

LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD MENTAL
EN LAS VICTIMAS DEL DESASTRE DE ARMERO, COLOMBIA

BIBLIOTECA
OFICINA NACIONAL
PARA LA
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN
DE DESASTRES

BRUNO R. LIMA*
HERNAN SANTACRUZ**
JULIO LOZANO**
JAIRO LUNA***
SHAILA PAI****



Palabras clave: Atención primaria – Salud Mental – Desastre.

Siete a diez meses después de la tragedia que destruyó la ciudad de Armero, en Colombia, se entrevistaron a 200 víctimas, administrándoseles el Cuestionario de Auto-Reportaje (CAR) para identificación de trastornos emocionales. Para evaluar la naturaleza específica de los trastornos, un submuestreo de 104 víctimas fue entrevistado por psiquiatras. Los diagnósticos más frecuentes fueron: síndrome de estrés postraumático, depresión y trastorno con ansiedad generalizada. Nuestros hallazgos indican que:

- Entre las víctimas de un desastre de magnitud, en un país en desarrollo, se detecta una prevalencia muy alta de trastornos emocionales bien definidos: configura una verdadera “epidemia”.
- Básicamente, los trastornos identificados se reducen a cuadros ansio-depresivos.
- El CAR es un instrumento válido para realizar encuestas con víctimas de desastres.
- Los recursos especializados en salud mental resultan insuficientes para cubrir las necesidades de la especialidad en las comunidades afectadas.

Para que los servicios necesarios sean brindados atendiendo a todos los aspectos, es necesario que las víctimas reciban atención de salud mental por intermedio del trabajador de atención primaria, área ésta que no ha sido sistemáticamente estudiada en el marco de una situación de desastre. Entendemos que nuestro trabajo sirve de orientación inicial para que se fomente esa estrategia de atención.

* Dr. Bruno R. Lima, 188 Meyer Bldg – Johns Hopkins Hospital - Baltimore MD 21205 – E.U.A.
** Universidad Javeriana. Bogotá e Ibagué, respectivamente – Colombia.
*** Servicio Seccional de Salud, Ibagué – Colombia.
**** Programa de Psiquiatría Comunitaria, Johns Hopkins University, Baltimore, E.U.A.

MENTAL HEALTH PRIMARY CARE AMONG VICTIMS OF THE MUDSLIDE DISASTER IN ARMERO, COLOMBIA

Seven to eight months after the disastrous volcanic mudslide that destroyed the town of Armero, Colombia, 200 victims were screened up by means of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ) for emotional disorders identification. In order to assess disorders' specific nature, a 104-victim subsample was interviewed by psychiatrists. The most frequent diagnosis ranged among (a) Post-traumatic stress syndrome, (b) Depresión, and (c) Generalized anxiety disorder. Our findings help us to point out that (1) In a developing country a higher prevalence of well-defined emotional disorders among victims of any first-magnitude disaster is to be detected at such a level it can safely be said a real epidemic is to be tackled with, (2) Basically, the identified symptomatology confines itself to anxiety-depression disorders, (3) SRQ is indeed an apt instrument for disasters victims screening, and (4) Mental health specialized resources proved to be insufficient for an adequate coverage of the needs of the affected communities to be performed.

As far as mental health is concerned, if the necessary services are to be offered so that all aspects involved are taken care of, it is imperative that victims be attended to by primary care workers. So far, mental health primary care area is still lacking a systematical research within a disaster situation framework. We understand that our paper may serve as an initial orientation for this care strategy being duly implemented and furthered up.

In memoriam

Para Lilian Osorio de Acosta, Juan de Dios Alonso, Julián Benavides, María Magdalena Bocanegra, Luz Angela Ceballos, Pedro Garzón, Adriana Sánchez y Doris Torres, equipo profesional del Hospital Psiquiátrico Isabel Ferro de Buendía, de Armero, cuyos sueños han sobrevivido al alud

tanto en los países en vías de desarrollo (3, 4) como en los desarrollados (5, 6).

Sin embargo, la atención primaria de salud mental para víctimas de desastres es un área que sigue siendo descuidada. Se han estudiado las intervenciones en salud mental en los períodos post-desastre más inmediatos (7, 17) y podemos afirmar que el TAP no ha sido incluido de forma sistemática en el manejo de las consecuencias psicosociales de cataclismos, tanto a mediano como a largo plazo (18). Sin embargo, si se pretende brindar atención de salud mental a víctimas de tragedias de manera oportuna y eficaz, es preciso integrar al TAP en los servicios generales de salud, en especial en el nivel primario de atención (19) cosa que todavía no ha sucedido (20). Puede deberse tal falla, en parte, a los otros problemas de

I. Introducción. La atención primaria en salud mental ha sido definida como "estrategia fundamental para lograr el objetivo de 'salud para todos en el año 2000' " (1), siendo la salud mental uno de sus componentes esenciales (2). En la prestación de servicios de salud mental, el papel del trabajador de atención primaria (TAP) está bien establecido,

salud que presentan las víctimas, los que abarcan desde la atención de los problemas físicos individuales hasta la mejoría de las condiciones ambientales (21), con lo cual la prioridad de la salud mental se encuentra relegada en medio de las actividades post-desastre (22, 23). Puede, asimismo, buscarse la razón de esta laguna en la idea que los problemas emocionales de las víctimas no son comunes, o no son graves, o que habría muchas dificultades para entrenar al TAP en la detección y manejo de tales problemas.

Ahora bien, el caso es que los desastres son frecuentes en los países en vías de desarrollo y, por lo regular, afectan a

aquellos grupos más postergados desde el punto de vista de la salud, países donde la atención primaria se configura en la estrategia adecuada para brindar servicios de salud mental con la cobertura necesaria (24). En especial en los países en desarrollo, las calamidades representan un importante problema en materia de salud pública (25). Si excluimos las catástrofes ocurridas en los E.U.A. (26), entre 1900 y 1975, 2.392 ocurrieron en el mundo entero. De esas, el 86,4% tuvo lugar en países en vías de desarrollo lo que significó un total de 42 millones de muertos y 1.4 millones de damnificados (Cuadro I). El 78% de las muertes se dio en los países

CUADRO 1.

DESASTRES EN EL MUNDO (EXCEPTO ESTADOS UNIDOS) INDIVIDUOS MUERTOS Y DAMNIFICADOS Y NUMERO DE DESASTRES						
INDIVIDUOS	TOTAL		PAISES DESARROLLADOS		PAISES EN DESARROLLO	
	N	%	N	%	N	%
Muertos	53,245,836	100.0	12,056,683	22	42,040,168	78
Damnificados	1,419,351,000	100.0	35,822,000	2.5	1,383,529,000	97,5
Total	1,472,596,836		47,878,683		1,425,569,168	
Proporción	26,7		2,97		32,9	
Número de Desastres	2,392	100.0	327	13.6	2,036	86.4

FUENTE: (26)

en desarrollo, donde se ubica el 97,5% de los damnificados. La proporción entre damnificados y muertos —de sólo 2,9 para los países desarrollados—, es diez veces mayor para los países en desarrollo. Así pues, vemos que los desastres ocurren con mayor frecuencia en los países del Tercer Mundo, y también que son responsables por una pro-

porción de víctimas muchísimo mayor; víctimas que, luego de haber podido salvar la vida, necesitan que sus problemas psicosociales sean atendidos de manera efectiva a largo plazo. Esta situación está destinada a empeorar por cuanto la urbanización *explosiva*, las presiones, el deterioro progresivo de las condiciones socioeconómicas y el desa-

rollo tecnológico son factores todos que están colocando a segmentos de población cada vez mayores en áreas de alto riesgo (27).

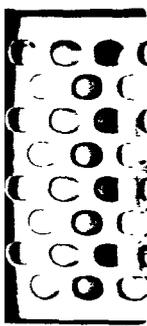
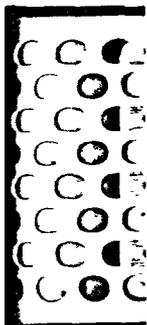
En los países en desarrollo, la prestación de los servicios de salud mental se logra recurriendo a los servicios del TAP quien, por lo regular, es una persona de educación y capacitación limitadas, seleccionada por la comunidad —o que cuenta con su apoyo— y que tiene a su cargo acciones básicas de salud (28). Diversos estudios han mostrado que, de los pacientes vistos en los servicios de atención primaria, un quinto, aproximadamente, presenta trastornos psicológicos de relevancia, tanto en los países desarrollados (29), como en los en vías de desarrollo (30). Luego de ocurrido un desastre, sería de esperar que se siguiera recurriendo a los servicios brindados por el TAP. Se demostró asimismo que se lo puede capacitar para atender actividades de salud mental en situaciones rutinarias: también es de esperar que se pueda capacitar al TAP luego de ocurrida una catástrofe.

A efectos de estudiar la problemática asistencial en salud mental para las víctimas de desastres, los autores han diseñado un proyecto a largo plazo destinado a desarrollar y evaluar las actividades del TAP en lo que a salud mental se refiere. Las diversas etapas de este proyecto incluyen: 1) identificación de la prevalencia de trastornos emocionales entre víctimas de desastres; 2) identificación y diseño de instrumentos adecuados para entrevistar a las víctimas y administrarles una encuesta; desarrollo de material de capacitación del TAP especializado en salud mental; 4) evaluación del programa de capacitación, tanto respecto de los conocimientos del TAP como de su capacidad para identificar correctamente qué víctimas sufren de problemas emocionales. Los resultados de este proyecto deberán promo-

ver políticas nacionales de salud para incrementar en los países en vías de desarrollo el papel del TAP dentro de la prestación de servicios vinculados con la salud mental a víctimas de catástrofes.

En este trabajo, presentamos los resultados obtenidos a partir del estudio realizado en Armero, Colombia, luego de la erupción volcánica que destruyó esa ciudad de 30.000 habitantes el día 13 de noviembre de 1985 (32, 33). Armero fue el sitio seleccionado para evaluar la eficacia de los servicios que, en materia de salud mental, podía brindar el TAP por cuanto, a raíz de la catástrofe, fallecieron 37 profesionales y trabajadores de salud mental y quedó destruido el hospital psiquiátrico regional, donde se concentraba el 87% de las camas psiquiátricas del Departamento del Tolima. En consecuencia, quedó bien claro que al sector general de salud —en especial, al nivel primario de atención— les incumbían, ipso facto, el hacerse cargo de la mayor parte de la demanda psiquiátrica —tanto de la demanda de rutina como de la generada por el desastre—. Luego de identificar la tasa de prevalencia de trastornos emocionales entre las víctimas, intentamos identificar aquellos factores (personales y/o ambientales) asociados con el mayor riesgo de provocar trastornos emocionales. Asimismo, ofrecemos los hallazgos referentes a la validez del instrumento empleado para detectar estos trastornos y terminamos con una evaluación de nuestros descubrimientos; o sea que implican con respecto a fomentar la capacitación adecuada del TAP para lidiar con problemas de salud mental en situaciones de cataclismo.

II. Métodos. Siete meses después del drama de Armero, se hizo una evaluación del estado emocional de los damnificados, a fin de identificar la preva-



lencia de esas condiciones y las variables relacionadas con su desarrollo. Un submuestreo de estos sujetos fue examinado en una entrevista psiquiátrica para detectar los trastornos específicos y determinar la validez del instrumento empleado en la encuesta.

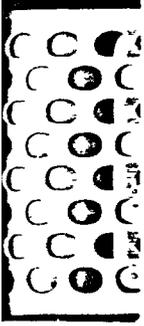
A. Encuesta. Doscientos damnificados, con edad superior a los 18 años, constituyen la muestra, obtenida en dos campamentos y dos albergues en el área del desastre. La encuesta fue realizada por profesionales de salud mental: dos psicólogos, una enfermera psiquiátrica y una terapeuta ocupacional. Se insumió un período de dos meses, en esos mismos lugares. Ningún sujeto rehusó la entrevista. No fue posible coleccionar datos de un grupo control: las dificultades para llevar a cabo un proyecto de esta naturaleza en un país en desarrollo son inmensas, y dirigir los esfuerzos de trabajadores de salud para compilar datos de investigación ya los aparta de la mera prestación de servicios. Por otra parte, aunque no directamente afectadas por la erupción volcánica, las poblaciones de comunidades vecinas habían sido tan involucradas en la hecatombe que mal se las podía considerar grupo control. Y encuestar una muestra perteneciente a otra área geográfica resultó simplemente imposible.

Los datos obtenidos cubrieron: características sociodemográficas de las víctimas, su vivencia del siniestro, sus quejas físicas y emocionales, el ambiente en albergues y campamentos y el apoyo social existente. Se preparó un cuestionario para abarcar esos temas, el que incluyó una versión modificada del Cuestionario de Auto-Reportaje (CAR) que se ha empleado en diversos estudios para identificar individuos con trastornos emocionales (34, 36). A semejanza de otros instrumentos de encuesta para

trastornos emocionales, el CAR señala que determinado individuo con puntaje positivo es un caso "probable" aunque la naturaleza específica del trastorno no pueda ser determinada. Sobre la base de nuestra experiencia en el manejo del instrumento (37), agregamos preguntas referentes a epilepsia y alcohol a las que tratan de síntomas neuróticos y psicóticos. Los damnificados eran identificados por el CAR como sufriendo de un trastorno emocional si llegaban a un puntaje de 8 o más en la subescala neurótica de 20 preguntas, a un puntaje de 1 o más en la subescala psicótica de 4 preguntas, o a un puntaje de 1 en las preguntas sobre epilepsia o alcohol.

Sobre la base de los resultados del CAR, el muestreo de 200 sujetos fue dividido en dos grupos: los con puntaje positivo (probables casos) y los con puntaje negativo (probables normales). Los datos respecto de sus características sociodemográficas, su vivencia de la catástrofe, el ambiente en albergues y campamentos y los problemas físicos y emocionales fueron comparados entre esos dos grupos con el propósito de identificar asociaciones significativas con el nivel de trastorno emocional detectado por el CAR.

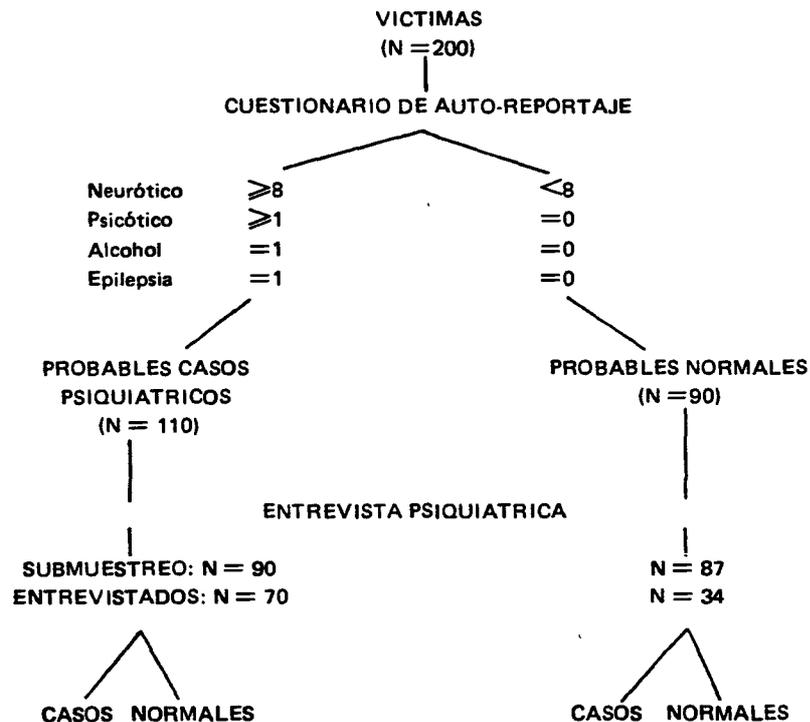
B. Entrevista psiquiátrica. Un submuestreo de los damnificados encuestados fue, a su vez, encuestado por un psiquiatra. 23 casos quedaron eliminados de esta segunda fase ya que su puntaje positivo en el CAR sólo era consecuencia de un resultado positivo en la pregunta sobre alcohol ($n=22$) o epilepsia ($n=1$). Se tomó la decisión sobre la base del principio de que la investigación había sido concebida no sólo como un modo de desarrollar conocimientos nuevos, sino también como estrategia para brindar servicios de salud mental a las víctimas (38). Dada la es-



casez de recursos especializados en salud mental en el área de la catástrofe, nos pareció más eficiente concentrar los esfuerzos en aquellos damnificados identificados por la encuesta como probables casos. Para aquellas víctimas que, aparentemente, sólo tenían problemas derivados del consumo excesivo de alcohol, se contaba con tratamientos de alternativa (por ej. Alcohóli-

cos Anónimos) que no precisaban de los recursos especializados del sector especializado en salud mental. La única víctima con resultado positivo en el CAR, y ello sólo a causa de su puntaje positivo en la pregunta sobre epilepsia, se consideró caso idiosincrático, por lo que quedó eliminada, cosa que redujo el número de sujetos a 177 (Fig. 1). De esos, 90 tenían resultado

FIGURA 1. Diseño de la Investigación de Armero.



positivo en el CAR y 87, negativo. Se intentó entrevistar a todos los sujetos con resultado positivo en el CAR y alrededor de un tercio de aquellos con resultado negativo. Se entrevistó a 70 de los positivos y 34 de los negativos. Por más que intentamos hacer un muestreo sometido al azar para la entrevista, no se pudo lograr por cuanto muchos

individuos habían abandonado el área del desastre. Sólo dos personas rehusaron prestarse a la entrevista.

Los entrevistadores (n=9) eran docentes o residentes del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Javeriana, todos ellos clínicos experimentados, que estaban trabajando en la región cuando ocurrió la tragedia. Esta-

ban familiarizados con la problemática de salud mental en casos de desastres y habían recibido entrenamiento adicional en esa especialidad. Los entrevistadores no estaban ciegos con respecto de los resultados obtenidos en el CAR por ambos grupos ya que las entrevistas con víctimas de puntaje positivo habían sido realizadas antes que las entrevistas con víctimas de resultado negativo. Las entrevistas con el grupo CAR-positivo fueron conducidas concomitantemente con la encuesta, pero las entrevistas con el grupo CAR-negativo se realizaron después; es decir, transcurrió un lapso de, aproximadamente, diez semanas entre las encuestas y las entrevistas psiquiátricas.

Se desarrolló la entrevista psiquiátrica teniendo diversos factores en cuenta como ser: circunstancias específicas de la catástrofe, entrenamiento de los clínicos, necesidad de obtener resultados generalizables. La excesiva demanda que pesó sobre los psiquiatras para que brindaran servicios de salud mental a las víctimas impidió que los profesionales recibieran capacitación formal en el uso de una entrevista psiquiátrica estandarizada. Estaban familiarizados con el historial médico utilizado rutinariamente en su servicio clínico, de suerte que se decidió emplearlo para la entrevista psiquiátrica. El historial fue modificado para incluirle preguntas relativas a la situación específica de la tragedia, así como también poder recoger información sociodemográfica, historial familiar y personal, personalidad pre-mórbida, trastornos psiquiátricos anteriores, trastornos médicos pasados y presentes, atención de salud general y mental recibida, vivencia del desastre, trastornos emocionales corrientes y examen del estado mental. Una vez completada la entrevista, el psiquiatra estableció su diagnóstico clínico.

Sin embargo, para garantizar la estandarización y la generabilidad de los descubrimientos, se añadió una lista de síntomas (39) al historial clínico, a efectos de emitir diagnósticos psiquiátricos en concordancia con los criterios de la Tercera Edición del *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. (DSM-III) de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (40). Se pidió a los clínicos que marcaran los síntomas identificados, los que fueron revisados por un evaluador independiente, familiarizado con los criterios del DSM-III para generar diagnósticos en cada caso individual.

Se compararon las variables seleccionadas entre las víctimas entrevistadas con las de las víctimas no entrevistadas, en cada grupo de resultados del CAR, para evaluar el posible impacto de las diferencias en esas variables. Se analizaron los diagnósticos psiquiátricos formulados por los clínicos según los criterios del DSM-III y se definieron criterios para el establecimiento de casos confirmados. Finalmente, se compararon los casos confirmados con los resultados obtenidos con el CAR, para evaluar las características del instrumento en cuanto a identificación de víctimas con problemas emocionales.

III. Resultados. Ofrecemos a continuación los resultados obtenidos en las dos fases del estudio: la encuesta y la entrevista psiquiátrica.

A. Encuesta. Se ofrecen los resultados del análisis en los Cuadros 2-4. Las características sociodemográficas (Cuadro 2) revelan que la mitad del muestreo eran hombres, el 70% menores de 45 años. El 50% vivía con una *compañera* o cónyuge. Un tercio era analfabeto. Todos los sujetos eran de composición racial mixta.

Si se incluyen los sujetos con resultado CAR-positivo sólo por sus respuestas

CUADRO 2.

DISTRIBUCION (%) DE CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS SELECCIONADAS Y DE LOS PUNTAJES EN EL CAR DE LAS VICTIMAS DEL DESASTRE DE ARMERO ENCUESTADAS Y DISPONIBLES PARA ENTREVISTA			
		ENCUESTADAS (N = 200)	DISPONIBLES PARA ENTREVISTA (N = 177)
Sexo	Masculino	53	48
	Femenino	47	52
Edad (Años)	18 - 44	70	68
	45 - 64	22	23
	65 +	8	9
Estado Civil	Soltero	20	20
	Casado	13	14
	Unión Libre	45	43
	Separado	8	9
	Viudo	14	14

afirmativas a preguntas sobre epilepsia y alcohol, la prevalencia total de los problemas emocionales fue del 55%. Excluyendo a esos sujetos, la prevalencia bajó al 45%. Cuando se compararon los puntajes promedios de los sujetos con resultados positivos y negativos en el CAR, se observó entre ellos una diferencia muy significativa. El

puntaje promedio de la subescala neurótica para sujetos con resultado negativo fue de $3,46 \pm 2,1$, lo que representa casi un cuarto de puntaje promedio de los sujetos con resultado positivo en la misma subescala del instrumento ($11,19 \pm 3,5$, $P < 0,001$).

En el Cuadro 3, se indica que los problemas más frecuentes en la subes-

CUADRO 3

PREVALENCIA (%) DE TRASTORNO EMOCIONAL DEFINIDO POR EL CAR* POR LOS SINTOMAS NEUROTICOS DEL CAR MAS FRECUENTE					
SINTOMAS MAS FRECUENTES	N	SINTOMA PRESENTE?		P	
		SI % Con Trastorno Emocional	NO % Con Trastorno Emocional		
¿Se siente nervioso, angustiado o preocupado?	163	63	37	24	<.001
¿Se asusta con facilidad?	117	67	83	40	<.001
¿Le dan muchos dolores de cabeza?	112	69	88	39	<.001

* Cuestionario de Auto-Reportaje

cala neurótica del CAR fueron: sentirse nervioso, angustiado o preocupado (n= 163), asustarse con facilidad (n=117) o sufrir mucho de cefalea (n=112). Los síntomas que mejor predijeron resultado positivo en el CAR

CUADRO 4.

PREVALENCIA (%) DE TRASTORNO EMOCIONAL DEFINIDO POR EL CAR* POR LOS SINTOMAS DEL CAR QUE MAS PREDICEN UN RESULTADO POSITIVO EN EL CAR					
SINTOMAS	N	SINTOMA PRESENTE?		NO % Con Trastorno Emocional	P
		SI % Con Trastorno Emocional	N		
¿Se siente incapaz de ser útil en la vida?	31	100	169	47	<.001
¿Se siente cansado todo el tiempo?	42	95	155	44	<.001
Tiene problemas en pensar con claridad	34	91	164	48	<.001

* Cuestionario de Auto-Reportaje.

(Cuadro 4) fueron: sentirse incapaz de ser útil en la vida (n=31), estar cansado todo el tiempo (n=42) y resultarle a uno difícil pensar con claridad (n=34).

La presencia de trastorno emocional indicada por el CAR se estudió con relación a variables personales seleccionadas, como ser la vivencia de la tragedia, variables ambientales y quejas físicas y emocionales (Cuadro 5). Dentro de las variables personales, sólo el vivir en soledad estaba asociado de modo significativo con los problemas emocionales. Una asociación coherente se observó entre edad avanzada y educación limitada, al tener resultados CAR-positivos, con un significado estadístico fronterizo.

Los diversos aspectos de la vivencia del desastre que, intuitivamente, podrían estar relacionados con el estado emocional de los damnificados, no resultaron asociados significativamente con un incremento en los trastornos emocionales identificados por el CAR.

Por ejemplo, el presenciar horrores durante la tragedia, el perder familiares, el no tener idea del peligro inminente, el no haber hecho planes por si ocurría el desastre, el haber sido herido, el no haberse recuperado todavía y el no haber brindado ayuda a otros no fueron factores que predijeran problemas emocionales subsiguientes.

Diversas experiencias de orden corriente estaban, sí, significativamente asociadas con trastornos emocionales como ser: haber perdido el empleo, no percibir que otros trataban de ayudar, ignorar la fecha en que podría salir del campamento o albergue o estar insatisfecho con las condiciones de la vivienda. Algunos problemas físicos también estaban asociados de modo significativo con un resultado CAR-positivo a saber: dolor epigástrico, síntomas inespecíficos y quejas somáticas múltiples. Las víctimas que se quejaban de trastornos emocionales —como ser depresión y problemas psicósomáticos— tenían una mayor probabilidad de “sacarse” un re-

CUADRO 5.

PREVALENCIA (%) DE TRASTORNO EMOCIONAL DEFINIDO POR EL CAR* POR VARIABLES SELECCIONADAS						
		VARIABLE PRESENTE?				P
		SI	NO			
		N	% Con Trastorno Emocional	N	% Con Trastorno Emocional	
I. Variables Personales						
Vivir solo		18	83.3	162	51.9	< .03
Edad (Años)	18-44	140	51.4			
	45-64	43	62.8	NA		~ .06
	65+	17	70.6			
Educación	0	61	62.8			
(Años)	1-5	109	55.0			~ .07
	6+	30	43.3			
II. Vivencia del Desastre						
Ver cosas terribles		184	54.9	14	57.1	NS
Perder familiar		157	56.1	42	52.4	NS
No tener idea del peligro		70	51.4	130	57.7	NS
Planes para el Desastre		24	54.2	175	55.4	NS
Haber sido herido		62	62.9	133	50.4	NS
Estar recuperado		40	57.5	25	76.0	NS
Ser de ayuda a otros		63	60.3	134	53.7	NS
III. Variables Ambientales						
Haber perdido empleo		52	75.4	76	50.0	< .003
Estar siendo ayudado		114	46.5	85	67.1	< .004
Saber fecha para salir		83	45.8	105	62.9	< .02
Satisfecho con vivienda temporal		48	39.6	151	60.3	< .02
IV. Quejas Físicas						
Dolor Epigástrico		13	92.3	187	52.9	< .02
Síntomas inespecíficos		29	72.4	171	52.6	< .05
Número de quejas						
	0	84	45.2			
	1	72	59.7	NA		< .02
	2	39	60.0			
	3	14	86.7			
V. Quejas Emocionales						
Depresión		126	61.9	74	44.6	< .02
Problemas Psicosomáticos		12	100.0	188	52.7	< .004
Problemas interpersonales		46	69.6	154	51.3	< .03

* Cuestionario de Auto-Reportaje.

sultado CAR-positivo, como era de esperar.

B. Entrevista psiquiátrica. Las características sociodemográficas del submuestro seleccionado para la entrevista (n=177) se ofrecen en el Cuadro 2. No se observaron diferencias relevantes con respecto al muestreo original. Tampoco se observaron diferencias entre el

resultado promedio del puntaje de las subescalas neurótica y psicótica del CAR para ambos grupos.

Se compararon los grupos entrevistado y no entrevistado, para ver si existían diferencias importantes en la distribución de aquellas variables que, en el muestreo original de 200 sujetos, habían evidenciado una asociación de relevancia con los trastornos emocio-

nales; es decir: resultado promedio en el CAR en las subescalas neurótica y psicótica, edad, sexo, educación, estado civil, ocupación presente, problemas físicos, contar con la ayuda de otros, sa-

ber en que fecha se abandonaría el campamento o albergue. No se identificaron diferencias dignas de mención entre los sujetos con CAR-positivo (Cuadro 6) entre los grupos entrevistado

CUADRO 6

CARACTERISTICAS SELECCIONADAS DE LAS VICTIMAS DE ARMERO (%) CON RESULTADO POSITIVO EN EL CAR* (n = 90) POR ENTREVISTA PSIQUIATRICA				
PUNTAJE CAR PROMEDIO		CUESTIONARIO DE AUTO-REPORTAJE		P
		ENTREVISTADO (N = 70)	NO ENTREVISTADO (N = 20)	
Neurótico		11.41 ± 3.57	10.40 ± 3.20	N.S.
Psicótico		.77 ± .95	.65 ± .67	N.S.
Edad (Años)	18-44	58.6	70.0	N.S.
	45-64	27.1	25.0	
	65+	14.3	5.0	
Sexo	Masculino	38.6	60.0	N.S.
	Femenino	61.4	40.0	
Educación (Años)	0	40.0	20.0	N.S.
	1-5	48.6	70.0	
	6+	11.4	10.0	
Estado Civil	Soltero	20.0	35.0	N.S.
	Casado	15.7	10.0	
	"Compañero"	40.0	35.0	
	Separado	11.4	5.0	
	Viudo	12.9	15.0	
Ocupación corriente	Ninguna	75.7	70.0	N.S.
	Cualquiera	24.3	30.0	
Problemas Físicos	Si	55.9	41.5	N.S.
	No	44.1	58.5	
Personas que Ayudan	Si	52.9	52.6	N.S.
	No	47.1	47.4	
Fecha para salir	Si	58.6	60.0	N.S.
	No	41.4	40.0	

* Cuestionario de Auto-Reportaje.

o no entrevistado, en ninguna de las variables seleccionadas. Entre los sujetos CAR-negativo, sin embargo (Cuadro 7) se pudo observar diferencias significativas entre los grupos entrevistado y no entrevistado, con mayor proporción de mujeres y desempleados en el grupo entrevistado. Entre ambos grupos, los resultados promedios en el CAR tam-

bién fueron netamente distintos, siendo más elevado el promedio de la subescala neurótica en el grupo entrevistado.

Para estudiar la validez del CAR, se desarrollaron tres criterios para confirmar el caso psiquiátrico:

Criterio I: El individuo tenía, por lo menos, un diagnóstico psiquiátrico

CUADRO 7

CARACTERISTICAS SELECCIONADAS DE LAS VICTIMAS DE ARMERO (%) CON RESULTADO NEGATIVO EN EL CAR* (n = 87) POR ENTREVISTA PSIQUIATRICA				
PUNTAJE CAR PROMEDIO		CUESTIONARIO DE AUTO-REPORTAJE		P
		ENTREVISTADO (N = 34)	NO ENTREVISTADO (N = 53)	
Neurótico		4.03 ± 2.01	2.85 ± 1.98	.008
Edad (Años)	18-44	70.6	79.2	N.S.
	45-64	20.6	17.0	
	65+	8.8	3.8	
Sexo	Masculino	32.4	64.2	.004
	Femenino	67.6	35.8	
Educación (Años)	0	32.4	22.6	N.S.
	1-5	52.9	54.7	
	6+	14.7	22.6	
Estado Civil	Soltero	8.8	20.8	N.S.
	Casado	8.8	17.0	
	Unión Libre	50.0	45.3	
	Separado	11.8	3.8	
	Viudo	20.6	13.2	
Ocupación	Ninguna	73.5	34.0	.001
Corriente	Cualquiera	26.5	64.2	
Problemas Físicos	Si	55.9	41.5	N.S.
	No	44.1	58.5	
Personas que ayudan	Si	64.7	69.8	N.S.
	No	35.3	30.2	
Fecha para salir	Si	52.9	56.6	N.S.
	No	47.1	43.4	

* Cuestionario de Auto-Reportaje.

emitido por el clínico y confirmado por los criterios establecidos en el DSM-III.

Criterio II: El individuo tenía por lo menos un diagnóstico psiquiátrico emitido por el clínico, el que podía, o no, verse confirmado por los criterios establecidos en el DSM-III.

Criterio III: El individuo tenía por lo menos un diagnóstico psiquiátrico según los criterios establecidos en el DSM-III, diagnóstico que podía, o no, haber sido confirmado por el clínico.

Esos criterios no se excluyen recíprocamente y cada uno presenta ventajas y desventajas. El Criterio I, que define casos del modo más restricto,

incluye los que son definitivamente diagnósticos, pero puede fallar al momento de querer uno identificar los casos que no se compadecen con los criterios establecidos en el DSM-III.

Dada la aplicabilidad cuestionable del DSM-III en América latina (41), podían *perdersen* casos susceptibles de ser definidos *localmente* y, de ese modo, se *hinchía* la tasa con negativos falsos, con lo cual podía llegar a privarse a los pacientes potenciales de los servicios que precisaban. El Criterio II, por otro lado, incluye todos aquellos casos que recibieron un diagnóstico clínico emitido por un psiquiatra, el que comparte la misma cultura que la víctima, aun cuando el diagnóstico pueda no corresponder con los criterios sustentados en

el DSM-III. El Criterio II se basa sobre factores que pueden ser idiosincráticos y los diagnósticos son, normalmente, basados sobre información recogida de modo no reproducible. Se puede, así, identificar más *positivos falsos* y, del mismo modo, henchir artificialmente la tasa de prevalencia y aumentar la demanda por servicios de salud mental, de forma que no corresponde. El Criterio III es el más estandarizado y repetible para definir un caso. Sin embargo, en el presente estudio, se excluyen aquellos casos para los cuales la lista de

síntomas del DSM-III no incluye la categoría diagnóstica (por ej. trastornos de personalidad) o ignora las variaciones culturales de la psicopatología.

La distribución diagnóstica para sujetos con resultados CAR-positivos y CAR-negativos —según los criterios mencionados anteriormente— revela que la mayoría de los sujetos recibió más de un diagnóstico, fueran esos establecidos por el clínico o según el DSM-III. Entre los sujetos CAR-positivos (Cuadro 8) los diagnósticos más frecuentes fueron: síndrome de estrés postraumá-

CUADRO 8.

DIAGNOSTICOS	CRITERIOS PARA DEFINICION DE CASO		
	AMBOS	CLINICO	DSM-III
Síndrome post-traumático	33	51	35
Depresión mayor	24	25	33
Trastorno de ansiedad generalizada	2	15	2
Abuso/Dependencia al alcohol	4	8	4
Factores psicológicos	8	8	14
Complicando enfermedad física	2	2	2
Trastorno bipolar atípico	1	—	—
Trastorno de somatización	—	4	1
Trastorno de pánico	1	2	1
Trastorno de adaptación	—	1	—
Trastorno conversivo	—	1	—
Trastorno disociativo	—	1	—
Demencia senil	—	1	—
Trastorno de personalidad			
paranoide	—	1	—
esquizoide	—	1	—
inadecuada	—	1	—
Retraso mental, fronterizo	—	1	—
Dependencia al tabaco	—	1	—

- * Cuestionario de Auto-Reportaje
- ** Ambos — El diagnóstico hecho por el clínico fue confirmado por los criterios de la DSM-III (Criterio 1).
Clínico — El diagnóstico hecho por el clínico fue confirmado por los criterios de la DSM-III o no (Criterio 2)
DSM-III— El diagnóstico hecho según los criterios de la DSM-III fue confirmado por el clínico o no (Criterio 3)

tico, depresión mayor, trastorno por ansiedad generalizada, abuso del alcohol y fobias. Todos los demás diagnósticos fueron esporádicos. Entre los sujetos CAR-negativos, se observó una distribución similar; es decir, con mayor frecuencia de síndrome de estrés

postraumático y depresión mayor. Sin embargo, la frecuencia de esos diagnósticos fue menor que la detectada entre las víctimas CAR-positivas.

El análisis de la validez del CAR, comparado con los criterios de la definición de caso (Cuadro 10) indica que

CUADRO 9

DISTRIBUCION DE LOS DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICO DE LAS VICTIMAS DEL DESASTRE DE ARMERO CON RESULTADO NEGATIVO EN EL CAR* POR DIFERENTES CRITERIOS DE DEFINICION DE CASO			
DIAGNOSTICOS	AMBOS	CLINICO	DSM-III
Síndrome post-traumático	5	12	5
Depresión mayor	1	1	1
Trastorno adaptativo	3	3	3
Trastorno de ansiedad generalizada	1	1	1
Trastorno disociativo	1	1	1
Abuso del alcohol	1	1	1
Fobias	—	1	—

* Cuestionario de Auto-Reportaje.

** Ambos— El diagnóstico hecho por el clínico fue confirmado por los criterios de la DSM-III (Criterio 1).

Clínico— El diagnóstico hecho por el clínico fue confirmado por los criterios de la DSM-III o no (criterio 2).

DSM-III— El diagnóstico hecho según los criterios de la DSM-III fue confirmado por el clínico o no (Criterio 3).

la sensibilidad y el poder de predecir un diagnóstico psiquiátrico guardan alta coherencia, independientemente del criterio usado para definir el caso. La tasa de negativos falsos más baja ocurre cuando el diagnóstico clínico se usa como criterio de validación.

IV. Discusión. La interpretación de esos descubrimientos se ve limitada por las características mismas de la catástrofe, del muestreo y del proceso de entrevista psiquiátrica.

A. Características del desastre. Se sabe que las calamidades que destruyen la fábrica comunitaria están vinculadas con índices más elevados de morbilidad psiquiátrica que los desastres periféricos, cuando la comunidad, como un todo, no se ve afectada de modo significativo (42). La catástrofe de Armero fue un desastre central de enorme magnitud, hecho éste que puede estar relacionado no sólo con la alta prevalencia de trastornos emocionales con la que nos encontramos en el curso de nuestra investigación, sino también con una pauta de síntomas psiquiátricos que favorezcan su identifi-

cación mediante el instrumento empleado para la encuesta (43). Los cataclismos de menor magnitud y que sólo afectan a un grupo específico de la comunidad, no resultan tan devastadores y, quizá, no causen trastornos mentales tan duraderos ni tan intensos.

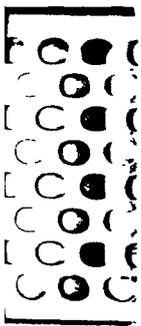
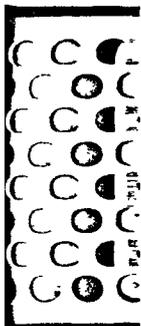
B. Características del muestreo. 1) La mayoría de los sobrevivientes de Armero son individuos de un nivel socioeconómico bajo ya que el alud se abatió sobre los sectores menos acaudalados de la ciudad, con la consiguiente tasa de mortalidad. Además, los sujetos encuestados fueron reclutados entre los sobrevivientes ubicados temporalmente en albergues y campamentos del área de desastre; es decir, no son representativos de toda la comunidad afectada. Es, por consiguiente, posible que la prevalencia psiquiátrica identificada no fuera tan elevada si el muestreo seleccionado hubiera sido representativo de los damnificados de todos los estamentos socioeconómicos (44). Ahora bien, ese tipo de víctimas socioeconómicamente pobres representan la población prioritaria a la que hay que brindar atención primaria de salud mental en los países en desarrollo; es decir, el

grupo que más especialmente nos interesa con respecto a los objetivos a largo plazo del presente proyecto. 2) No pudimos encuestar a un grupo control para verificar si la prevalencia del 55% de problemas emocionales que encontramos en nuestra muestra difiere significativamente de los niveles de trastornos emocionales observados en la población general no afectada. Sin embargo, el CAR ha sido utilizado en el estudio cooperativo de la OMS sobre "Estrategias para extensión de los servicios de atención primaria" en los países en desarrollo, el que fue llevado a cabo en siete centros de atención primaria de salud, Colombia incluida (45). Esta investigación arrojó tasas de prevalencia de trastornos emocionales entre pacientes adultos que frecuentaban los centros de atención primaria y no entre los sujetos de la comunidad, pero nos parece razonable suponer que la frecuencia de los trastornos emocionales será, cuanto más, la misma y, quizá, más elevada, en los servicios de salud cuando se compare con la frecuencia de los trastornos observados en la comunidad. La prevalencia de los trastornos emocionales entre los pacientes que frecuentaban las clínicas de atención primaria en los países estudiados por la OMS fue de un 13,9% (30). En el centro colombiano, la tasa observada fue de un 10,8%. Nuestros descubrimientos revelan una tasa de prevalencia en la comunidad cuatro veces mayor que la encontrada en los centros de atención primaria. Estas observaciones apoyan la hipótesis de que la alta tasa de prevalencia observada en trastornos psiquiátricos debe haber sido precipitada directamente por el desastre o bien, indirectamente, por las dificultades con las que los damnificados tropezaron en el período post-impacto.

C. Proceso de entrevistas psiquiátricas. 1) Los sujetos entrevistados no fue-

ron seleccionados al azar, entre los grupos CAR-positivos y CAR-negativos: este hecho puede haber conducido a una representación desproporcionada de sujetos con o sin trastornos emocionales en cada grupo entrevistado. Sin embargo, entre los sujetos CAR-positivos, la comparación entre sujetos entrevistados y no entrevistados no reveló diferencias significativas (Cuadro 6). Entre los sujetos CAR-negativos, las diferencias observadas entre entrevistados y no entrevistados nos revelan una mayor proporción de mujeres, de desempleados y de sujetos con puntaje más elevado en la subescala neurótica del CAR (Cuadro 7). Estas variables, sin embargo, se vinculan con una mayor morbilidad psiquiátrica y tenderían a aumentar el número de negativos falsos detectados en la entrevista, cosa que pondría la validez del CAR en tela de juicio. 2) Los psiquiatras que entrevistaron a los pacientes no estaban ciegos con respecto a la agrupación de los individuos según los resultados del CAR. Por consiguiente es posible que tal factor los haya influido sistemáticamente, en el sentido de emitir más diagnósticos entre los sujetos CAR-positivos y viceversa.

Sin embargo, los datos sugieren que esta influencia —si existió— fue mínima. En primer lugar, el CAR había sido administrado por otros trabajadores en salud mental y los clínicos no tuvieron que "justificar" sus resultados. En segundo lugar, cuando se consideran los diagnósticos emitidos por los clínicos como criterio para definición de caso, se observa una mayor proporción de casos diagnosticados entre aquellas víctimas CAR-negativas (Cuadro 10), cosa que indica que los clínicos no habían sido influidos por el resultado de la encuesta. Además, por lo general, los clínicos confían más en sus propias habilidades para diagnosticar que en los



CUADRO 10.

VALIDEZ DEL CAR* COMPARA A DIVERSOS CRITERIOS DE DEFINICION DE CASO DE LAS VICTIMAS DE ARMERO QUE FUERON ENTREVISTADAS (=104)						
CRITERIOS PARA DEFINICION DE CASO		CAR + (N=70)	CAR - (N=34)	CARACTERISTICAS DEL CAR		
				SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	VALOR PREDICTIVO POSITIVO
Criterio 1						
Diagnóstico del clínico y de la DSM-III						
	Si	53	8	.87	.60	.75
	No	17	26			
Criterio 2						
Diagnóstico del clínico						
	Si	64	14	.82	.77	.91
	No	6	20			
Criterio 3						
Diagnóstico de la DSM-III						
	Si	57	8	.87	.67	.81
	No	13	26			

* Cuestionario de Auto-Reportaje.

resultados de un cuestionario experimental. 3) Un último punto de preocupación es el lapso más extenso que transcurrió entre la encuesta inicial (CAR) y la entrevista psiquiátrica para los sujetos CAR-negativos, en comparación con los CAR-positivos. Existe la posibilidad de que el propio tiempo transcurrido haya conducido a una mejoría de la psicopatología transitoria la que —no detectada por el instrumento— hubiera no obstante estado presente inicialmente, entre los individuos CAR-negativos, cosa que llevaría a una reducción artificial de la tasa de negativos falsos. Ahora bien, como la encuesta fue llevada a cabo siete meses después de ocurrida la catástrofe, la probabilidad de haber identificado una psicopatología transitoria es mínima. Por otro lado, si los sujetos CAR-negativos desarrollaron trastornos emocionales durante el lapso transcurrido entre la encuesta y la entrevista psiquiátrica, este hecho aumentaría la tasa de nega-

tivos falsos y, así, disminuiría la validez del instrumento, lo cual, de nuevo, bajaría en contra de nuestra hipótesis original.

V. Conclusiones. Los hallazgos de nuestra investigación tienen implicaciones importantes para el desarrollo de servicios de atención primaria de salud mental para las víctimas de desastres, en América latina.

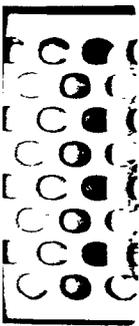
1) Se encontró una prevalencia muy elevada de trastornos emocionales identificados por el CAR. En esencia, una de cada dos víctimas adultas siete meses después de la tragedia —manifestaba síntomas en número e intensidad suficientes como para ser identificados por el instrumento. En consecuencia, no se justifica afirmar que los problemas de naturaleza psicosocial causados por los desastres sean raros, transitorios o leves (46). Al contrario, sobre la base de nuestros descubrimientos, podemos afirmar que, para las poblaciones mar-

ginadas de los países en desarrollo, que sean víctimas de una catástrofe de marca mayor, es de anticipar una tasa de prevalencia muy elevada de la morbilidad psiquiátrica. Esta "epidemia de trastornos mentales" excederá los recursos del sector especializado en salud mental —los que, rutinariamente, son limitados— pero, por su misma gravedad, esa tal "epidemia" cuando ocurre, necesita de una atención adecuada, oportuna y eficaz. 2) El CAR demostró tener validez adecuada para encuestar a víctimas de desastres. Su uso en otras situaciones catastróficas deberá ser estudiado con respecto a su generabilidad. De todos modos, su validez, comprobada en situaciones rutinarias, en diversas partes del mundo —y, ahora, en el desastre de Armero— indica que, con mucha probabilidad, el instrumento es válido para encuestar a víctimas de catástrofes ocurridas en los países en desarrollo. 3) Los sujetos CAR-negativos tuvieron un puntaje promedio en la subescala neurótica, muy apartado del puntaje promedio de los CAR-positivos: esto indica que la pauta de respuesta emocional de las víctimas, medio año después de una tragedia como la de Armero, se manifiesta de dos maneras básicas: sintomatología intensa y múltiple, o ausencia de síntomas, sea por la presencia de factores protectores (como ser la estructura de personalidad anterior al desastre o el nivel de apoyo recibido luego de ocurrido éste), sea por una negación masiva de la problemática emocional. 4) Los síntomas psiquiátricos más frecuentemente observados en las víctimas no fueron los que más predijeron la presencia de un trastorno emocional, según el CAR (Cuadro 3).

Por otro lado, los síntomas que mejor predijeron la presencia de un trastorno emocional según el CAR no fueron los más frecuentes (Cuadro 4). Es decir, el TAP deberá prestar mucha atención a

ciertos síntomas que —siendo relativamente raros— cuando presentes indican alta probabilidad de trastorno emocional. Es, por consiguiente, necesario que el TAP esté especialmente capacitado para identificar esos síntomas. 5) Hay que considerar ciertos aspectos ambientales cuando se ofrece vivienda de emergencia a los damnificados. Por ejemplo, fijar una fecha específica para abandonar el campamento temporario y trasladarse a vivienda permanente, parece ser un factor de protección importante. Además, las reparticiones gubernamentales encargadas de las víctimas deberán esforzarse por informar a esas acerca de todo cuanto se está haciendo para ayudarlas. 6) Los trastornos emocionales identificados por el CAR correspondieron a diagnósticos psiquiátricos bien definidos, según los criterios, tanto de los clínicos como del DSM-III. Este hallazgo indica que los servicios de salud mental brindados a las víctimas por intermedio del TAP no deben limitarse a enfocar tan sólo trastornos emocionales inespecíficos, sino también cuadros psiquiátricos clínicos bien definidos. Los diagnósticos psiquiátricos más comúnmente relevados entre las víctimas de Armero fueron: síndrome de estrés postraumático, depresión mayor y trastorno por ansiedad generalizada. Si bien puede cuestionarse si estos trastornos serán, también, los que más se den entre víctimas de otros desastres, estudios anteriores han demostrado que la ansiedad y la depresión configuran las características principales de la psicopatología de los desastres (47, 48).

Nuestros hallazgos indican que, debido a lo limitado de los recursos en el período post-desastre, la capacitación del TAP en la prestación de servicios de salud mental para las víctimas deberá enfocar la detección y el manejo de esas condiciones que son las más comunes y, clínicamente, las de mayor



relevancia.¹ La capacitación del TAP no deberá incluir todos los trastornos habitualmente presentes en situaciones clínicas de rutina, como ser psicosis agudas y crónicas, síndromes orgánicos, retraso mental, epilepsia o paciente con quejas múltiples (49, 51). Si las catástrofes hacen aumentar el volumen de morbilidad psiquiátrica también hacen disminuir la diversidad de las condiciones mórbidas, cosa que facilita el proceso de capacitación del TAP. Esta experiencia ha sido utilizada para elaborar el "Manual para el Trabajador de Atención Primaria de Salud Mental para víctimas de desastres" (52), que ha sido utilizado con buen éxito en Colombia y Ecuador.

Las próximas etapas de nuestro proyecto de investigación incluyen evaluar el impacto de esa capacitación en la detección y manejo de problemas de salud mental por parte del TAP y el efecto que el trabajo del TAP, capacitado en salud mental, pueda tener en cuanto a mejorar la problemática emocional de las víctimas. Nuestras conclusiones brindan un aporte empírico importante, capaz de movilizar los recursos necesarios para lograr tal objetivo ya que revelan un incremento muy importante en la morbilidad psiquiátrica entre víctimas de calamidades, comprueban la validez del CAR como instrumento sencillo, sensible y específico para la identificación de víctimas con problemas emocionales, e indican las pautas de morbilidad que deberán guiar los esfuerzos tendientes a capacitar el TAP para que brinde eficiente atención de salud mental a las víctimas de desastres.

Este trabajo ha sido realizado con los auspicios parciales de las Escuelas de Medicina de la Universidad Javeriana (Bogotá, Colombia) y Johns Hopkins (Baltimore, Estados Unidos); la División de Salud Mental del Ministerio de

Salud de Colombia y la Seccional de Salud del Tolima; la Organización Panamericana de la Salud; y el "Natural Hazards Research and Applications Information Center" de la Universidad de Colorado, Estados Unidos.

Agradecimientos:

Al Dr. Horacio Tabora, jefe del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Javeriana; al Dr. Paul R. McHugh, jefe del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Johns Hopkins; y al Dr. William R. Breakey, director del Programa de Psiquiatría Comunitaria de la Universidad Johns Hopkins, por el apoyo brindado durante la ejecución de este proyecto.

Al Dr. René Gonzalez, ex-Asesor Regional en Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud, y a la Dra. Mary Lystad, jefa del Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos por impulsar el desarrollo de esta investigación.

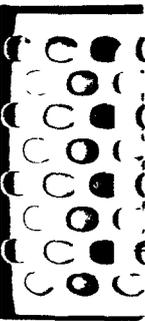
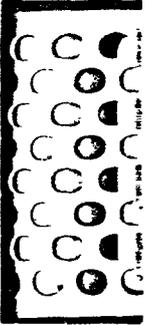
A los Dres. Leopoldo Domínguez de la Ossa, Guillermo Giraldo, Lucio González, Orlando Mejía, Tulio Marino Paz, Francisco Ruiz y Alicia Trujillo, residentes del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Javeriana, y al Dr. Fernando Guzmán, director del desaparecido Hospital Mental Isabel Ferro de Buendía, Armero, por la conducción de las entrevistas psiquiátricas.

A Daissy Aguirre Cardenas, Sara Alicia Arias de Rodríguez, Evelia Mondragón, Gloria Amparo Montenegro y Luz Mireya Santamaria, por la encuesta de las víctimas en los campamentos y centros de salud.

Al personal profesional de los centros de salud de Lérida y Guayabal, por su entusiasta participación en esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION Primary Health Care, A Joint Report by the Director-General of the World Health Organization and the Executive Director of the United Nations Children's Fund, Genève, World Health Organization, 1978.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION Psychia-



- try and Primary Medical Care, Report on a Working Group, Copenhagen, World Health Organization, 1973.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Organization of Mental Health Services in Developing Countries, 16th Report of the Expert Committee on Mental Health, World Health Organization Tech, Rep. Ser. 1975, 564.
 4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health Care in Developing Countries: A Critical Appraisal of Research Findings, Report of a WHO Study Group, World Health Org Tech Rep. Ser. 1984, 698.
 5. SCHURMAN, R. A.; KRAMER, P. D. & MITCHELL, J. B. - The Hidden Mental Health Network: Treatment of Mental Illness by Non-Psychiatric Physicians. Arch. Gen. Psychiat. 1985 42, 89-94.
 6. SHEPHERD, M. - Mental Health as an Integrand of Primary Medical Care. J. Psychosom Res 1980, 30, 657-664.
 7. GLASS, A. J - Psychological Aspects of Disaster, JAMA, 1959, 171, 222-225.
 8. KINSTON, W. & ROSSER, R. - Effects of Mental and Physical State, J Psychosom Res. 1974 18, 437-456.
 9. PARKER, G. - Psychological Disturbance in Darwin Evacuees Following Cyclone Tracy. Med J. Aust, 1975. 1 650-652.
 10. DOHRENWEND, B. P.; DOHREWEND, B. S.; WAREHEIT, G. et al. - Stress in the Community: A Report to the President's Commission on the Accident at Three Mile Island. Ann NY Acad Sci, 1981 365 159:174.
 11. PATRICK, V. & PATRIC, W. K. - Cyclone 78 in Sri Lanka: The Mental Health Trail. Br J Psychiat 1981 138. 210-216.
 12. PERRY, R. & LINDELL, M. K. - The Psychological Consequences of Natural Disasters: A Review of Research on American Communities, Mass Emergencies, 1978 3, 105-115.
 13. WILKINSON, C. B. - Aftermath of a Disaster: The Collapse of the Hyatt Regency Hotel Skywalks, Am J Psychiat, 1983 140, 1134-1139.
 14. HOIBERT, A. & MCCAUGHEY, B. G. - The Traumatic Aftereffects of Collision At Sea Am J. Psychiat, 1984, 141, 70-73.
 15. DUNAL, C.; GAVIRIA, M.; FLAHERTY, J. et al - Perceived Disruption and Psychological Distress Among Flood Victims. J Oper Psychiat, 1985, 16, 9-16.
 16. SHORE, J. H.; TATUM, E. L. & VOLLMER, W. M. - Psychiatric Reactions to Disaster: The Mt. St. Helen's Experience. Am J Psychiat, 1986, 143, 590-595.
 17. MADAKASIRA, S. & O'BRIEN, E. - Acute Post-traumatic Stress Disorder in Victims of a Natural Disaster. J. Nerv Ment Dis, 1987, 175, 286-290.
 18. LIMA, B. R. - Primary Mental Health Care for Disaster Victims in Developing Countries. Disasters, 1986, 10, 203-204.
 19. SOBERON, G.; FRENK, J. & SEPULVEDA, J.- The Health Care Reform in Mexico: Before and After the 1985 Earthquakes. Am J Pub Health, 1986, 76, 673-680.
 20. LIMA, B. R.; SANTACRUZ, H.; LOZANO, J. et al - Planning for Health Mental Health Integration in Emergencies In: LYSTAD M. (Ed) Mental Health in Mass Emergencies: Theory and Practice. New York, Brunner/Mazel Psychological Stress Series, en prensa.
 21. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION Emergency health management after natural disasters. Scientific Publication Nro. 407, Washington DC, Pan American Health Organization 1981.
 22. LECHAT, M. F. - Disasters and Public Health Bull World Health Org, 1979, 57, 11-17.
 23. CLAYER, J R.; BOOKLESS-PRATZ, C. & MCFARLANE, A. -- The Health and Social Impact of the Ash Wednesday Bushfires, Australia Mental Health Research & Evaluation Center, 1985 South Australia Health Community.
 24. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Health for All by the Year 2000. Strategies. Washington DC, Pan American Health Organization, 1980.
 25. KROEGER, E. J. - Disaster Management in Tropical Countries. Tropical Doctor, 1976, 6, 147-151.
 26. UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT, Office of U. S. Foreign Disaster Assistance. Disaster History. Significant Data on Major Disasters Worldwide 1900 Present, Washington DC, US AID, 1986.
 27. SEAMAN, J. (Ed.) - Epidemiology of Natural Disaster, Basel, Karger, 1984.
 28. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Primary Health Worker, Genève, World Health Organization, 1980.
 29. SHEPHERD, M. - Psychiatric Illness in General Practice, London, Oxford University Press, 1967.
 30. HARDING, T. W.; DE ARANGO, M. W., BALTAZAR, J. et al - Mental Disorders in Primary Health Care: A Study of their Frequency in Four Developing Countries Psychol Med., 1980, 10, 231-241.
 31. SRINIVASA MURTHY, R. & WIG, N. N. - The WHO Collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care IV: A Training Approach to Enhancing the Availability of Mental Health Manpower in a Developing Country, Am J Psychiatry, 1983, 140, 1486-1490.
 32. LIMA, B. R. - Asesoría en salud mental a raíz del desastre de Armero en Colombia, Bol of Sanit Panamer, 1986, 101, 678-683.
 33. SIGURDSSON, H. & CAREY, S. - Volcanic Disasters in Latin American and the 13th November 1985 Eruption of Nevado del Ruiz Volcano in Colombia, Disasters, 1986, 10, 205-217.
 34. HARDING, T. W.; CLIMENT, C. E.; DIOP, M. D. et al - The WHO Collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care, II:

- The Development of New Research Methods. *Am J Psychiat*, 1983, 140, 1474-1489.
35. MARI, J. J. & WILLIAMS, P. - A Comparison of the Validity of Two Psychiatric Screening Questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operation Characteristics (ROC) Analysis. *Psychol Med*, 1985, 15, 651-659.
 36. SEN, B.; WILSON, G. & MARI J. J. - Psychiatric Morbidity in Primary Health Care. A two-stage Screening Procedure in Developing Countries: Choice of Instrument and Cost-effectiveness. *Br J Psychiat*, 1987, 151, 33-38.
 37. BUSNELLO, LIMA, B. R. & BERTOLOTE, J. - Psychiatric and Psychosocial Issues in Vila Sao José do Murialdo Setting in Brazil. In JABLONSKY, A. (Ed) *International Perspectives in the Diagnosis and Classification of Mental Disorders, Alcohol- and Drug-Related Problems*. International Congress Series 669. Amsterdam, Excerpta Medica, 1985.
 38. SERVICIO DE SALUD DEL TOLIMA. Sección de Salud Mental. Resumen de actividades realizadas Sub-Programa: Atención post-desastre, Noviembre 13, 1985 - Septiembre 30, 1986.
 39. HELZER, J. D. DSM-III Criteria Checklist, Stand-Alone Version. St. Louis, Missouri, Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, 1984.
 40. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manuals* (3ro. Ed.) Washington DC, American Psychiatric Association, 1984.
 41. ALARCON, R. D. - A Latin American Perspective on DSM-III. *Am J Psychiat* 1983, 140, 102-105.
 42. BARTON, A. L. - *communities in Disaster: A Sociological Analysis of Collective Stress Situation*, New York, Doubleday, Anchor Books. 1969.
 43. QUARANTELLI, E. L. - What is a Disaster, The Need for Clarification in Definition and Conceptualization in Research. In SOWDER B. J. (Ed.) *Disasters and Mental Health. Selected Contemporary Perspectives*. Rockville MD, National Institute of Mental Health, 1985.
 44. MARY, J. J. & WILLIAMS, P. - Misclassification by Psychiatric Screening Questionnaires. *J. Chronic Dis*, 1986, 39, 377-378.
 45. HARDING, T. W. et al - Santé mentale et soins de santé primaires. *Psychopathologie Africaine*, 1979, 15, 5-28.
 46. QUARANTELLI, E. L. & DYNES, R. R. - Response to Social Crisis and Disaster *Ann Rev Sociol*, 1977, 3, 23-49.
 47. BROMET, E.; SCHULBERT, H. & DUNN, C. - Reaction of Psychiatric Patients to the Three Mile Island Nuclear Accident. *Arch Gen Psychiat*, 1982, 39, 725-730.
 48. MCFARLANE, A. C. - post-traumatic Validity of Disasters. A Study of Cases Present for Psychiatric Treatment. *J Nerv Ment Dis*, 1974, 174, 4-14.
 49. CLIMENT, C. E. & DE ARANGO, M. V. - *Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria*. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud, 1983.
 50. LIMA, B. R. (Ed) - *Manual de Treinamento em cuidados primarios de saude mental*, Porto Alegre, Secretaria de Saude e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, 1981.
 51. MURTHY, R. S. - *Manual of Mental Health for Multipurpose Workers*, Bangalore, National Institute of Mental Health and Neurosciences, 1985.
 52. LIMA, B. R. - *Manual para el trabajador de atención primaria en salud mental para víctimas de desastres*, Quito, Ministerio de Salud Pública, 1987.

ditem clínica psiquiátrica

DOCENCIA · INVESTIGACION Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

DIRECTOR: DR. JORGE E. GARCIA BADARACCO

SUBDIRECTOR: DR. NORBERTO J. PROVERBIO

Un enfoque multidisciplinario para el abordaje de las enfermedades mentales - Internación - Hospital de Día - Grupos Terapéuticos
Terapias Familiares - Tratamientos Psicofarmacológicos
Estudios Biológicos

O'HIGGINS 2328 · BUENOS AIRES

TEL.: 781-1306/7825/0557