

SALUD MENTAL Y DESASTRES NATURALES

Dr. Eduardo Medina Cárdenas (1)
Dr. Simeón Rizo Castellón (2)
Dr. Luis Caris Navarro (3)

- (1) Asesor Salud Mental. Ministerio de Salud de Chile.
(2) Jefe Unidad Psiquiatría Forense, Departamento de Medicina Legal, Universidad de Chile.
(3) Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

1. I N T R O D U C C I O N

Chile, al igual que muchos otros países, muestra históricamente una larga serie de terremotos, maremotos y otros desastres naturales, los que han afectado a su población con frecuencia más o menos continuada. Esta realidad ha impulsado el desarrollo de medidas tendientes tanto a proteger la integridad física de las personas, como a hacer frente a los daños en sus viviendas y sus bienes.

Los efectos inmediatos y mediatos de tales cataclismos en la salud mental y el estado emocional de las personas hasta ahora no han sido considerados en toda su importancia. Sin duda que una parte de estos efectos se origina directamente en las variadas consecuencias negativas que ha ya sufrido la población afectada, lo cual hace entendible que se postule que, auxiliándola en estos problemas, indirectamente se solucionarán sus repercusiones psicológicas. Sin embargo, el conocimiento específico que ha ido surgiendo del estudio de diversas catástrofes en varios lugares del mundo ha establecido que, además de los efectos del impacto mismo, otra parte importante de esta población, incluso aunque no haya sido afectada directa - mente en su salud o sus bienes, desarrolla diferentes signos y síntomas que generan variados problemas psiquiátricos durante meses e incluso años des - pués de ocurrido el desastre.

Los estudios aludidos han podido también establecer que estos problemas pueden prevenirse o aminorarse mediante el uso de técnicas accesibles. Más aún, está demostrado también que cuando no se los enfrente precoz - mente, en el futuro recargan los recursos psiquiátricos con mayor demanda de atención, como asimismo la seguridad social general con un mayor contin - gente de inválidos.

2. DESCRIPCION GENERAL

Existen desastres naturales (por ej., terremotos, maremotos, derrumbes, erupciones volcánicas, etc.) y otros provocados por la mano del hombre (por ej., guerras, terrorismo, fugas de radiación, contaminación del medio, etc.). Ambos se refieren a la brusca pérdida del control de fuerzas existentes, las que irrumpen en forma importante y masiva, con consecuencias graves aunque difíciles de precisar en un comienzo, afectando a comunidades enteras y causando víctimas (muertes y heridos) y daños materiales. Los sobrevivientes, incluso quienes nunca antes requirieron de ayuda psicológica, aunque no hayan experimentado efectos negativos directos y/o indirectos, generalmente presentan variadas repercusiones psicológicas no habituales, asociadas con los dramáticos cambios ocurridos y la necesidad de tener que modificar sus respectivos ritmos de vida según la nueva configuración del entorno inmediato.

Desde un punto de vista esquemático, en un desastre natural se pueden diferenciar tres fases relativamente superpuestas entre sí (1,6,10,24,25,29):

- Fase de pre-impacto, es decir, las actividades que preceden al desastre mismo, incluyendo alarma, temores o avisos de precaución. No siempre está presente o es lo suficientemente definida como para que la población la confiera la importancia que merece. Así, cuando es más bien vaga, con frecuencia las personas en riesgo tienden a minimizar o negar la posibilidad del suceso; cuando existe una amenaza concreta, en cambio, genera desde conductas hiperactivas entre quienes tienen algún entrenamiento para enfrentar el hecho inminente, hasta ocasional pánico entre otras que se sienten indefensas o que están aisladas o encerradas en algún sitio.
- Fase de impacto, asociada con el hecho desastroso mismo y, por ello, de duración usualmente breve. La reacción psicológica inmediata a la catástrofe es de temor mientras se busca protección para sí mismos y las respectivas familias. Son escasos quienes permanecen calmados, estando la mayoría con grados variables de miedo. El pánico y la huída a ciegas son mínimos, sin embargo, asociándose a estar ante grave riesgo físico o entrampados en algún lugar; cuando ocurren son contagiosos.

El compromiso psicológico inmediatamente posterior al cataclismo guarda relación con las consecuencias producidas por éste (víctimas, destrucción, intensidad, etc.). Por lo general hay un estado temporal de intenso sobresalto, aturdimiento, confusión y desorientación durante minutos a horas. Si la necesidad de sobrevivir ha sido grande, los afectados pueden estar como narcotizados y sin comprender conscientemente la gravedad de la situación e incluso conservando un recuerdo posterior borroso o nulo de lo sucedido. No obstante, por lo general hay más bien adaptación a las circunstancias y recuperación pronta del autocontrol en la mayoría de la población. En los primeros instantes es posible observar todo tipo de conductas, desde importantes descontroles hasta actos notables de heroísmo y solidaridad. Es notoria la necesidad de comunicar las experiencias vividas, en un intento de catarsis de los difíciles momentos.

- Fase de post-impacto, también conocida como post traumática, a continuación de la anterior y asociándose mucho más con los efectos reales del desastre en cada sujeto, su familia, sus amistades, sus bienes y su comunidad circundante; por ello puede extenderse hipotéticamente al resto del ciclo vital de cada persona. Los primeros acercamientos interpersonales y sentimientos de hermandad y ayuda mutua de los afectados típicamente van cambiando con el paso de los días, en una secuencia que se resume a continuación: en las primeras dos semanas hay más bien pasividad (falta de iniciativa, resignación, docilidad, miedo a los efectos secundarios del desastre, alarma, insomnio, etc.), aunque algunas otras personas, tal vez los menos damnificados, muestran hiperactividad (intentos de ayudar a otros, etc.). En la tercera y cuarta semanas empiezan a formarse grupos de cierta rebeldía y agresividad (descontento por la escasez de ayuda, demandas exageradas, reclamos a las autoridades, críticas a la gestión de éstas, etc.). En las siguientes quinta y sexta semanas continúa la agresividad en tono menor, en relación a que la situación está más ordenada y la ayuda más efectiva. Posteriormente a este período crítico, la mayoría de los individuos ha restablecido algún grado de equilibrio emocional.

Es usual que durante todo este lapso, en particular al comienzo, haya descenso en las consultas médicas en todos los centros asistenciales, particularmente las de tipo psiquiátrico. Posiblemente esto se asocia con la necesidad de la población de preocuparse activamente de su sobrevivencia cotidiana (2, 3, 17, 22).

Los damnificados por cualquier desastre tienen también la inevitable tarea de otorgar un significado a los cambios acaecidos en sus vidas, a fin de adaptarse a ellos. Existe amplia variedad de posibles adaptaciones, desde continuar con mitos respecto a que la comunidad, la familia o los vecinos siguen siendo los mismos, hasta someterse a la modificación de todas las configuraciones personales, familiares y sociales anteriores (a causa de muerte o invalidez de personas, cambios de vivienda, migración, etc.). En realidad, el período post traumático puede ser realmente desorganizador para la estabilidad psicológica de los afectados cuando el marco sociocultural perdido no se estabiliza funcionalmente de nuevo. En efecto, se pueden incluso constituir reacciones ansiosas directas o somatizadas, graves y persistentes denominadas "síndrome traumático" o "neurosis post traumática" (Tyhurst, citado en 3). Más aún, ha sido propuesta la existencia de un segundo desastre (Erickson, citado en 10) luego del primero, en relación con las repercusiones psicológicas derivadas de la desorganización física y social de una comunidad gravemente dañada por una catástrofe.

En todo el proceso hay grupos más vulnerables a afectarse psicológicamente que otros, ante las mismas circunstancias. Ellos son los niños (en especial aquéllos en situación de vida irregular), las personas en estado de stress previo (por ej., conflictos familiares, separaciones recientes, duelos, desempleo, enfermedad física o mental), la población senescente y cualquier persona que sufra de falta de apoyo por parte de la estructura social.

Es usual que en esta tercera fase ocurra un movimiento convergente de variados grupos de personas, desde la periferia al epicentro, con conductas que por lo general sobrecargan los problemas inherentes a la situación. Cuando menos los convergentes son de cinco tipos diversos: los retornantes, es decir, residentes en la zona afectada y que estaban fuera durante el hecho, evacuados que desean regresar o dueños de propiedades que quieren evaluar los daños sufridos; los ansiosos, originarios en zonas vecinas, que por su situación próxima quieren conocer de primera mano los hechos; los auxiliadores, sea por tener relaciones directas con algún damnificado o por motivaciones personales y que llegan voluntariamente a ofrecer colaboración;

los curiosos, es decir, aquellos individuos que por sus propios ojos quieren ver lo ocurrido ; y los explotadores, incluidos saqueadores, ladrones de mate riales y alimentos de ayuda, socorridos (persona que sin ser damnificado, ob tiene para sí ayuda destinada a éstos), cazadores de recuerdos y otros, gru po usualmente abundante en las naciones pobres (11).

3. ORIENTACIONES GENERALES DE ACCION

En una catástrofe las medidas de ayuda, tratamiento y prevención deben adaptarse flexiblemente al curso de los acontecimientos. Por lo gene ral los países cuentan con un Plan Nacional de Emergencia, bajo la responsabi lidad central de Gobierno Interior, cuya existencia damos por supuesta en las consideraciones que siguen. (9, 17, 25).

Terminado el impacto es importante la mantención de los medios de co municación con las comunidades afectadas, que permita ir dando un primer orden al caos y pautas de acción a los líderes emergentes. Respecto a las personas afectadas emocionalmente, existen técnicas de ayuda psicológica inmediata que pueden ser otorgadas por personas no profesionales, previamente entrenadas , mucho antes que se pueda organizar una asistencia médica psiquiátrica formal.

A continuación es importante organizar algún servicio de salud men tal en los sitios de catástrofe, que brinde atención a los casos agudos, que diseñe algún método de captación y eventual derivación de los afectados y que desarrolle estrategias de orientación de la comunidad respecto de los proble mas y síntomas emocionales que usualmente se irán presentando en las semanas siguientes. La idea central a este respecto es que, en la medida que las per sonas entiendan lo que les va sucediendo en su estabilidad emocional, eso mis mo será un factor preventivo y de apoyo que hará que muchos de ellos no se con sideren propiamente enfermos : por una parte, no se recargará la asistencia psiquiátrica misma y, por otra, se producirán menos casos de neurosis traumá ticas posteriores.

Paralelamente a la atención orientada a las personas, la asistencia de salud mental existente debe tomar otras obligaciones y responsabilidades con la colectividad. Entre éstas son importantes las siguientes :

- asesorar a las autoridades civiles, médicas, policiales y militares respecto a favorecer, estimular y orientar la acción de los líderes emergentes y sus grupos de seguidores. Estas mismas autoridades, por otra parte, pueden necesitar apoyo emocional en relación tanto a sus propias reacciones individuales a causa del desastre, como con la sobrecarga de trabajo que las circunstancias les exigen.
- tomar contacto con medios de comunicación existentes, con el objeto de contribuir a dominar el pánico y estimular la calma.
- aportar orientación a las instituciones locales de ayuda y reconstrucción en relación con aspectos psicológicos de la población que atienden y de sus propios integrantes. Contribuir a disminuir los roces y competencias que con frecuencia surgen en este tipo de grupos, tanto internamente como entre ellos.
- visitar regularmente los grupos de trabajo voluntario (sepultación de cadáveres, remoción de escombros, construcción de refugios, control del pillaje, etc.), para observar repercusiones de la labor en la estabilidad emocional de sus integrantes.
- organizar charlas, cursos y otras estrategias informativas sobre salud mental en situación de desastre, para grupos seleccionados.
- estimular la realización de actividades recreativas, religiosas y otras para la población.
- en caso de evacuación de grupos poblacionales, asesorar a la autoridad competente.

Una vez organizada alguna asistencia regular, es importante diseñar y realizar investigaciones sistemáticas sobre el verdadero compromiso sufrido por la población afectada. Por una parte, el conocimiento en mayor profundidad de los efectos permitirá afinar las estrategias utilizadas y mejorar la eficacia de los recursos; por otra, el conocimiento general que se obtenga será útil en el futuro, frente a otras catástrofes similares.

Las investigaciones a realizarse deben orientarse a aspectos médicos clínicos y epidemiológicos, a características psicosociales de la comunidad afectada, a factores socioeconómicos y culturales, etc. Teniendo presente lo señalado anteriormente respecto a la fase post traumática y sobre la aparición del llamado "segundo desastre", algunas investigaciones deberían extenderse de dos a tres años.

4. ORIENTACIONES ESPECIFICAS DE ACCION

Existen principalmente dos tipos de actividades importantes de realizar : educativas preventivas y asistenciales propiamente tales.(4,9,12,15,21,24, 25, 30, 31).

4.1. ACTIVIDADES EDUCATIVAS PREVENTIVAS :

En general todas ellas suponen actividades y metas ya logradas previamente a una catástofre específica, integradas a la labor preventiva usual. La educación se orienta a diversos grupos y contiene diferente niveles tanto de información como de resolución.

4.1.1. Al público general :

Dar a conocer en todos los niveles las reacciones normales al stress, agregando folletos sobre prevención de diferentes tipos de desastre.

Dar a conocer, sobre todo a las personas responsables y líderes de la comunidad, lo que es normal o anormal en caso de desastres.

Contar con un plan elaborado para uso de los medios informativos, que permita matizar y graduar las noticias que entreguen, así como para agregar contenidos de salud mental.

4.1.2. Al personal sanitario :

Cada unidad de salud (Servicio de Salud, Dirección Provincial de Sa - lud, etc., según el caso) debería tener algún personal profesional entrenado en salud mental para casos de catástofres (asistentes sociales, enfermeras y médicos, incluidos psiquiatras). Tal personal debería poseer conocimientos claros acerca de los siguientes temas :

- conducta humana en desastres
- modalidades generales de tratamientos (fármacos, apoyo psicológico, etc.).
- conocimiento de modalidades de ayuda psicológica según los casos

Para lo anterior habría que realizar un programa-tipo de entrenamiento, que contemple :

- fases de los desastres
- problemas físicos y psíquicos que se presentan

- concepto de stress, crisis, duelo, adaptación, sistemas de apoyo psicológico y sistemas de apoyo social
- tipos de tratamientos que se pueden usar : consejería en crisis, dinámica de grupos para adultos, ludoterapia y otros tipos de terapias de intervención en crisis.

Este personal entrenado para casos de catástrofes debería tener en su respectivo nivel un sistema de supervisión y apoyo permanente.

4.1.3. Guías específicas de acción para albergues :

El personal que atiende albergues para grupos familiares damnificados, además de cuidar de los aspectos cotidianos domésticos, debería poder observar y registrar aspectos tales como los siguientes :

- catastro de las características socioculturales y económicas de los albergados (ocupación, educación, costumbres, tamaño del grupo familiar, etc.).
- determinar rápidamente quienes son los individuos más vulnerables, tomando en cuenta sus riesgos :
 - ° enfermedad previa física o mental
 - ° cantidad y calidad de la pérdida sufrida
 - ° personas desvalidas, marginales, etc.

A partir del cuadro real existente, ese personal debería poder elaborar un plan de acción claro y sencillo que ayude a los albergados a ir enfrentando progresivamente sus carencias de diversa índole :

- ° organizar el grupo con sus líderes
- ° proporcionar sistemas de información sobre lo que pasa y los lugares donde pueden recibir ayuda.
- ° pesquisar a las personas que necesitan ayuda para referirlas adecuadamente.

4.1.4. Guías específicas para maestros y establecimientos educacionales :

Los locales de los establecimientos educacionales están entre los que frecuentemente se usan para albergar a población damnificada en todas partes. Así, los directivos, maestros y demás personal está en una interesante coyuntura como para convertirse en agentes de salud mental. Los educadores requerirán entrenamien

to acerca de los siguientes aspectos :

- fases de los desastres
- conductas normales o anormales
- criterios simples y claros para identificar a los niños necesitados de atención profesional (signos y síntomas como insomnio, fobias, llanto, dificultades de concentración, etc., o que tengan problemas familiares o pérdidas serias). En caso necesario, el personal de Salud Mental podría hacer alguna intervención junto con los mismos profesores.

La actividad de los profesores se orientaría tanto hacia alumnos normales y sus familiares, como hacia la población damnificada que puede eventualmente estar albergada en los establecimientos.

4.2. ACTIVIDADES ASISTENCIALES :

En la estructura sanitaria normal debería existir algún plan previamente desarrollado, para armonizar la acción de las diferentes instituciones que actúen en caso de desastre (por ej., autoridades civiles y militares, Cruz Roja, Defensa Civil, establecimientos de salud y educación, etc.). Este plan, en la medida que explicita e integra los objetivos y metas de cada participante, orientará un acercamiento y posibilitará buenas relaciones ; se logrará así que cada una no sólo muestre su propia capacidad sino también permita cumplir su cometido específico a las demás. No obstante, siempre quedará la posibilidad de que existan conflictos derivados de intereses divergentes, imágenes falsas o malas interpretaciones entre algunas de estas instituciones, cuya superación requerirá hacer compromisos , proporcionar información clara, buscar objetivos comunes, etc..

El profesional que está con la responsabilidad de realizar una programación de salud mental orientado hacia una situación de catástrofe deberá contar , previamente a su conexión con otros grupos, con el respaldo oficial de su propia institución de origen. Tal profesional deberá tener claro que :

- tendrá que luchar contra alguna percepción y expectativas alteradas de parte de su entidad o de las otras que participan en el programa.
- tendrá que ganarse el respeto de cada entidad ajena a la suya
- tendrá de desarrollar comunicación verbal y no verbal
- tendrá que desempeñar diferentes roles, dependiendo de la fase del desastre.

El planeamiento de las intervenciones mismas, por otra parte, necesitará tomar en cuenta los factores de riesgo existentes, los grados de adecuación social y los recursos sanitarios a su alcance.

Llevar a cabo un programa requerirá contar con la participación de profesionales de la salud generales o especializados en el campo de la salud mental, estudiantes de estas carreras e incluso personas idóneas convergentes al lugar en calidad de auxiliadores. Este grupo deberá ser sometido a un rápido entrenamiento con el objeto de evaluar y actuar sobre las víctimas. Aunque las posibilidades de acción son variadas, en general existirán las siguientes :

- reforzar el mundo concreto del paciente
- hacer ver las propias reacciones como damnificado
- ayudar a integrar sus hechos cotidianos dentro de las condiciones de un albergue
- enseñar a las personas a identificar causas reales de sus reacciones
- dar soporte a la necesidad de ventilar temores y fantasías
- educar e informar acerca de recursos para organizar sus vidas
- ayudar a identificar los sentimientos ambivalentes
- ayudar a interactuar a niveles de cognición, para asignar prioridades, aumentar capacidad individual, aceptar consejos, etc.,etc.
- manejar las frustraciones

La asistencia en el campo de la Salud Mental se orientaría tanto hacia atención clínica psiquiátrica, como a la asesoría de grupos diversos que actúan en la zona afectada.

4.3. La materialización de estas orientaciones específicas requiere diversas actividades complementarias, realizadas bajo la responsabilidad de los sectores involucrados y formalizados mediante convenios y recursos específicos. Se proponen las siguientes medidas :

- Elaboración de un manual informativo sobre stress, para el público en general. Debería contener una cartilla que oriente sobre las reacciones psicológicas normales y anormales desde el momento del desastre y las semanas siguientes (8 - 12 semanas por lo menos) ,

que ayude a reconocer las reacciones proporcionadas y aquéllas que requieren ayuda profesional.

- Elaboración de un plan de entrenamiento específico para funcionarios de Salud.
- Elaboración de pauta de adiestramiento para realizar intervención psicológica en crisis.
- Elaboración de normas para albergues
- Elaboración de normas para profesores
- En relación a catástrofes en curso, asesoría de salud mental en el terreno por especialistas o mediante permanencia de médicos en capacitación psiquiátrica bajo supervisión regular.
- Centralización de información relacionada con todas estas materias.

4.4. Además de las medidas educativas y asistenciales, es importante realizar algunas investigaciones de tipo clínico, epidemiológico y sociocultural, que permitan seguir el curso de ciertos fenómenos del campo de la Salud Mental. Entre algunas posibles se proponen las siguientes :

- Estructura de la atención ambulatoria de establecimientos generales y psiquiátricos. Se debería investigar los diagnósticos pre y post terremoto en algunos consultorios generales y de especialidad seleccionados, desde unos dos años previo hasta unos cuatro años posteriores.
- Estructura de los egresos hospitalarios de establecimientos generales y psiquiátricos. Similar al anterior.
- Variables biodemográficas pre y post terremoto. Sería interesante observar posibles cambios en fecundidad, mortalidad, distribución geográfica de la población, viviendas, escolaridad, migración, etc. Estos datos podrían aportar un interesante grupo de variables independientes en relación con los rubros anteriores.
- Funcionamiento, durante el desastre, de las estrategias e instituciones establecidas anticipadamente para hacerles frente.

5. ALGUNAS SITUACIONES ESPECIALES

Además de las consideraciones globales precedentes, vale la pena referirse brevemente a algunas otras situaciones particulares.

5.1. Significados diferenciales de un desastre (7, 13, 14, 19, 20).:

Cuando un cataclismo afecta a una región extensa, en la cual viven diferentes grupos humanos, de acuerdo con cada contexto sociocultural de referencia existirá interpretaciones distintas de su significado y, por lo mismo, conductas diversas para tratar de manejarlo. En los grupos urbanos modernos habrá por lo general coincidencia respecto a otorgar interpretaciones naturales a los sucesos y las preocupaciones fundamentales se orientarán hacia el auxilio de personas y bienes afectados; en grupos tradicionales o populares urbanos y rurales, además de lo anterior, existirá una mezcla de significados fatalistas y religiosos tales como el destino, voluntad, castigo divino y otros por el estilo, relacionados a su vez con conductas de auxilio similares aunque también con actividades culturales específicas; en grupos indígenas, análogamente, existirán significados asociados con poderes cósmicos y otros, generando ritos propiciatorios que aplaquen a las deidades causantes (resulta relevante recordar el sacrificio de un niño, realizado por un grupo mapuche de Puerto Saavedra, con ocasión del terremoto y maremoto de mayo de 1960).

Por otra parte, puede ser el caso que un desastre incluya más de un elemento y que no afecte por igual a todas las personas y bienes de una extensa región. Así, ante la necesidad de un auxilio diferenciado, será esperable que entre algunos damnificados haya manejo tendencioso de información e incluso simulaciones, con el objeto de obtener más ayuda.

Una tercera posibilidad surge de aquellos cataclismos que involucran a grupos socioculturales distintos (por ej., grupos campesinos e indígenas rurales y otros grupos urbanos próximos). En el momento de recibir auxilio y luego al iniciarse la reconstrucción, quienes tengan mayor poder político intentarán encauzar los recursos hacia sus propios intereses y metas.

La cuarta posibilidad se asocia con el sexo de las víctimas y damnificados. Por lo general los hombres tienden a presentar más reacciones depresivas y psicósomáticas, en tanto que en las mujeres será más esperable la somatizaciones ansiosas y las reacciones histéricas conversivas y disociativas.

Una última imagen se refiere a la diferente actitud y conducta que tendrán las personas que con anterioridad han sufrido desastres y experimentado sus consecuencias, respecto de quienes por primera vez son sus víctimas.

Percibir diferenciales del tipo de los expuestos resultará difícil para el observador común, requiriéndose el concurso de antropólogos y psicólogos sociales.

5.2. Situación del personal de ayuda (17, 28) :

El personal que participa en las labores de asistencia puede verse afectado de diversas maneras durante un desastre. Cuando es de origen local, él mismo y su familia pueden estar damnificados y sometidos a las reacciones psicológicas ya esbozadas; por otra parte, según se manifestó, por abnegados que se comporten, a los pocos días van a ser blanco de demandas exageradas, responsabilidades excesivas y reclamos; si tal personal tiene que encargarse de remoción de escombros y sepultación de cadáveres, además, tales actividades pueden ser especialmente impactantes para algunos de ellos.

Resulta recomendable la participación sólo de personas previamente entrenadas, en lo posible, pues ellas resistirán mejor los diversos tipos de presiones a las que inevitablemente estarán sometidas. Corresponderá a los profesionales de la salud mental prestar asistencia apropiada también a estos casos.

5.3. Desastres provocados por la mano del hombre (5, 6) :

Aunque no es el objetivo preciso de esta reunión, su importancia creciente requiere dedicarle algunos comentarios. No nos referiremos a guerras ni otros conflictos bélicos definidos, sino a aquéllos próximos a la vida cotidiana de la población civil.

En un primer ordenamiento, ellos pueden ser accidentales, acarreados por situaciones imprevistas u omisiones de personas claves (tales como fugas

de radiación, incendios y contaminaciones ambientales) o pueden ser deliberados, es decir, con la intención de causar efectos negativos, daños y miedo, en personas o grupos (actos terroristas y otras violencias intencionadas de gran alcance). Los primeros, accidentales, por lo general producirán dinámicas del tipo de las ya descritas en la población afectada, por lo que no se profundizará en ellos; los segundos, deliberados, plantean efectos negativos en las víctimas parecidos a los que ya conocemos, pero también sugieren otros en relación con sus victimarios.

En un segundo ordenamiento, pues la violencia provocada, especialmente cuando se va haciendo habitual en la vida actual de muchas urbes, aunque sólo cause daño directo en pocas personas, por el estado de temor de gran parte de la población susceptible de verse involucrada bien puede considerarse otro tipo de desastre; por otra parte, la existencia de personas que por motivaciones diversas ordenan y/o ejecutan intencionalmente estos actos (lo cual indica rasgos mentales particulares que les permiten distanciarse de una elemental solidaridad afectiva con otros seres humanos), paralelamente plantea características psicopatológicas sobre las que también se puede intentar actuar preventivamente y curativamente.

Por ello, a título preliminar y ante la carencia de estudios clínicos, epidemiológicos y psicosociales al respecto, es importante estimular investigaciones sobre posibles medidas de acción, en relación tanto con víctimas de actos violentos deliberados como con sus victimarios.

5.4. Desarrollo de una actitud mental activa en la población.

La común situación de que casi siempre un cataclismo es inevitable hace correlativamente surgir una suerte de pasividad y resignación en la población susceptible, confiando más en la "buena suerte" que los protegerá, que en procurarse algunas medidas mínimas de prevención y socorro.

En la medida que cada vez más la población tiende a unirse e interactuar en grandes conglomerados y que el desarrollo tecnológico diseña fuentes energéticas de potencia superior, correlativamente las posibilidades de ser víctimas de desastres se van incrementando. Así, es importante desarrollar en la población general no sólo algún entrenamiento para evacuar fácilmente edificios, estadios u otros lugares, sino también crear en todos una actitud preven

tiva y protectora, con algún afinamiento relativo a la edad y sexo de las personas. En efecto, como ejemplos, parece importante que en todos los edificios de habitación u oficinas exista señalización para vías de escape expeditas, que luego de un sismo la población no inunde las calles con vehículos para desplazarse velozmente a inquirir por la situación de familiares y amigos, que en cada casa habitación exista un equipo mínimo de emergencia complementario a la extendida costumbre de poseer un botiquín de primeros auxilios, o que al surgir algún amago de incendio dentro de un local cerrado haya orden en la evacuación del mismo.

Probablemente el sector Educación está en una posición muy favorable para incluir este tipo de acciones en los currículos normales de la enseñanza formal, además de otras estrategias que puedan diseñarse.

5.5. El rol de las instancias académicas (6, 7, 8, 18, 23, 26, 27).

Resultaría imposible que cada país **diferencie** la infraestructura apropiada como para desarrollar todas las medidas necesarias, además que muchas de ellas ya son realidad en otras partes. La creación de instancias específicas de coordinación que permitan un efectivo intercambio de información y experiencia resultan de primera importancia. El interés que OPS está mostrando al respecto, manifestado en el desarrollo de esta reunión, son alentadores.

Por otra parte, las distintas situaciones que un desastre genere no son enteramente comunes, por razones de diversa índole. Cada país e incluso varias regiones de un mismo país necesitan estimular la realización de estudios propios, que permitan no sólo profundizar y adecuar el conocimiento foráneo, sino también a su vez aportar la propia experiencia a otras partes. Iniciativas tales como la mostrada por la Universidad de Chile, sea la Clínica Psiquiátrica Universitaria con ocasión de los sismos de 1960 o las Jornadas anuales de la Escuela de Salud Pública luego del terremoto de 1985, son alentadoras aunque todavía sean conocidas sólo en ámbitos académicos restringidos.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahearn, F.L. (s/d). Socio-psychological Consequences of an Earthquake. A mimeógrafo.
2. Ahearn, F. (1984). "Ingresos en Servicios de Psiquiatría después de un desastre natural". Bol. Of. Sanit. Panam., 97 (4):325-335.
3. Ahearn, F. y Rizo Castellón, S. (1978). "Problemas de salud mental después de una situación de desastre". Bol. Of. Sanit. Panam., 85 (1):1-15.
4. Boyd, E.T. (1981). "Psychological reactions of disaster victims". S. Afr. Med. J., 60:744-748.
5. Bromet, E.; Schulberg, H.C. and Dunn, L. (1982). "Reactions of Psychiatric Patients to the Three Mile Island Nuclear Accident". Arch. Gen. Psychiatry, 39:725-730.
6. Caris, L.; Medina, E.; Rizo, S. y Jacob, M. (1986). "Salud Mental en situaciones de desastres naturales". VI Jornadas Chilenas de Salud Pública: 384-385. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
7. Caris, L.; Quiroz, E. y cols. (1986). "Salud Mental en albergados del terremoto de Marzo, 1985". VI Jornadas Chilenas... (op. cit.):386-387.
8. Clínica Psiquiátrica Universitaria - Universidad de Chile (1960). Estudio sobre salud mental en los terremotos y maremotos que afectaron la región sur de Chile los días 21 y 22 de Mayo de 1960 (varios trabajos y autores). Sección Educación para la Salud - Servicio Nacional de Salud. Santiago de Chile.
9. Cohen, R.E. (1985). "Reacciones individuales ante desastres naturales". Bol. Of. Sanit. Panam., 98 (2):171-180.
10. Cohen, R.E. and Ahearn, F.L. (1980). Handbook for Mental Health Care of Disaster Victims. The John Hopkins University Press, Baltimore.
11. Jeri, R. (1973). "Problemas de conducta en los desastres. Descripción Clínica, Manejo y Tratamiento". Rev. Sanidad Fuerzas Policiales del Perú, 34,2:131-150.
12. Kafrisen, S.R.; Heffron, E.P. and Zusman, J. (1975). "Mental Health Problems in Environmental Desasters". En Resnik, H.L.P. and Ruben, H.L., editors: Emergency Psychiatric Care. The management of mental health crisis. The Charles Press Publishers, Inc., Maryland.

13. Lares, A. (1977). La conducta humana en los desastres. Fondo Editorial Común, Venezuela.
14. Lindberg, I.; Pineda, E. y Núñez, L. (1961). Algunos aspectos de la vida material y espiritual de los araucanos del lago Budi. Santiago de Chile.
15. Logue, J.; Hansen, H. and Struening, E. (1979). "Emotional and Physical Distress Following Hurricane Agnes in Wyoming Valley of Pennsylvania". Public Health Reports, Nov-Dec, 94, 6:495-502.
16. Mazzáfero, V.E. (1987). "Nuevos alcances y el origen de nuevos problemas". En Mazzáfero, V.E. y cols.: Medicina en Salud Pública. Edit. El Ateneo, Buenos Aires.
17. Ministerio de Salud de Chile (1985). Situación de la Salud Mental de la población afectada por los sismos de Marzo de 1985. Documento de trabajo mecanografiado.
18. Oficina Sanitaria Panamericana (1986). "Actualidades: Asesoría en Salud Mental a raíz del desastre de Armero en Colombia". Bol. Of. Sanit. Panam., 101 (6):678-683.
19. Oliver-Smith, A. (1977). "Disaster, Rehabilitation and Social Change in Yungay, Perú". Human Organization, 36, 1:5-13.
20. Oliver-Smith, A. (1979). "Post Disaster Consensus and Conflict in a Traditional Society: the 1970 Avalanche of Yungay, Perú". Mass Emergencies, 4:39-52.
21. Rangell, L. (1976). "Discussion of the Buffalo Creek Disaster: The Course of Psychic Trauma". Am. J. Psychiatry, 133, 3:313-316.
22. República de Nicaragua - Ministerio de Salud Pública (1974). Encuesta sobre algunos efectos demográficos y de salud del Terremoto de Managua. Diciembre 23, 1972. Imprenta Nacional, Managua.
23. República del Ecuador - Ministerio de Salud Pública - División Nacional de Salud Mental (s/d). Manual para el trabajador de atención primaria en salud mental para víctimas de desastres. A mimeógrafo.
24. Rodríguez, S. (1960). "Problemas de salud mental en el desastre ocurrido en el sur de Chile, con motivo de las catástrofes sísmicas de Mayo de 1960". En Clínica Psiquiátrica Universitaria - Universidad de Chile: Estudios sobre Salud Mental... (op. cit.):43-46.
25. Rodríguez, S.; Sánchez, V. y Onetto, B. (1960). "Salud Mental en situaciones de desastre. Un primer estudio bibliográfico y crítico". En Clínica Psiquiátrica Universitaria - Universidad de Chile: Estudios sobre salud mental... (op.cit.):7-22.

26. San Fernando Valley Child Guidance Clinic (s/d). Como luchar contra las reacciones de los niños a los terremotos y a otros desastres. A mimeógrafo.
27. Sociedad Chilena de Salubridad (1960). "Salud Mental". En Jornadas Anuales de Salubridad: 17-35. (varios trabajos y autores). Santiago de Chile.
28. Stallings, R.A. (1975). "Differential Response of Hospital Personnel to a Disaster". Mass Emergencies, 1:47-54.
29. Stern, G.M. (1976). "From Chaos to Responsibility". Am. J. Psychiatry, 133, 3:300-305.
30. Titchener, J.L. and Kapp, F.T. (1976). "Family and Character Change at Buffalo Creek". Am. J. Psychiatry, 133, 3:295-299.
31. Zusman, J. (1982). "Prevención Secundaria. Servicios de Intervención en situaciones de crisis". En Freedman, A.M.; Kaplan, H.I. y Sadock, B.J., editores: Tratado de Psiquiatría, II: 2578-2587. Salvat Editores, S.A. Barcelona.