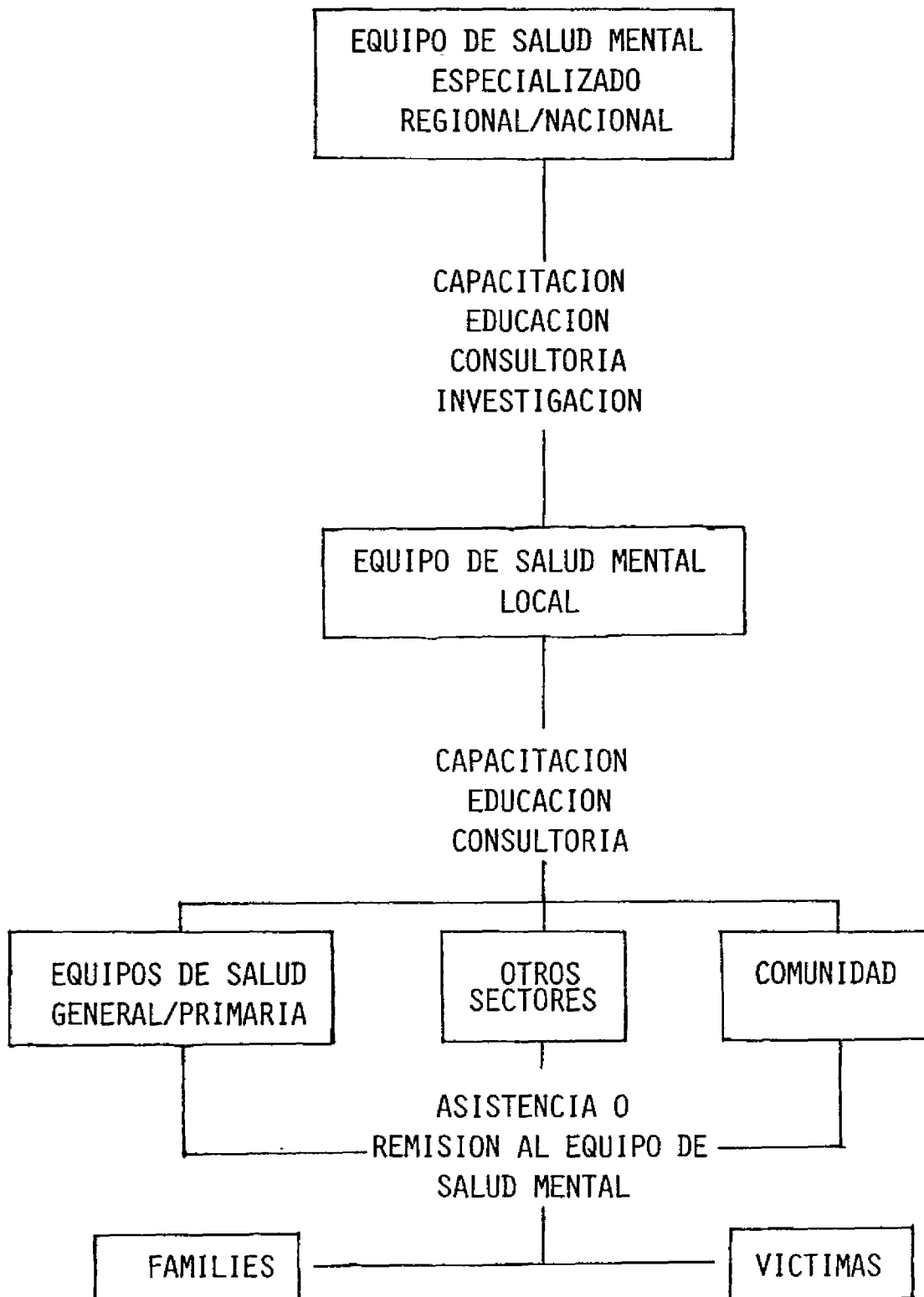
OTROS
SECTORES

COMUNIDAD

ASISTENCIA O
REMISION AL EQUIPO DE
SALUD MENTAL

FAMILIES

VICTIMAS



POBLACION EN ALBERGUES
POR EDAD

		NORTE DEL TOLIMA		IBAGUE	
		ENERO-FEBRERO <u>1986</u>		DICIEMBRE 1985 <u>ENERO 1986</u>	
EDAD <u>(ANOS)</u>	<u>TOTAL</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
0 -14	768	351	39.0	417	32.5
15-49	1036	454	50.5	582	45.3
50+	185	94	10.5	91	7.1
SIN DATO	195	--	--	195	15.2
TOTAL	2184	899	100.0	1285	100.1
