



Además de la destrucción física causada por los desastres naturales, como el caso del terremoto de Nicaragua (diciembre de 1972), aquí ilustrado, estos cataclismos traen consecuencias psicosociales, tema que se aborda en el artículo de la página opuesta. (Fotos: OPS/L. T. Bonilla).



PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DESPUES DE UNA SITUACION DE DESASTRE

Federico Ahearn¹ y Simeón Rizo Castellón²

El presente artículo está basado en una investigación cuyos propósitos fueron los de explorar y analizar las consecuencias sociales y psicológicas de un desastre natural. Como resultado del estudio de las historias médicas del Hospital Psiquiátrico Nacional de Managua se ha desarrollado un perfil psicosocial de los pacientes y se han establecido varias comparaciones de los datos correspondientes a los períodos anterior y posterior a la catástrofe.

Introducción

Esta investigación se realizó en Managua, ciudad de 400,000 habitantes, aproximadamente, capital del país centroamericano más extenso, Nicaragua, cuya población total es de 2,000,000 de habitantes.

La ciudad fue destruida por tres violentos sismos ocurridos durante la noche del 23 de diciembre de 1972. El 80% de los edificios de Managua fue completamente destruido o gravemente averiado. Los incendios se prolongaron durante varios días ya que los equipos necesarios para extinguirlos quedaron atrapados entre las ruinas. Cuatro hospitales de la capital se derrumbaron, las calles se volvieron intransitables y las comunidades quedaron destruidas. Se calcula que murieron unas 10,000 personas y que otras 20,000, gravemente heridas, requirieron atención médica inmediata pero no pudieron recibirla. La mayoría de los habitantes de Managua sufrió la pérdida de parientes o amigos.

Se estima que unas 200,000 personas quedaron sin vivienda debido al terremoto. Hubo un éxodo de sobrevivientes de la capital hacia otras ciudades en busca de parientes o amigos, lo que ocasionó una excesiva afluencia de población a León, Masaya, Granada y Jinotepe. En general, los habitantes de Managua sufrieron pérdida total o parcial de sus propiedades.

Efectos psicológicos de las situaciones de desastre

Existe una extensa bibliografía sobre esta materia. Estudios científicos de la conducta asociada a situaciones de catástrofe confirman la hipótesis de que los desastres naturales originan consecuencias psicológicas profundas. El grado de destrucción, el número de muertos y la intensidad y duración del desastre guardan relación con la intensidad del impacto psicológico (Fritz, 1957).

Reacción inicial. Por lo general, estos estudios revelan que la reacción inicial frente al desastre es un estado temporal de shock. Las personas actúan con aturdimiento, confusión y desorientación y estos estados pueden persistir durante minutos u horas (Wallace,

¹ Profesor, Planificación Social, Boston College, Chesnut Hill, Massachusetts.

² Coordinador General Ejecutivo, Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública, Managua, Nicaragua.

1957; Fritz y Williams, 1957; McGonagle, 1964). Al preguntarle a las víctimas del huracán Audrey, que azotó a los estados de Texas y Luisiana (E.U.A.), junio de 1957,³ qué habían pensado durante el impacto, muchas manifestaron que estuvieron sumergidas en la situación y en la necesidad de sobrevivir y que recordaban poco lo que habían pensado durante ese período (Folgreman y Parenton, 1959). Esta reacción puede considerarse normal si se tiene en cuenta lo que se experimenta frente a situaciones extremas de destrucción y pérdida. Desde el punto de vista psicológico, los sucesos violentos parecen ejercer efectos narcotizantes que temporalmente impiden a las personas comprender la gravedad de la situación.

Las víctimas de un desastre se enfrentan con la dificultad de interpretar una situación que es para ellas nueva y a menudo horripilante. Existe una tendencia común a asociar los signos de desastre con sucesos ordinarios o familiares (Fritz y Williams, 1957; Kilpatric, 1957). La tendencia a confundir tales signos con sucesos familiares es muy frecuente cuando se desconocen los factores determinantes de la catástrofe (Fritz, 1957). La imposibilidad de interpretar adecuadamente la realidad crece cuando la población no ha sido prevenida del desastre, desconoce su causa o no la puede identificar.

Conducta individual ante la catástrofe. Los mitos juegan un papel importante en la conducta del individuo mientras persiste la crisis. Uno de ellos es el de la invulnerabilidad personal que lleva al individuo a creer que en tanto las fuerzas destructivas permanezcan activas, no habrá de sucederle daño alguno. Cuando ese mito pierde vigencia, el individuo lo reemplaza por otro que consiste en situar las fuerzas destructivas alrededor de sí mismo. Ambos mitos distorsionan la percepción de la realidad e inhiben la adap-

tación del individuo a la misma al inducirlo a conductas inapropiadas al momento.

Además de la inadecuada percepción de la realidad existen también otros factores psicológicos que afectan la conducta individual durante el desastre. Aunque existe una variedad de respuestas emocionales, el temor es la que se identifica con mayor frecuencia en las víctimas de las situaciones de desastre (Fritz 1961; McGonagle, 1964). Algunas manifestaciones de temor son el aturdimiento, las alucinaciones, la huida instintiva a fin de salvarse a sí mismo, la psicología de masa—sentimiento de seguridad en compañía—y la hipersugestionabilidad.

Otras reacciones observadas en quienes logran sobrevivir a una catástrofe son su falta de decisión al solicitar servicios y su inmensa solidaridad hacia otras víctimas y hacia el personal médico (Fritz, 1961; Wallace, 1957). Pero esa falta de decisión no debe confundirse con una actitud irresponsable, pasiva o dependiente. Quarantelli (1960) afirma que se ha falseado la imagen de las víctimas de desastres al considerárselas irresponsables o dependientes. Por otra parte, se carece de prueba científica que permita afirmar que inevitablemente la hostilidad e irritabilidad sean consecuencias de un desastre (Fritz y Williams, 1957). El resentimiento y la hostilidad son poco frecuentes a menos que preexistieran al desastre o que las víctimas no recibieran la ayuda necesaria de aquellos que estaban en condiciones de poder ofrecerla (Fritz, 1957).

Otra falsa imagen atribuida a las víctimas de un desastre es la de pánico. La creencia popular de que el desastre produce pánico ha sido refutada en estudios realizados sobre la conducta ante los desastres (Fritz, 1961; McGonagle, 1964; Quarantelli y Dynes, 1970). El pánico solo ocurre cuando una persona o grupo se siente atemorizado y en situaciones en que el escape únicamente es posible en el momento y no después (Fritz, 1957). Una respuesta más frecuente al pe-

³ Fuente: U.S. Weather Service.

ligro es la huida. Esta podría ser la única opción racional y ocurre como es natural en situaciones donde es factible (Fritz y Williams, 1957).

Adaptación a la situación de desastre. En general la conducta humana ante el desastre parece ser susceptible de adaptación. La gente actúa más bien en busca de protección para sí misma que en una forma irracional que solamente redundaría en un aumento del peligro. Es frecuente que aflore un sentimiento de solidaridad. Muchas de las operaciones iniciales de rescate son organizadas por las propias víctimas (Fritz, 1957; McGonagle, 1964; Quarantelli y Dynes, 1970). Es mucho más frecuente encontrar esta conducta en la zona del epicentro del desastre (Fritz, 1957).

A pesar de que existe una tendencia general a adaptarse a las circunstancias, se requiere más información para explicar la conducta que no se encuadra en este patrón general. Algunos datos estadísticos sobre la respuesta humana ante una situación de desastre indican que entre el 15% y el 25% de la población es capaz de manejar su ansiedad, evaluar la situación y tomar una acción rápida y eficaz; que un grupo grande permanece aterrado durante un período que puede variar; que por lo general el 60% responde adecuadamente una hora más tarde, y que un 15% de la población puede requerir un día o dos para adaptar su conducta adecuadamente. En este grupo es donde, antes de su adaptación, se presentan respuestas inadecuadas tales como confusión, ansiedad paralizante, llanto histérico y otras parecidas que pueden permanecer durante un período prolongado (Fritz y Williams, 1957).

A pesar de que existen diferencias de criterio entre los diversos autores, se observa que casi todos coinciden en un esquema común que incluye una fase anterior al impacto, la del impacto mismo y una posterior. En este estudio se concederá atención prin-

cipal a la fase posterior al impacto. Esta se inicia cuando el individuo afronta su problemática ordinaria en un medio que ha cambiado en uno o varios aspectos significativos.

Lo experimentado ante un peligro absoluto no es algo que cese una vez que este haya pasado. Se requiere tiempo para lograr la asimilación. Al cesar el peligro, las personas pueden quedar afectadas por el recuerdo o por un temor intenso de que pueda repetirse la experiencia sufrida (Wolfenstein, 1957). En general, la primera expresión de sentimientos ocurre durante el período inmediatamente posterior al desastre, al que a veces se denomina período de regreso o período en que se revive la experiencia. En ocasiones los sobrevivientes necesitan estar con otras personas y comunicar sus sentimientos, ya sean los relacionados con las pérdidas sufridas o los de su soledad (Tyhurst, 1951).

Cuando hay represión de la reacción del individuo, este puede presentar hipoactividad, deambular sin rumbo fijo, o sufrir apatía e inactividad verbal o motora; una reacción más extrema puede ser la incapacidad de respuesta del individuo a la comunicación oral (Healy, 1969). La asistencia profesional puede proporcionar una mejoría rápida por tratarse de reacciones que son producto de factores externos.

Período postraumático. El período en que se revive o rememora la experiencia—período postraumático—puede durar, hipotéticamente, toda la vida de la víctima, con inclusión del período de rehabilitación. Entre las reacciones comprendidas en el período postraumático figura la ansiedad temporal, pero las más graves y prolongadas son las que se conocen en términos generales como “síndrome traumático” o “neurosis postraumática” (Tyhurst, 1951). A consecuencia de la tensión emocional las víctimas pueden experimentar insomnio, nerviosismo, problemas digestivos y otros (Healy, 1969).

Ya que el período postraumático puede durar toda la vida, algunos efectos pueden

percibirse a largo plazo. Lifton (1967) describe en su obra *Muerte en vida* las reacciones emotivas que, con el paso del tiempo, fueron presentándose en las víctimas del bombardeo de Hiroshima. Las respuestas de los sobrevivientes pueden clasificarse según cinco temas generales: Huellas o marcas indelebles de la muerte, culpabilidad, adormecimiento psíquico, sospecha de un engaño acumulado, proceso de formulación.

El elemento básico de todas las respuestas de los sobrevivientes es el de las huellas de la muerte. Tales huellas pueden manifestarse en un principio en forma de obsesión por las escenas de muerte y más tarde como una imagen indeleble del encuentro con ella.

El hecho de sobrevivir no ocurre sin que lleve aparejada una experiencia de gran culpabilidad. Esta última puede producirse como respuesta a la idea de que la supervivencia de la víctima exigió la muerte de otro ser humano. El sobreviviente se defiende del sentimiento de culpabilidad y de la ansiedad que este crea mediante un "adormecimiento psíquico", o sea una cesación de sentimientos. El individuo utiliza este proceso para protegerse a sí mismo mediante una sensación de completa impotencia o de inactividad total.

La perspectiva general del mundo que rodea al sobreviviente y las relaciones personales de este sufren los efectos de la sospecha de "engaño acumulado" y de la percepción del temor que los demás sienten al contagio de esa sospecha. El recelo de caer en un engaño acumulado puede hacer sentir al sobreviviente como si todos abusaran de él, en especial las personas interesadas en ayudarlo.

El sobreviviente deberá someterse a un proceso de formulación y restablecimiento de formas que le permitan modificar su identidad en forma significativa. El esfuerzo formulativo es el intento del sobreviviente de regresar del borde mismo del mundo de los muertos al que llegó durante el desastre.

Verdadera dimensión de las reacciones emotivas. La gravedad de las reacciones emotivas ha sido materia de intercambio de opiniones entre varios autores. Algunos consideran que se ha especulado demasiado acerca de los efectos psicológicos de una situación de desastre, mientras otros estiman que no se ha otorgado a tales efectos la importancia que merecen.

El segundo de estos puntos de vista se funda en la observación de que ha sido poco frecuente la presencia de disturbios psicológicos graves como respuesta a una situación de desastre (Drayer, 1957). Al mismo tiempo, los autores que sostienen este criterio afirman que las personas que padecen ansiedades graves durante un desastre no son las que necesitaron asistencia psicológica anteriormente (Morris, 1973).

La polémica continúa y un autor, basado en estudios previos, afirma que los desórdenes mentales graves no son el resultado de la destrucción atómica o de guerras civiles (Heally, 1969). Más aún, un estudio realizado entre 200 a 300 personas que sobrevivieron a un desastre no reveló la presencia de problemas psicológicos ocasionados por el mismo. Además, se sostiene que el síndrome de sobrevivencia ha sido objeto de exageración a lo largo de la historia. Sin embargo, un psicólogo que trató a las víctimas de las inundaciones ocurridas en Búfalo, E.U.A., en 1972, no comparte esa opinión e indica haber presenciado serias reacciones depresivas, temor, pesadillas terribles, reacciones paralizantes de pánico ante la lluvia y sentimientos de culpa por haber sobrevivido cuando otros tuvieron que morir (Morris, 1973).

La bibliografía examinada nos lleva a la conclusión de que es imposible responder al interrogante planteado en el sentido de que una catástrofe ocasiona o no agudos desórdenes emocionales. Consideramos que una descripción y comparación ordenadas de la sintomatología de los sobrevivientes al desas-

tre de Managua podría ayudar a arrojar alguna luz en esta materia.

La investigación realizada

Los estudios que hemos reseñado se refieren sobre todo a los aspectos sociológicos de las situaciones de catástrofe, a la estructura inadecuada de la organización y prestación de servicios durante los períodos de emergencia y al comportamiento de los sobrevivientes en las etapas anterior y posterior al desastre. Hemos podido observar que son muy pocos los estudios que tratan sobre las consecuencias psicológicas a largo plazo. Probablemente la obra clásica en este sentido sea el relato de Lifton acerca de la tragedia de Hiroshima. Los autores exponen opiniones diversas con respecto al grado y duración de las enfermedades mentales ocasionadas por una catástrofe.

Con tales antecedentes nos proponemos presentar la variedad y especificidad de los desórdenes psiquiátricos graves ocurridos durante un período dado e identificarlos en relación directa con la situación de desastre. Consideramos por tanto que nuestro trabajo es un aporte nuevo en esta área de investigación, pues nada similar se ha incluido en el material bibliográfico revisado.

Las preguntas que nos planteamos en esta investigación y que son las que fijan los objetivos específicos de ella fueron las siguientes:

- ¿Cuáles son las características psicosociales de los pacientes antes y después del terremoto y cuáles los resultados de su comparación?
- ¿En qué porcentajes las enfermedades se han presentado antes y después del terremoto y cuáles son las diferencias de porcentajes?

Método empleado

Dada su naturaleza y a fin de desarrollar perfiles psicosociales de los pacientes, esta investigación ha sido fundamentalmente descriptiva y exploratoria. Se utilizó una

muestra de pacientes del Hospital Psiquiátrico Nacional de Managua en la que se incluyeron todos los ingresos y reingresos y los pacientes internados y ambulatorios durante el período 1972-1973. Dado que el terremoto ocurrió el 23 de diciembre de 1972, se ha tomado a este año como anterior al mismo y a 1973 como posterior. El total de pacientes incluidos en la muestra es de 3,463, cifra que representa el 100% de los casos.

La recolección de los datos se hizo durante los meses del verano de 1974 y estuvo a cargo de 28 asistentes nicaragüenses debidamente adiestrados. A fin de satisfacer las etapas propias del método científico se elaboró un cuestionario, se lo sometió a prueba antes de la recolección de los datos, y se lo enmendó consecuentemente. El cuestionario comprendió 58 preguntas destinadas a obtener información biográfica y sobre sintomatología, diagnóstico y consecuencias del terremoto, que se la extrajo de las historias clínicas de los pacientes incluidos en la muestra.

Los datos se codificaron y trasladaron al sistema IBM de tarjetas perforadas en el período comprendido entre septiembre de 1974 y septiembre de 1975.

Perfil de la muestra

La comparación del número de admisiones en el Hospital Psiquiátrico Nacional en 1972

CUADRO 1—Admisiones registradas en el Hospital Psiquiátrico Nacional, por trimestres, 1972 y 1973.

Trimestre	1972	1973	Diferencia %
Enero a marzo	268	392	46.3
Abril a junio	452	565	25.0
Julio a septiembre	384	480	25.0
Octubre a diciembre	420	502	19.5
Total	1,524	1,939	27.2

con el de las registradas en 1973 indica que en este último hubo un aumento de casos importante y significativo de 27.2% (cuadro 1).

Al analizar los datos por trimestres puede observarse que el aumento (46.3%) registrado en el primer trimestre, o sea en el inme-

diatamente posterior al terremoto, fue mayor que las alzas registradas en los otros tres trimestres, que solo alcanzaron 25.0 y 19.5%. A este respecto se considera que el factor principal estriba en que, como consecuencia del terremoto, muchas personas sintieron la necesidad de recibir asistencia psiquiátrica.

CUADRO 2—Características psicosociales anteriores y posteriores al terremoto de Managua, 1972 y 1973.

Variable ^a	1972 (No. = 1,524) %	1973 (No. = 1,939) %
<i>Sexo</i>		
masculino	46.8	57.3
femenino	53.2	57.4
<i>Estado civil</i>		
casado	27.8	29.9
soltero	72.2	70.6
<i>Actividad económica</i>		
empleado	45.6	40.9
desempleado	54.4	59.1
<i>Grado de escolaridad</i>		
ninguno	30.4	27.7
primaria parcial	4.2	45.9
primaria completa o más	27.4	26.4
<i>Lugar de residencia</i>		
Managua	53.4	56.3
fuera de Managua	46.6	43.7
<i>Tipo de caso</i>		
admisión (nuevo)	69.6	65.9
readmisión	30.4	34.1
<i>Tipo de admisión</i>		
consulta externa	40.7	42.3
hospitalización	59.3	57.7
<i>Síntomas principales</i>		
insomnio	56.7	53.9
agresividad	52.5	45.5
depresión	52.1	32.8
problemas sensoriales	49.8	48.6
agitación	46.7	40.4
<i>Diagnóstico</i>		
retraso mental	3.6	4.0
síndrome orgánico-cerebral	14.8	16.9
psicosis	49.1	44.2
neurosis	25.5	29.8
desórdenes de la personalidad	6.8	3.6
otros	1.2	1.5
<i>Tipo de tratamiento^b</i>		
quimioterapia	98.7	98.8
electroshocks	24.4	24.2

^a Edad (en años): en 1972, 30.8 y en 1973, 31.0.

^b Duración del tratamiento (en meses): en 1972, 3.01 y en 1973, 1.84.

Esto apoyaría nuestra hipótesis en el sentido de que los desastres producen gran cantidad de problemas emocionales. Otro factor podría ser el hecho de que los servicios médicos generales de Managua quedaron destruidos completamente en tanto que el Hospital Psiquiátrico Nacional no recibió daño alguno y su ubicación ampliamente conocida por la población facilitó el acceso al mismo.

Es preciso tomar en cuenta, por otra parte, que en julio de 1973 se crearon servicios de salud mental en la comunidad, circunstancia que si bien explicaría la disminución del número de los casos registrados en el Hospital Psiquiátrico Nacional nos llevaría en cambio a sospechar que hubo un aumento en el total de casos como consecuencia del terremoto.

Características psicosociales. En el cuadro 2 se consigna un sinnúmero de diferencias significativas entre las características psicosociales de las personas atendidas en 1972 y 1973.

En el año posterior al terremoto hubo un incremento de pacientes del sexo femenino, casadas, desempleadas y residentes en Managua. Cada una de las diferencias es superior a .01. Igualmente se produjo un número mayor de readmisiones y de pacientes tratados en consulta externa. Estas comparaciones arrojan también diferencias mayores que .01. Finalmente, las diferencias encontradas en cuanto a edad y grado de escolaridad antes y después del terremoto son pequeñas y no significativas.

Sintomatología psiquiátrica. Una comparación entre los casos de 1972 y los de 1973 en cuanto a la sintomatología psiquiátrica presentada demostró algunos resultados sorprendentes. En 1973, en uno de cada tres casos se notó un descenso en la presencia de síntomas tales como insomnio, agresividad, depresión, problemas sensoriales y agitación. Lo mismo sucedió con respecto a la ansiedad, fobias, y fenómenos obsesivo-compulsivos. Las diferencias fueron de un nivel de

0.1 o mayor. Un estudio realizado poco después del terremoto demostró la misma disminución de síntomas (Ministerio de Salud Pública, 1974). Es posible que esto se deba a que después de ocurrido un desastre la gente está más preocupada por su supervivencia y menos por sus tensiones personales o psicológicas.

Los tres síntomas que se presentaron en un porcentaje mayor en el año posterior a la catástrofe fueron la euforia, las convulsiones y la confusión-desorientación. Si bien resulta fácil entender la presencia del último de esos síntomas, no ocurre lo mismo en lo que respecta a los otros dos.

Categorías diagnósticas. En 1973 se registraron aumentos en las categorías diagnósticas de retraso mental, síndrome orgánico-cerebral y neurosis; las diferencias fueron altamente significativas (.01). También reflejaron un gran aumento ciertas subcategorías diagnósticas como los síndromes orgánico-cerebrales como consecuencia del mayor número de pacientes afectados de epilepsia o alcoholismo. De manera similar, se registró un aumento notable en el número de pacientes diagnosticados como neuróticos de tipo no específico, pero a pesar de ese incremento hubo una disminución en algunos subtipos de neurosis tales como depresión, fobia e histeria.

Las psicosis y desórdenes de la personalidad presentaron una gran disminución en 1973. En un principio la disminución ocurrió en los casos de psicosis simple, paranoide y de otros tipos. Luego fue presentándose lentamente un aumento del número de pacientes que padecían esquizofrenia crónica, episódica o de tipos no específicos, pero en general hubo un descenso en el porcentaje de pacientes psicóticos en 1973. En los diagnósticos de desórdenes de la personalidad se registró una disminución del subtipo de alcoholismo y las subcategorías denominadas "varios tipos".



Se ha observado que en situaciones de desastre existen factores psicológicos que afectan la conducta del individuo. Una de las respuestas emocionales que se identifica con mayor frecuencia en las víctimas es la necesidad de protección que puede manifestarse por medio de oraciones en grupo. (Foto: UNICEF.)

Tratamiento. Se notaron pocas diferencias en cuanto a las modalidades empleadas en el tratamiento ofrecido en 1972 y 1973. En ambos años se utilizaron tanto la quimioterapia como los electroshocks con el mismo

grado de intensidad. La duración del tratamiento disminuyó en 1973 probablemente debido a que un número importante de pacientes admitidos en ese año continuaba aún en tratamiento.

CUADRO 3—Casos nuevos y antiguos de síndrome orgánico-cerebral y psicosis, y comparación de porcentajes por trimestres, de 1972 y 1973.

	Síndrome orgánico-cerebral						Psicosis					
	Casos nuevos			Casos antiguos			Casos nuevos			Casos antiguos		
	1972	1973	Dife- rencia %	1972	1973	Dife- rencia %	1972	1973	Dife- rencia %	1972	1973	Dife- rencia %
Enero a marzo	22	31	30.9	20	25	25.0	65	66	1.5	73	113	54.8
Abril a junio	40	69	72.5	13	20	53.9	88	84	-4.6	79	116	46.8
Julio a septiembre	35	48	37.1	15	25	66.7	83	77	-7.2	73	107	46.6
Octubre a diciembre	36	37	2.8	15	24	60.0	98	52	-46.9	79	116	46.8
Total	133	185	39.1	63	94	49.2	334	279	-16.5	304	452	48.7

Síndrome orgánico-cerebral y psicosis. En el cuadro 3 se presentan los casos nuevos y antiguos de síndrome orgánico-cerebral y de psicosis registrados en 1972 y 1973 y los resultados de la comparación de esos datos por trimestres.

En cuanto a los casos de síndrome orgánico-cerebral, tanto antiguos como nuevos, se puede observar un aumento del 42.4%, con la particularidad de que mientras en los casos antiguos los porcentajes van aumentando gradualmente por trimestre, en los nuevos el aumento es notable en los trimestres primero y tercero, es espectacular en el segundo e ínfimo en el cuarto. Debemos subrayar el hecho de que el mayor aumento registrado correspondió a síndromes orgánicos-cerebrales asociados con epilepsia o alcoholismo.

Esta comparación podría sugerir, por siguiente, la existencia de alguna relación entre los casos de traumatismo encefalocraneano y *stress* (síndrome general de adaptación), ocurridos después de un desastre, y la aparición de síndromes orgánicos-cerebrales.

Un análisis de los datos sobre psicosis nos revela resultados realmente sorprendentes. Se

observa una disminución general de los casos nuevos en el año posterior al terremoto y solo se registra un aumento de tales casos en el primer trimestre, pues la comparación arroja resultados negativos en los otros tres meses con la característica de que la disminución se acentúa de trimestre en trimestre.

En los casos nuevos de psicosis hubo un aumento de los episodios agudos de esquizofrenia paranoide y crónica. Esto parece indicar que el terremoto no causó casos nuevos pero no se sabe cuáles pueden ser los factores que determinaron su disminución. En cuanto a los casos antiguos, en 1973 hubo un aumento que se mantuvo constante; los casos de esquizofrenia crónica, simple y paranoide fueron los que más aumentaron. Parece, pues, que el terremoto y los cambios sociales fueron factores que influyeron en los casos de las personas que ya estaban afectadas cuando ocurrió el desastre.

El fenómeno de la disminución de las psicosis en tiempos de desastre es un tema que merece consideración aparte y solo se analizará aquí en forma resumida. Al pasar revista a estudios anteriores observamos que no se encontraron consecuencias persistentes de

CUADRO 4—Admisiones por neurosis y desórdenes de la personalidad, y comparación de porcentajes por trimestres, de 1972 y 1973.

Trimestre	Neurosis			Desórdenes de la personalidad		
	1972	1973	Diferencia %	1972	1973	Diferencia %
Enero a marzo	32	99	209.4	18	12	-33.3
Abril a junio	113	136	20.4	31	14	-54.8
Julio a septiembre	89	112	25.8	23	14	-39.1
Octubre a diciembre	104	146	40.4	18	19	5.6
Total	338	493	45.9	90	59	-34.4

los desastres. Los resultados de nuestra investigación han determinado por su parte el hecho de la disminución apreciable de casos nuevos de psicosis después de la catástrofe; asimismo, se constató que en los casos antiguos el terremoto o los cambios sociales derivados de él afectaron a los psicóticos.

Neurosis y desórdenes de la personalidad. En el cuadro 4 se presentan las admisiones de casos de neurosis y desórdenes de la personalidad en 1972 y 1973. Es menester señalar que no se distinguen aquí los casos nuevos de los antiguos en razón de que en ambos años los casos nuevos de neurosis alcanzaron el 90% y los antiguos solo un 10%. De manera similar, en cuanto a desórdenes de la personalidad, casi no hubo casos antiguos. Por otra parte, cabe agregar que mientras los casos de neurosis fueron numerosos, no ocurrió lo mismo con los de desórdenes de la personalidad.

El aumento total de casos de neurosis en 1973 fue del 45.9% y la comparación trimestral revela que la mayor parte del aumento registrado con respecto a 1972 correspondió al trimestre inmediatamente posterior al terremoto. Las categorías diagnósticas que más aumentaron fueron las de neurosis de ansiedad, histérica, de tipo conversivo, depresiva y otras. Esto quizás aclararía en alguna medida por qué hubo pocos casos antiguos en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Nacional y tendría también relación

con la aseveración de que en situaciones de catástrofe se presentan conductas temporales de depresión, apatía, desorientación y estados de shock.

Llama mucho la atención que en el primer trimestre de 1973 se observa el triple de casos de neurosis que en 1972 y que, si bien durante los demás trimestres se produjeron también aumentos, en el último trimestre ese incremento llegó al 40.4%. Esto parece demostrar que la acción directa de una catástrofe, en este caso el terremoto, produce un efecto inmediato en la conducta de las personas; además, los cambios sociales refuerzan en unos casos, y hacen aparecer en otros, reacciones emocionales definidas. Lo primero es fácilmente comprensible y, en cuanto a lo segundo, pudiera ser que jugaran un papel importante los sentimientos de pérdida dentro de un cuadro de personas queridas que mueren, familias que quedan desintegradas, hogares destrozados, situaciones de trabajo anuladas, incertidumbre en cuanto al futuro, etc. Estos cambios, bruscos y extremos, combinados con una situación de constante tensión explicarían por qué la conducta neurótica aparece en los tres primeros meses después de la catástrofe, persiste por algún tiempo y, debido a la desadaptación social y a la cronicidad que adquiere la tensión, puede recrudescer en el cuarto trimestre.

En cuanto a los desórdenes de la personalidad es curioso observar que durante 1973

hubo menos casos que en 1972, excepto en el último trimestre, cuando se registró un caso más. En efecto, mientras en el año anterior al terremoto hubo 90 casos, solo fueron 59 los registrados en el año posterior, lo que hace una diferencia negativa de 34.4%.

Quizás se podría explicar este fenómeno en el supuesto de que los sobrevivientes del desastre pudieron haber estado muy preocupados por sus problemas personales, familiares, ambientales y otros originados por la catástrofe y tuvieron por ello menos oportunidad de romper reglas ordinarias de conducta. Por otra parte, el medio ambiente social, dada la situación de emergencia imperante, habría asumido una actitud más abierta y flexible de aceptación de conductas desviadas de las normales. En Managua se usó mucho y se sigue usando el calificativo "terremoteado" para explicar todos aquellos cambios de la conducta que anteriormente eran censurados. También se debe tomar en cuenta que la desorganización social crea un ambiente más permisivo y menos rígido y punitivo.

Conclusiones

Los resultados de esta investigación confirman la teoría de que los problemas emocionales se presentan con frecuencia inmediatamente después de un desastre natural. Esto es verdad, especialmente en cuanto a las neurosis de ansiedad, histéricas y depresivas, pero la investigación reveló también que muchos de estos problemas emocionales persisten por un tiempo más prolongado que lo que se creía. Todo esto parece tener fundamento en la teoría de "dos desastres" defendida por Erikson que sostiene que los sobrevivientes de una situación de desastre sufren tanto el trauma psicológico ocasionado por el desastre mismo como las alteraciones emocionales causadas por la desorganización social que son también fruto del desastre.

El interesante descubrimiento de que los casos nuevos de psicosis declinaron pronunciadamente después del terremoto en tanto que los individuos con historia anterior de psicosis fueron afectados en alto grado por el desastre parece confirmar la hipótesis de que las catástrofes no fomentan la aparición de grandes problemas psicóticos pero provocan nuevos episodios de este tipo en las personas con diagnóstico previo de psicosis.

No se ha podido determinar que en la literatura médica revisada algún autor sostenga que los terremotos pueden producir especial alteración en los síndromes orgánicos-cerebrales. El aumento observado en el número de casos de epilepsia sugiere dos posibles causas, a saber, la de que las cosas que caen y golpean las cabezas de las víctimas pueden provocar convulsiones y la de que la tensión debido a los efectos posteriores del desastre desencadena convulsiones de tipo epiléptico. De todas maneras, como no se tuvo la oportunidad de confirmar los diagnósticos mediante electroencefalografía o rayos X, es posible admitir que en estos casos otros factores podrían estar en juego.

Cabe señalar la disminución de las admisiones de pacientes con desórdenes de la personalidad después del terremoto. Como se ha manifestado ya, esa disminución indica un aflojamiento de las normas sociales que brinda a tales pacientes una aceptación más amplia de su conducta desviada. En otras palabras, se registraron menos casos de agresión y de conducta antisocial.

Las consideraciones precedentes nos llevan a sostener que es muy importante que inmediatamente después de producida una situación de desastre se planifique y organice un servicio adecuado de salud mental.

Sugerimos a continuación algunas medidas importantes en el campo de la salud mental en respuesta a una situación de desastre:

- Orientar a las personas que intervienen en la ayuda de emergencia acerca de cuáles son los

problemas emocionales que se espera encontrar en las víctimas.

- Diseñar un sistema sencillo para pesquisar casos de personas traumatizadas y referirlas a los servicios de salud mental.

- Instalar servicios de salud mental en el lugar de la catástrofe.

- Mantener los servicios de salud mental durante un tiempo suficientemente amplio.

Existe la necesidad de que se realicen investigaciones en este campo que incluyan el estudio longitudinal de los efectos del desastre durante un período de más de un año, así como la naturaleza de las alteraciones emocionales producidas y el tipo de tratamiento que se precisa para aliviarlas.

Resumen

Tres violentos sismos ocurridos durante la noche del 23 de diciembre de 1972 en la ciudad de Managua, Nicaragua, dejaron un saldo estimado de 10,000 muertos y 20,000 heridos graves que necesitaron atención médica inmediata y no pudieron recibirla.

Los autores de este trabajo realizaron una investigación tendiente a explorar y analizar las consecuencias psicosociales producidas por un desastre natural. Para ello se utilizó una muestra de 3,463 pacientes del Hospital Psiquiátrico Nacional de Managua. Dicha muestra incluyó todos los ingresos y reingresos de pacientes internados y ambulatorios en el período 1972-1973. Dado que el terremoto ocurrió en el último mes de 1972 se tomó este año como anterior y 1973 como posterior.

El análisis de los datos sobre admisiones en el Hospital mencionado confirma la hipótesis en el sentido de que los desastres producen gran cantidad de problemas emocionales. En 1973 hubo un aumento significativo de casos de 27.2%.

Una comparación de la sintomatología psiquiátrica demostró que, en 1973, en uno de cada tres casos se notó un descenso en la

presencia de síntomas tales como insomnio, agresividad, depresión, problemas sensoriales, agitación, ansiedad, fobias y fenómenos obsesivo-compulsivos. Esto parece indicar que después de ocurrido un desastre la gente está más preocupada por su supervivencia y menos por sus tensiones personales o psicológicas.

En el año posterior al terremoto hubo un incremento de pacientes del sexo femenino, casadas, desempleadas y residentes en Managua. Los tres síntomas que se presentaron en un mayor porcentaje fueron la euforia, las convulsiones y la confusión-desorientación. Igualmente se registraron aumentos en las categorías diagnósticas de retraso mental, síndrome orgánico-cerebral y neurosis.

Los datos sobre psicosis revelan resultados realmente sorprendentes. En general, se observó una disminución de los casos nuevos en el año posterior al terremoto; solo se registró un aumento de tales casos en el primer trimestre, dentro de las categorías de esquizofrenias paranoides y crónicas. En cuanto a los casos antiguos hubo un aumento que se mantuvo constante y dentro de las categorías de esquizofrenias crónicas, simples y paranoides. Parece, pues, que el terremoto y los cambios sociales fueron factores que influyeron en los casos de personas que ya estaban afectadas cuando ocurrió el desastre.

En cuanto a los desórdenes de la personalidad fue curioso observar que durante 1973 se produjeron menos casos que en 1972.

Durante el trimestre inmediatamente posterior al terremoto se produjo un aumento de casos de neurosis; las categorías diagnósticas que más aumentaron fueron las de neurosis de ansiedad, histérica, de tipo conversivo, depresiva y otras.

Sobre la base de los resultados obtenidos en esta investigación, los autores sostienen que es muy importante planificar y organizar un servicio adecuado de salud mental inmediatamente después de producida una situación de desastre. Existe además la necesidad de

futuras investigaciones que incluyan el estudio longitudinal de los efectos de un desastre durante un período de más de un año, así

como de la naturaleza de las alteraciones emocionales producidas y el tipo de tratamiento requerido para aliviarlas. □

BIBLIOGRAFIA

- Demerath, N. y F. C. Wallace, Eds. Human adaptation to disaster. *Human Organization* 16:1-2, 1957.
- Drayer, C. S. Psychological factors and problems, emergency and long term. *American Academy of Political and Social Science Annals* 309:151-159, 1957.
- Erikson, K. T. Loss of commonality at Buffalo Creek. Trabajo presentado en la Reunión de la Asociación Psiquiátrica Americana, Anaheim, California, mayo de 1974.
- Folgreman y Parenton. Disaster: An aftermath selected aspect of individual and group behavior in critical situation. *Social Forces* 38:120-135, diciembre de 1959.
- Fritz, C. E. Disasters compared in six American communities. *Human Organization* 16:6-9, 1967.
- Fritz, C. E. *Disaster in Contemporary Social Problems*. Robert Meton y Robert Nisbet, Eds. Nueva York: Harcourt, Brace & World, Inc., 1961. Págs. 651-694.
- Fritz, C. E. y E. S. Marks. The Nore studies of human behavior in disaster. *J Soc Iss* 10(3): 26-41, 1954.
- Fritz, C. E. y H. B. Williams. The human being in disaster. *American Academy of Political and Social Science Annals* 309:42-51, 1957.
- Heally, Richard J. *Emergency and Disaster Planning*. Nueva York: John Wiley and Sons, 1969.
- Kilpatrick, F. P. Problems of perceptions in extreme situations. *Human Organization*. 1957.
- McGonagle, L. C. Psychological aspects of disaster. *Am J Public Health* 54:638-643, abril de 1964.
- Ministerio de Salud Pública. Encuesta sobre algunos efectos demográficos y de salud del terremoto de Managua. Monografía. Managua, Nicaragua, 1974. 67 págs.
- Moore, H. E. Toward a theory of disaster. *Am Sociol Rev* 21:733-737, 1956.
- Moore, H. E. y H. J. Friedan. Reported emotional stress following a disaster. *Social Forces* 38: 135-139, diciembre de 1959.
- Morris, J. H. Survival syndrome. *Wall Street Journal* Vol. 183, No. 3, enero de 1974.
- Quarantelli, E. Images of withdrawal behavior in disaster: Some misconceptions. *Social Problems* 8:68-79, 1960.
- Quarantelli, E. y R. R. Dynes, Eds. Organizational and group behavior in disasters. *Am Behav Sci* 13:325-346, enero de 1970.
- Tyhurst, J. S. Individual reactions to community disaster: The natural history of psychiatry phenomena. *Am J Psychiatry* 107:764-769.
- Wallace, A. F. C. Mazeway desintegration: The individual's perception of socio-cultural disorganization. *Human Organization* págs. 23-27, 1957.
- Williams, H. B. Some functions of communication in crisis behavior. *Human Organization* págs. 15-19, 1957.
- Wolfenstein, M. *Disaster: A Psychological Essay* Grencoe, Illinois: The Free Press, 1957.

Mental health problems following a disaster situation (Summary)

Three violent earthquakes occurring during the night of 23 December 1972 in the city of Managua, Nicaragua left an estimated toll of 10,000 deaths and 20,000 gravely injured victims who were in need of immediate medical attention but unable to get it.

The authors of this article carried out an investigation aimed at exploring and analyzing the psychosocial consequences produced by a natural disaster. A survey of 3,463 patients of the Managua National Psychiatric Hospital was used for this purpose. The survey covered all admis-

sions and readmissions of bed and ambulatory patients during the 1972-1973 period. Since the earthquake occurred in the final month of 1972, that year was taken as the one preceding the event, and 1973 as the one following it.

Analysis of the data on admissions to the aforementioned hospital confirms the hypothesis that disasters produce a great many emotional problems. In 1973 there was a significant rise of 27.2% in such cases.

A comparison of psychiatric symptomatology showed that, in 1973, a reduction was noted in

one of every three cases in the presence of such symptoms as insomnia, aggressiveness, depression, sensorial problems, agitation, anxiety, phobias and obsessive-compulsive behavior. This seems to indicate that people are more concerned, once a disaster has occurred, with their survival than with their own personal and psychological tensions.

An increase was noted in the year following the earthquake in the number of patients who were female, married, unemployed and residents of Managua. The three symptoms presented by the major percentage of such cases were euphoria, convulsions and confusion-disorientation. Similar increases were registered in such diagnostic categories as mental retardation, organic-cerebral syndrome and neurosis.

Data on psychosis reveal some really surprising results. In general, a reduction was noted in the number of new cases in the year following the earthquake; the only increase registered in such cases was during the first quarter, in the paranoid and chronic schizophrenia categories. In cases dating from before the earthquake, there was a steady increase in such categories as chronic,

simple and paranoid schizophrenias. It seems, therefore, that the earthquake and the social changes that resulted were factors which influenced the cases of persons already affected when the disaster occurred.

As for personality disorders, it was noted, curiously, that fewer cases occurred during 1973 than in 1972.

During the quarter immediately following the earthquake there was an increase in the number of cases of neurosis; the sharpest rises took place in such diagnostic categories as anxiety, hysteria, conversion, depression and other neuroses.

On the basis of the results obtained in this investigation, the authors stress the importance of planning and organizing an appropriate mental health service immediately upon the occurrence of a disaster situation. There is also a need for future research that will include both a long-time study of the effects of a disaster over a period of more than one year and a study of the nature of the emotional disturbances produced and the kind of treatment required to alleviate them.

Problemas de saúde mental após uma situação de catástrofe (Resumo)

Três violentos sismos que ocorreram durante a noite de 23 de dezembro de 1972 na cidade de Manágua, Nicarágua, deixaram um saldo que se calcula como sendo de 10.000 mortos e 20.000 feridos graves que necessitaram de cuidado médico imediato e não puderam recebê-lo.

Os autores deste trabalho fizeram uma pesquisa para explorar e analisar as conseqüências psico-sociais produzidas por um desastre natural. Para este fim utilizou-se uma amostra de 3.463 doentes do Hospital Psiquiátrico Nacional de Manágua. Essa amostra incluiu todas as entradas e reentradas de doentes internados e nos ambulatórios no período 1972-1973. Visto que o terremoto ocorreu no últimomes de 1972 se tomou este como ano anterior e 1973 como ano posterior.

A análise dos dados sobre admissões no hospital já mencionado, confirma a hipótese no sentido de que as catástrofes produzem uma grande quantidade de problemas emotivos. Em 1973 houve um aumento significativo de casos numa proporção de 27,2%.

Uma comparação da sintomatologia psiquiátrica demonstrou que em 1973, em um dentre

três casos se notou um descenso na presença de sintomas tais como insônia, agressividade, depressão, problemas sensoriais, agitação, ansiedade, fobia, e fenômenos obsessivo-compulsivos. Isto parece indicar que depois de uma catástrofe as pessoas estão mais preocupadas pela sua própria sobrevivência e menos pelas suas tensões pessoais ou psicológicas.

No ano após o terremoto houve um incremento de doentes do sexo femenino, casadas, desempregadas e residentes em Manágua. Os tres sintomas que se apresentaram com porcentagem mais alta foram euforia, convulsões e a confusão-desorientação. De igual maneira se registraram aumentos nas categorias diagnósticas de atraso mental, síndrome orgânico-cerebral e neurose.

Os dados sobre psicose revelam resultados realmente surpreendentes. Em geral, observou-se uma diminuição de casos novos no ano posterior ao terremoto; registrou-se somente um aumento de tais casos no primeiro trimestre, dentro das categorias de esquizofrenias paranóicas e crônicas. Quanto aos casos antigos houve um aumento que se manteve constante e dentro das categorias de esquizofrenias crônicas, simples e paranóicas.

Parece, portanto, que o terremoto e as alterações sociais foram fatores que influenciaram nos casos de pessoas que já estavam afetadas quando sobreveio a catástrofe.

Quanto às desordens da personalidade foi curioso observar que durante 1973 produziram-se menos casos que em 1972.

Durante o trimestre imediatamente após o terremoto houve um aumento de casos de neuroses; as categorias diagnósticas que mais aumentaram foram as de neuroses de ansiedade, histeria, de tipo conversivo, depressiva, e outras.

Sobre a base dos resultados obtidos nesta pesquisa os autores sustentam que é muito importante planejar e organizar um serviço adequado de saúde mental imediatamente após uma situação de catástrofe.

Além de tudo, existe a necessidade de que se façam futuras pesquisas que incluam o estudo longitudinal dos efeitos de uma catástrofe durante um período de mais de um ano, bem como da natureza das alterações emotivas produzidas e o tipo de tratamento necessário para aliviá-las.

Problèmes de santé mentale après une situation de désastre (Résumé)

Trois violents séismes ayant eu lieu pendant la nuit du 23 décembre 1972 dans la ville de Managua, Nicaragua, ont laissé un solde estimé à 10.000 morts et 20.000 blessés graves qui nécessitèrent une attention médicale immédiate et ne purent la recevoir.

Les auteurs de cette étude ont réalisé une enquête à explorer et analyser les conséquences psycho-sociales produites par un désastre naturel. Pour cela on a pris un échantillonnage de 3.463 patients de l'Hôpital Psychiatrique National de Managua. Cet échantillonnage comprenait toutes les admissions et réadmissions de patients internes et ambulatoires dans la période 1972-1973. Etant donné que le tremblement de terre advint pendant le dernier mois de 1972 on prit cette année comme antérieure et 1973 comme postérieure.

L'analyse des renseignements sur les admissions à l'Hôpital mentionné confirme l'hypothèse que les désastres produisent une grande quantité de problèmes émotionnels. En 1973 il y eut une augmentation significative des cas (27,2%).

Une comparaison de la symptomatologie psychiatrique a démontré que, en 1973, on a pu noter, dans un cas sur trois, une baisse de la présence de symptômes comme l'insomnie, l'agressivité, la dépression, les problèmes sensoriels, l'agitation, l'anxiété, les phobies et phénomènes d'obsession compulsive. Ceci semble indiquer qu'après un désastre, les personnes sont préoccupées davantage par la survivance que par leurs tensions personnelles ou psychologiques.

L'année antérieure au tremblement de terre il y eut une augmentation de patients du sexe féminin, mariées, sans emploi et résidentes de Managua. Les trois symptômes qui se présentent dans un pourcentage plus élevé furent l'euphorie, les convulsions et la confusion-désorienta-

tion. On nota également des hausses dans les catégories de diagnostic de retard mental, syndrome organico-cérébral et névrose.

Les renseignements sur la psychose sont réellement surprenantes. On a observé, en général, une diminution de nouveaux cas l'année postérieure au tremblement de terre. Un accroissement a été enregistré seulement dans le premier trimestre, dans les catégories de schizophrénies paranoïdes et chroniques. Pour ce qui est des cas anciens, il y eut une augmentation qui se maintint constante dans les catégories de schizophrénies chroniques simples et paranoïdes. Il semble donc que le tremblement de terre et les changements sociaux ont été les facteurs qui ont influencé les cas de personnes déjà affectées au moment du désastre.

En ce qui concerne les désordres de la personnalité, il est curieux d'observer que, pendant l'année 1973, moins de cas se sont présentés qu'en 1972.

Pendant le trimestre immédiatement postérieur au tremblement de terre il y eut une augmentation des cas de névrose, les catégories de diagnostics ayant le plus augmenté étant la névrose d'anxiété, hystérique, de type convertible, dépressive et autres.

Sur la base des résultats obtenus pendant cette enquête les auteurs soutiennent qu'il est très important de planifier et organiser un service adéquat de santé mentale immédiatement après qu'une situation de désastre se soit produite. Des enquêtes futures comprenant l'étude longitudinale des effets d'un désastre pendant une période de plus d'un an, ainsi que la nature des altérations émotionnelles produites et le type de traitement requis pour les soulager sont, en outre, nécessaires.