

LAS CONSECUENCIAS DEL DESASTRE EN LA SALUD MENTAL*

Ramón de la Fuente**

Summary

The earthquake of September 19, 1985, in Mexico City, produced a series of tragic social situations. It was one of the most painful collective traumas of our history.

This article is a revision of the psychosocial studies on natural disasters, accidents and war actions.

Shortly after the earthquake ended, the Health Department established a mental health program consisting of four sub-programs: coordination, information, prevention and attention, and training of personnel.

The various institutions of the Health Sector coordinated their efforts with various corporations of specialists in mental health.

Through the mass media, the public was informed on how to deal with the psychological consequences of the disaster, as well as on the way to reach the available help.

The mental health workers dedicated their efforts to prevent the psychological crisis of the victims living in camps, lodgings and provisional dwellings. They also identified people with psychological dysfunctions. The psychiatric institutions of the metropolitan area opened their doors for consultation, and mobil brigades of psychological aid were established.

Workshops and intensive courses were given in order to train lodging directors, nurses, school teachers, doctors and other organized groups, in order to improve the assistance given to the victims.

The author gives the results of some of the studies carried out by investigators of the Mexican Institute of Psychiatry and of the General Management of Epidemiology of the Health Department, regarding the incidence of cases in a high risk population.

A questionnaire was applied in order to evaluate five dysfunctions defined by the DSM-III. Posttraumatic stress disorders, crises of anguish, generalized anxiety, fobias and depression. 28% of the sample suffered from posttraumatic stress syndrome; 54% panic; 34% oniric activity with vivid images similar to those experienced during the earthquake. Reactions of guilt and anger were also observed, as well as other psychopathologic disorders, such as: generalized anxiety 18%; depression 14%; fobic and dissociative states 2%. Only 0.3% had to be hospitalized due to mental disorders.

In a sample studied by personnel of the Faculty of Medicine, it was found that 72% of the victims had not shown any psychopathologic symptoms; 18% had shown some signs of descompensation and 9.5% had shown severe descompensation.

As weeks went by, other psychological disorders appeared, consisting fundamentally in delusion, apathy and uncertainty. In some cases profound changes in the vital perspectives were observed.

*Contribución al Simposio "Los sismos de septiembre de 1985 en la Ciudad de México. Aspectos médicos". El Colegio Nacional. Febrero 1986, México, D.F.

**Miembro de El Colegio Nacional y Director General del Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D.F.

Sex was a factor for vulnerability: 12% of the women showed posttraumatic stress syndrome, while only 3% of the men. Other causes for vulnerability were: the situation of helplessness, a low educational level and previous psychiatric disorders.

Human, familiar and social assistance was able to attenuate the psychopathological reactions. Many people who helped save lives also needed psychological assistance.

The resulting psychological situation allowed us to precise some psychological mechanisms: the need to follow the indications of the leader, the generation of altruistic and fraternal feelings, and the tendency to reject external interference.

Very few people who suffered psychopathological disorders attended spontaneously the mental health services.

The disaster had a personal significance for each of the survivors. For many of them it will be difficult to recover faith and hope or to rebuild support.

Resumen

El sismo del 19 de septiembre de 1985 generó en la ciudad de México una serie de trágicas situaciones sociales.

Fue uno de los traumas colectivos más dolorosos de nuestra historia.

En este artículo se pasa revista a los estudios psicosociales que se han realizado sobre desastres naturales, accidentes y acciones de guerra.

Desde las primeras horas posteriores al sismo, la Secretaría de Salud estableció un programa de salud mental con cuatro subprogramas: coordinación, información, prevención y atención, y capacitación de personal.

Las diversas instituciones del sector salud coordinaron sus esfuerzos con diversas corporaciones de especialistas de la salud mental.

A través de los medios de comunicación se informó al público sobre la forma de contender con las consecuencias psicológicas del desastre, así como sobre la manera de acceder a los cursos de auxilio disponibles.

El personal de salud mental se abocó a la prevención de las crisis psicológicas de los damnificados acogidos en albergues, campamentos y refugios provisionales. Se intentó, asimismo, identificar a las personas con trastornos psicológicos. Las instituciones psiquiátricas del área metropolitana abrieron sus puertas para consultoría y se establecieron brigadas móviles de auxilio psicológico.

Se establecieron cursos intensivos y talleres para capacitar a los responsables de los albergues, a enfermeras, maestros de escuela, médicos en servicio y a otros grupos organizados, con el fin de mejorar la ayuda a los damnificados.

El autor consigna algunos datos de los estudios realizados por investigadores del Instituto Mexicano de Psiquiatría y de la Dirección General de Epidemiología de la SSA, sobre la incidencia de casos en una población de alto riesgo.

Se aplicó un cuestionario para evaluar cinco entidades definidas por el DSM-III: trastornos posttraumáticos del estrés, crisis de angustia, estados de ansiedad generalizada, fobias y depresión.

El 28% de la muestra presentó el síndrome posttraumático

del estrés. El 54% mostró oleadas de miedo, el 34% mostró actividad onírica con vívidas imágenes semejantes a las experimentadas. Se observaron también reacciones de culpa y cólera. Asimismo, se pudieron detectar otros trastornos psicopatológicos: ansiedad generalizada, 18% ; estados depresivos, 14% ; estados fóbicos y disociativos, 2% . Solamente 0.3% requirió de hospitalización a causa de los trastornos.

En otra muestra estudiada por el personal de la Facultad de Medicina, se encontró que el 72.3% no había mostrado síntomas psicopatológicos; el 18% había mostrado algunas manifestaciones de descompensación, y en el 9.5% se habían observado descompensaciones severas.

A medida que trascurrían las semanas se presentaron otras manifestaciones psicológicas, que consistían fundamentalmente en estados de desilusión, apatía e incertidumbre ante el futuro. En algunos casos se observaron posteriormente cambios profundos de la perspectiva vital.

El sexo demostró ser un factor de vulnerabilidad: el síndrome postraumático de estrés se presentó en el 12% de las mujeres y solamente en el 3% de los varones. Otras condiciones de vulnerabilidad fueron: la situación real de desamparo, la baja escolaridad y el haber presentado previamente trastornos psiquiátricos.

El apoyo humano, familiar y social logró atenuar las repercusiones psicopatológicas. Muchas de las personas que participaron en las labores de salvamento requirieron también ayuda psicológica.

La situación psicosocial generada por los sismos permitió precisar algunos mecanismos psicológicos que se pusieron en juego: la necesidad de seguir las indicaciones de un líder, la generación de sentimientos altruistas y de fraternidad y la tendencia a eludir interferencias externas.

De las personas que sufrieron trastornos psicopatológicos, muy pocas acudieron espontáneamente a los servicios asistenciales de salud mental.

El desastre tuvo un significado personal para cada uno de los sobrevivientes. Para muchos, el proceso de recuperar la fe y la esperanza, y reconstruir la vida, es un largo camino difícil de recorrer cuando se está solo y no se cuenta con ningún apoyo.

Introducción

En el sismo del pasado 19 de septiembre de 1985, en la ciudad de México, varios miles de personas perdieron la vida y muchas más sufrieron por la muerte de familiares y amigos o quedaron sin vivienda. Todo pasó en forma tan súbita que seguramente muchos murieron sin tener una conciencia clara de lo que estaba ocurriendo. El drama colectivo es, sin duda, uno de los más dolorosos en nuestra historia. Una faceta de este desastre son sus efectos sobre la salud mental de las víctimas y del resto de la población.

El término "desastre" se refiere a un acontecimiento que causa pérdida de vidas y bienes materiales en gran escala. Un gran desastre altera al grupo humano que lo sufre, en su funcionamiento y en su estructura y pone en marcha mecanismos psicológicos y colectivos de sobrevivencia que no son los utilizados en la vida habitual.

Siempre han ocurrido desastres pero el estudio psicosocial que abrió el camino a la investigación de las consecuencias de esta clase de acontecimientos en la salud mental, fue el llevado a cabo por Prince con las víctimas de la explosión de un barco cargado de municiones en Halifax, Nueva Escocia, en 1923 (9). Le siguieron otros estudios: los efectos sociales y psicológicos de la inundación de Louisville, Kentucky (6), las observaciones psiquiátricas de Mira y López en las víctimas

de los bombardeos de la guerra civil española (7), y en forma muy señalada, los estudios de Adler (1) de las víctimas del incendio que destruyó el cabaret "Cocoanut Grove", en Boston, en 1943. Un antecedente cercano a nosotros es la experiencia recogida cuando tres violentos sismos destruyeron gran parte de la ciudad de Managua una noche de diciembre de 1971 (2). En los últimos años, los informes sobre los efectos psicológicos de los desastres han sido muy numerosos.

Hay varias clases de desastres: los causados por fuerzas naturales que actúan en forma inesperada o previsible, y los causados por acciones u omisiones humanas. La distinción no es tajante. En no pocos desastres naturales intervienen errores de juicio y de planeación, negligencia, intención de ahorrar recursos y tiempo, etc. Otros desastres causados por el hombre son consecuencia de actos violentos y propositivos, por ejemplo, las acciones de guerra y de terrorismo masivo. Aunque cada desastre tiene características distintivas, los intentos para establecer las diferencias entre las consecuencias psicológicas de diversos tipos de desastres han sido poco esclarecedores y más bien se han puesto de relieve las semejanzas (10, 11).

Acciones de la Secretaría de Salud en el área de la salud mental en relación con los sismos

Superado el desconcierto de las primeras horas, la Secretaría de Salud puso en marcha programas generales de salud y asistencia social para contender con las consecuencias del desastre. El programa de salud mental, a cargo de la Dirección de Normas de Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social (A), incluyó cuatro subprogramas: coordinación, información, prevención y atención, y capacitación de personal.

Coordinación

A partir del martes 24 de septiembre, la Secretaría de Salud estableció enlaces con los funcionarios responsables de la salud mental de las diversas instituciones que conforman el Sector (IMSS, ISSSTE, DIF), y con los representantes de diversas corporaciones profesionales en el campo de la salud mental (Asociación Psiquiátrica Mexicana, Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, Asociación Psicoanalítica Mexicana, Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UNAM, Facultad de Psicología de la misma, etc.), para coordinar los esfuerzos de estos grupos.

Los lineamientos generales y los objetivos de los programas desarrollados por las instituciones del Sector, fueron esencialmente los mismos, si bien reflejaron las diferencias en recursos de cada una de ellas. Aparte de las instituciones mencionadas, otros grupos e individuos respondieron en forma espontánea y ofrecieron en forma gratuita ayuda y servicios sociales y asistenciales.

Información al público

En coordinación con la Dirección de Comunicación Social y la Dirección de Educación para la Salud de la

propia Secretaría, se prepararon notas informativas acerca de las consecuencias psicológicas del desastre y de las formas para contender con ellas, que fueron difundidas a través de los medios de comunicación. También se dio a conocer el inventario de los recursos de auxilio disponibles y las indicaciones para tener acceso a ellos.

Prevención y atención a la población en riesgo

En el nivel primario, las acciones del personal de salud mental se orientaron en la medida en que esto fue posible a la prevención de las crisis psicológicas de las personas acogidas en albergues, campamentos y otros refugios provisionales, llevando a cabo acciones orientadas a yugular los estados emocionales por los que inevitablemente atravesaban los damnificados.

La tarea principal de prevención secundaria fue la identificación de personas con trastornos psicológicos y psiquiátricos. Los hospitales psiquiátricos, los servicios de psiquiatría y los servicios de salud mental en los centros de salud de la Secretaría de Salud, en el área metropolitana, pusieron en acción un sistema sectorizado de consultoría y brigadas móviles que trabajó para identificar a estos pacientes y enviarlos a los centros de atención especializada.

Capacitación del personal de auxilio

Un número importante de los responsables de los albergues, de enfermeras, maestros de escuela, médicos en servicio y otros grupos organizados, recibieron una capacitación breve, orientada a mejorar la manera de ayudar a los damnificados. Se diseñaron para ellos cursos intensivos y talleres que empezaron a funcionar a partir del 30 de septiembre, en los que, en conjunto, se capacitó a un total de 1929 personas.

Consecuencias psicológicas y psicopatológicas

En situaciones de desastre pueden no existir las condiciones necesarias para llevar a cabo investigaciones con grupos de control bien definidos. Las cifras que consigno provienen de una investigación, aún inconclusa, que llevaron a cabo investigadores del IMP en colaboración con la Dirección General de Epidemiología de la SSA para conocer la incidencia de casos que requirieran atención psicológica o psiquiátrica en una población de alto riesgo, ubicada en albergues (B). También he tomado en cuenta para mi informe la investigación sobre las consecuencias psicológicas del sismo, aún inconclusa, llevada a cabo por personal del Departamento de Psicología Médica y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UNAM (C) y mi seguimiento de un número reducido de casos.

El proyecto mencionado en primer término, consistió en la evaluación de las reacciones emocionales asociadas con el sismo, en una muestra de 641 personas de 18 a 64 años, de las que el 62% era de mujeres y el 26% de varones, con una edad promedio de 35 años y escolaridad promedio de 6 años, alojada en 75 albergues en el área metropolitana, coordinados por el Departamen-

to del Distrito Federal. El cuestionario utilizado, cuya confiabilidad fue debidamente probada, evaluó cinco entidades definidas (DSM-III) (3): trastornos postraumáticos del estrés, crisis de angustia, estados de ansiedad generalizada, fobias y depresión.

El 96% de esta población, entrevistada en un lapso de 10 semanas, había sufrido pérdidas materiales; el 53% , pérdida parcial de su vivienda y el 39% , pérdida total. El 28% había sufrido la pérdida de familiares o amigos y 49 personas (8%) habían quedado atrapadas sin sufrir daño físico de consideración.

En las respuestas de las víctimas del sismo se pusieron de relieve las tres fases que se han descrito en otros desastres de ocurrencia súbita. La primera fase es la de choque o impacto. Varias estimaciones (11) apuntan en el sentido de que durante ella, aproximadamente 75% de los sobrevivientes de un desastre reaccionan normalmente: sufren desconcierto, miedo y actúan en forma más o menos automática. Entre el 12% y el 25% reaccionan con gran serenidad y algunas asumen liderazgos de inmediato e inician actividades de rescate. Los restantes, del 10 al 25% , muestran respuestas descompensadas: pánico, llanto y gritos histéricos, o confusión, angustia desbordada y, algunas veces, disociación o confusión mental. Inmediatamente después del impacto, muchas personas se muestran hiperecitas, mientras que otras muestran embotamiento de la percepción, inatención selectiva y perplejidad.

En la primera muestra a la que hacemos referencia, en la etapa postraumática subsecuente el 28% mostró el síndrome que ha sido designado como "trastorno postraumático del estrés": ansiedad generalizada, agitación, temblor, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño (insomnio y pesadillas) y trastornos psicofisiológicos asociados. El 54% de las víctimas experimentó en forma recurrente oleadas de miedo, generalmente asociadas con imágenes del acontecimiento traumático. Esto era más frecuente cuando la persona se relajaba o trataba de dormir. El 34% de los entrevistados relató haber tenido pesadillas, cuyo contenido fue construido con las escenas recién vividas. Las reacciones de culpa y de cólera también fueron frecuentes. La fase postraumática se desvanece gradualmente pero puede durar semanas o meses. A muchas personas les ocurre por algún tiempo que estímulos leves, mal interpretados, les sobresaltan y les causan la sensación de que se inicia otro sismo. Las reacciones mencionadas sólo se consideraron como trastornos psicopatológicos cuando lo justificó su intensidad y su duración. Es importante señalar que muchas de las personas que presentaron un síndrome postraumático de estrés no eran aquellas que antes hubieran necesitado ayuda psicológica. Además de los mencionados, otros trastornos psicopatológicos frecuentemente identificados fueron: ansiedad generalizada, 18% ; estados depresivos, 14% y estados fóbicos y disociativos, 2% . Sólo 9.8% del total requirió un manejo especializado y sólo 0.3% requirió hospitalización a causa de los trastornos psicopatológicos.

En otra muestra formada por 208 mujeres alojadas en albergues, que fue investigada por el personal de la Facultad de Medicina (C), se consignan los siguientes

datos: 152 (72.3%) no mostraron síntomas psicopatológicos; 38 (18%) tuvieron algunas manifestaciones de descompensación y 20 (9.5%) sufrieron descompensaciones severas. Los síntomas emocionales: angustia y depresión, fueron los predominantes.

Conforme trascurrieron los días y las semanas, en tanto que la mayoría de los damnificados mostraba una notable capacidad de adaptación, otros exteriorizaron estados de desilusión, apatía e incertidumbre ante el futuro, y una tendencia a culpar a las autoridades, a las que se atribuyó, con razón o sin ella, falta de previsión y negligencia. Una corriente de desconfianza y de temor de quedar desamparados recorrió a los grupos de damnificados, y el ambiente psicológico fue propicio para que se generaran y circularan los mas variados rumores. En los albergues y campamentos que se improvisaron para acoger a las víctimas hubo exceso de consumo de alcohol y otras drogas, además de robos y actos de violencia.

Posteriormente se observaron en algunos casos, cambios profundos de la perspectiva vital, pensamientos e imágenes obsesivas tenaces relacionadas con la experiencia vivida, duelo prolongado y dificultades para vivir. En general, se encontró que había relación entre la severidad de la experiencia (haber permanecido atrapado o en riesgo grave de morir, pérdida de seres queridos, de habitación o de pertenencias difíciles de reemplazar, etc.) y la severidad y la persistencia de las manifestaciones psicopatológicas. Puede anticiparse que una gran proporción de las víctimas que resultaron afectadas más severamente, sufrirán secuelas a largo plazo.

Ciertas condiciones personales resultaron ser factores de vulnerabilidad; el sexo fue una de ellas, pues un 12% de las mujeres, y solamente el 3% de los varones, sufrieron el síndrome postraumático de estrés. Otros indicadores de vulnerabilidad fueron la situación real de desamparo, la baja escolaridad y el haber experimentado anteriormente trastornos psiquiátricos. Como era de esperarse, las repercusiones psicológicas y psicopatológicas se atenuaron en aquellas víctimas que reconocieron estar recibiendo un efectivo apoyo humano, familiar y social, y haberlo recibido en los momentos decisivos. Las personas que participaron en la recuperación e identificación de las víctimas atrapadas y de despojos humanos sufrieron, como en otros casos (5), trastornos psicopatológicos que requirieron ayuda en una proporción fuera de lo usual (C).

En general, las reacciones psicopatológicas que experimentaron las víctimas de los sismos de México (B) no difieren de las que se han identificado en las víctimas de otras catástrofes (4).

Mecanismos psicológicos

En el acontecimiento que nos ocupa se puso en juego una gran variedad de mecanismos psicológicos: la necesidad de seguir las indicaciones de un líder, de cualquier líder, y la disposición para suplir su ausencia fue uno de ellos. Otro mecanismo prominente fue la generación de un sentimiento altruista de fraternidad, precisamente la otra cara de las acciones egoistas y de

la repetición estereotipada de acciones inútiles. Acudir en auxilio de las víctimas fue una forma de reacción que se manifestó en grandes contingentes de la población no dañada y que causó gran impresión a los observadores. Se trata de una respuesta humana primordial que es característica de las situaciones semejantes.

Un mecanismo más, identificado entre los grupos de damnificados alojados en albergues y campamentos, fue la tendencia a eludir las interferencias externas. Los damnificados establecieron ligas emocionales poderosas entre ellos mismos, pero se resistieron a permitir que los extraños penetraran en su mundo de sufrimiento compartido. Este fenómeno fue evidente entre las víctimas del sismo. Se mostraron desconfiados, erigieron una barrera protectora y sólo franquearon el paso a quienes sintieron que les podían ser útiles en el proceso de restitución. Sin embargo, no ejercieron esta resistencia con las personas que intervinieron tempranamente en el rescate, ni con las que prestaron ayuda para localizar o identificar los cuerpos. En el barrio de Tepito, por ejemplo, esta reacción fue muy evidente y también fue notable la capacidad de la comunidad para movilizar sus propios recursos y hacer frente a la situación.

A nadie extraña que una persona experimente miedo, tristeza o cólera impotente después de una catástrofe. Lo que es menos razonable es que experimente culpabilidad. Entre los damnificados, la cólera, inicialmente difusa y no dirigida contra nadie en particular, pronto tomó como blanco a entidades, personas o instituciones: la divinidad, el gobierno, las compañías constructoras, etc. Es interesante mencionar que si bien la mayoría de los sobrevivientes proyectaron su hostilidad hacia el exterior, otros la volcaron contra sí mismos. En efecto, sobrevivir cuando otros murieron, suscitó en algunos un sentimiento irracional de culpabilidad. Estos sentimientos de culpabilidad estuvieron presentes en algún grado en el 39% de la población estudiada (B). En algunas personas ha persistido la idea de que ellas viven a costa de la muerte de otras, hasta 4 meses después del desastre.

Conforme transcurre el tiempo, los damnificados van cobrando conciencia más viva de lo que han perdido y muchos se ven dominados por un sentimiento de futilidad, indolencia y apatía. Los más débiles encuentran difícil reincorporarse a la vida normal y tienden a constituirse en un núcleo minoritario y marginado.

Los cambios psicológicos que experimentaron muchas personas, y la colectividad en su conjunto, a causa del sismo, pueden visualizarse como el duelo por la muerte de un ser querido, un proceso que, cuando la pérdida es súbita, se inicia con una reacción de perplejidad e incredulidad; prosigue con la búsqueda ansiosa del "objeto" perdido, particularmente en la imaginación y en los sueños; después se presenta un estado de desilusión y abatimiento, y termina, eventualmente, con la aceptación de las nuevas circunstancias y el restablecimiento de un nuevo equilibrio.

Mencionaré otras observaciones: más allá de la ayuda médica y psicológica, los damnificados requirieron auxilio social para buscar a sus familiares y amigos perdidos y encontrar alojamiento adecuado. Es claro que la

ayuda psicológica y psiquiátrica, aunque indispensable, fue sólo una pieza en el mosaico de la ayuda integral que se proporcionó a las víctimas.

De las personas que sufrieron estados psicopatológicos relacionados con el desastre, muy pocas acudieron espontáneamente a los servicios asistenciales de salud mental. Fue necesario buscarlas y auxiliarlas ahí donde se les podía encontrar. Otra observación relacionada con la anterior es que no obstante las notorias repercusiones emocionales en la colectividad, en los servicios regulares no aumentó sensiblemente la demanda de ayuda psiquiátrica, y no hay indicios de que posteriormente haya aumentado la consulta.

Ante un desastre cada persona reacciona en términos de su personalidad, sus creencias, sus conflictos y las huellas que en ella han dejado otras crisis de la vida. Su reacción depende también de la severidad del daño y de la eficacia de los recursos psicológicos que cada quien pueda poner en juego para contender con la adversidad, así como de los apoyos personales, familiares y sociales que se movilicen para prestarle ayuda.

Para cada sobreviviente, el desastre tiene un significado personal; se extiende hacia atrás en el pasado, se articula con la propia historia y se proyecta al futuro. Es evidente que para muchos, el proceso de recuperar la fe y la esperanza, y reconstruir la vida, es un largo camino difícil de recorrer cuando se está solo y no se cuenta con ningún apoyo.

En general, se tiende a subestimar el tiempo que toma completar el ciclo de respuestas psicológicas a un acontecimiento traumático severo. Los estudios que se han llevado a cabo en diferentes culturas, muestran que cuando se trata de la muerte de seres queridos, las reacciones de duelo rara vez se completan en menos de uno o dos años (8).

La identificación y el manejo inicial de las personas que sufrieron trastornos emocionales: síndrome post-traumático, depresión, estados de angustia generalizada y trastornos conductuales, fueron hechos por el per-

sonal no médico del equipo de salud mental: psicólogos, trabajadores sociales, auxiliares voluntarios adiestrados, etc. Los casos severos en los que se requería la participación del personal médico especializado, fueron proporcionalmente pocos. La medicación tranquilizante fue un recurso complementario, pero muy útil, cuando fue correctamente prescrita por los médicos.

El desastre tuvo efectos psicológicos que se extendieron a la población atemorizada, si bien no directamente dañada por el sismo. Sobre un fondo de consternación e impulsos altruistas de amparar a las víctimas, se pusieron de relieve, exacerbados, los problemas interpersonales, familiares, laborales, etc. Las situaciones latentes de conflicto social tendieron a intensificarse y a exteriorizarse. El drama conmovió las bases de nuestra seguridad, y los cambios en la organización, los valores y las motivaciones a nivel de las personas y de la colectividad, fueron extensos y profundos.

Para concluir diré que el desastre ofreció la oportunidad de estudiar la conducta y la experiencia humanas en condiciones extremas que no tienen paralelo con situaciones de la vida habitual; de examinar las formas de desorganización y la forma personal y colectiva de contender con esas situaciones que rebasan, o están a punto de rebasar, la capacidad de adaptación de los individuos.

Hay desastres naturales, como son los ciclones y las inundaciones, que pueden ser previstos. Un temblor de tierra no puede ser previsto. Nos tomó a todos por sorpresa. Es necesario aprender la lección y reforzar los exiguos programas con que cuentan nuestras instituciones y nuestras comunidades para afrontar esta clase de situaciones que son parte ineludible del destino humano. Los programas que se elaboren para suplir estas carencias deben diseñarse con una perspectiva social amplia, tomando en cuenta la experiencia acumulada, e incluyendo la salud mental con el peso específico que le corresponde.

REFERENCIAS

- A. TOVAR H: Programa de salud mental relacionado con el desastre. Informe de actividades (25 de septiembre a 15 de octubre 1985). Dirección de Normas de Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social, SSA.
- B. SEPULVEDA J, TAPIA H, MEDINA—MORA ME, DE LA FUENTE JR Y COLS: Reacciones emocionales asociadas con los sismos. Inst. Mex. de Psiqu. y Dirección General de Epidemiología, SSA.
- C. DIAZ MARTINEZ A Y COLS: Atención médico-psicológica para la población afectada por los sismos. Depto. de Psiquiatría y Salud Mental, Fac. de Med. UNAM.
1. ADLER A: Neuropsychiatric complications in victims of Boston's Cocoanut Grove disaster. *JAMA* 123:1098-1101, 1943.
2. AHEARN F, CASTELLON SR: Problemas de salud mental después de una situación de desastre. *Bol Of Sanit Panam* 85 (1), 1978.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual III. Washington, D.C. *American Psychiatric Association*.
4. ERIKSON K: *Everything in its Path: Destruction of a Community in the Buffalo Creek Flood*. Simon and Shuster, Nueva York 1976.
5. JONES DR: Secondary disaster victims: the emotional effects of recovering and identifying human remains. *Am J Psychiatry* 141 (1): 70-73, 1984.
6. KUTAK RI: Sociology of crises: the Louisville flood of 1937. *Social Forces* 16:66-72, 1938.
7. MIRA E: Psychiatric experiences in the Spanish war. *Br Med J* 1:1217-1220, 1939.
8. PARKES CM: Bereavement. *British Journal of Psychiatry* 146:11-17, 1985.
9. PRINCE SH: *Catastrophe and Social Change: Ba-*

- sed upon a Sociological Study of the Halifax Disaster*. Columbia University Press, Nueva York 1920.
10. TYHURST JS: Individual reactions to community disaster: The natural history of psychiatric phenomena. *Am J Psychiatry* 107:764-769, 1954.
11. WILKINSON CHB: Introduction: the psychological consequences of disasters. *Psychiatric Annals* 15 (3): 135-139, 1985.