

Salud mental y desastres. Nuevos desafíos

Prof. Dr. Mordechai (Moty) Benyakar*

* Prof. Tel-Aviv University. Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

El presente trabajo hace un abordaje amplio sobre las diferentes variables de la problemática de la salud mental en desastres y catástrofes, combinando la visión de la escuela francesa, la americana y la israelí.

Un desastre puede provocar una profunda patogenicidad en el psiquismo del damnificado en el caso que el abordaje y enfrentamiento con el mismo sean desvirtuados. Junto a ello una adecuada confrontación con la situación, podrá permitir a la población desarrollar sus propios recursos para que lo disruptivo de la situación no se transforme en un fenómeno patológico para el psiquismo.

Se presentan un abordaje del concepto "trauma" y lo traumático y se expone una breve reseña del concepto con sus diferentes usos, proponiendo centralizarnos en los conceptos de "vivencia traumática" y el de "situación disruptiva".

También se abordan los diferentes tipos de desastres tanto naturales como producidos por el hombre, y se revisan las diferentes clasificaciones en la literatura así como la especificidad de las fases del preimpacto, impacto y postimpacto.

En esta revisión se postula importancia de relacionarse con aquellas personas que han sufrido las consecuencias de un desastre como un "damnificado" y no como una "victima".

Se hace un estudio de los problemas y situaciones que enfrenta el profesional de la salud mental ante los desastres, como la cantidad insuficiente de profesionales entrenados disponibles; su interacción con los grupos de ayuda, instituciones, organismos políticos; la importancia del desarrollo de programas de salud mental flexibles pero con base en las experiencias del pasado, dirigidos con el uso del *liderazgo funcional*; y que deben realizar intervenciones por presencia a diferencia de las intervenciones por demanda. El abordaje asistencial en este tipo de situaciones es múltiple, incluye el individual, familiar, grupal, del medio ambiente, e institucional. El abordaje de un programa de salud mental para niños es de fundamental importancia en estos casos.

Los aportes de los profesionales de salud mental posibilitan al damnificado a comunicar su dolor y superarlo, y tratan de evitar que la crueldad disruptiva del mundo externo lo enajenen crónicamente.

Palabras clave: Desastre, salud mental, guerra, desastres naturales, terrorismo, situación disruptiva.

Mental health and disasters. New challenges

ABSTRACT

A broad approach about different variables of mental health problems in disasters and catastrophes, using a combination of French, American and Israeli schools point of views is presented in this paper.

A disaster can to cause a deep pathogenicity in the psychism of damaged people in the case that its approaching and facing could be changed. Moreover, an adequate confrontation with the situation will allow the people to develop their own resources against the disruptive situation.

An approach to "trauma" and the traumatic concepts, and a brief review on these concepts with their different utilizations, centralizing in "traumatic personal experience" and "disruptive situation" concepts are presented. Different types of disasters, both natural and produced by the men, and different classifications explained in the literature are reviewed, also the specificity of pre-impact, impact and post-impact phases.

The importance of the relationship with those persons who had suffered a disaster as a "damaged people" and not as a "victim" is postulated in this paper.

Difficulties and situations which professionals of mental health confront during a disasters as an insufficient quantity of training personnel available; the interaction with other helper groups, institutions and political organisms; the importance of developing a flexible mental health program but with basis on past experiences, guided by a functional leadership, using interventions "by presence" instead of interventions "by demand". Assistance work approach in this type of situations is multiple, including familiar, group, environmental and institutional approaches. A program for mental health approach for children is fundamental in disasters.

The contributions of mental health professionals possibilities to the damaged people to communicate their pain and relieve it, trying to avoid the disruptive cruelty of external world alienate them chronically.

Key words: Disaster, mental health, war, natural disasters, terrorism, disruptive situation.

Correspondencia: Dr. Mordechai (Moty) Benyakar

Av. Libertador 4944 9 "B" Buenos Aires Cap. - Fed. (Cod. 1426) Argentina Tels.: (5411) 4772-3796; (5411) 4776-3617; Fax: (5411) 4776-3743
E-mail: benyakar@infovia.com.ar

INTRODUCCIÓN

Los desastres y lo traumático

Los desastres y las catástrofes son la máxima expresión de la implosión de un evento fáctico en el psiquismo del individuo. Por ello he optado abordar “lo traumático” para iniciar el análisis de la salud mental en situaciones de desastres.

El término “trauma” es utilizado en la actualidad en diversos sentidos. Las múltiples connotaciones y el abuso en el empleo del mismo, denominando como tal cualquier situación terrible, provoca la perdida de su significado esencial de disruptión o discontinuidad. Arduos han sido los intentos por explicar lo que ocurre después del “trauma”, aunque paradójicamente aún tenemos una vaga idea acerca de lo que denominamos “trauma”. Si este concepto no adquiere una justificación teórico-clínica, su destino será considerarlo y diagnosticarlo a través de su sintomatología, en el mejor de los casos.

Etimológicamente “trauma” proviene del verbo griego que significa “lastimar”, “agotar”, “dejar exhausto”, que denotan “herida” o “injuria”.

La etiología y sintomatología del trauma han sido adjudicadas por diferentes autores a: la importancia de los eventos externos (Kardiner A, Spiegel JP, 1947), en contraste con el ámbito de la realidad interna; la predisposición temprana (Greenacre PH, 1952; Moses R, 1978), y los “traumas nucleares acumulativos” tempranos (Kahn M, 1963). Otras exploraciones incluyeron la noción de ansiedad de muerte y pérdida del sentido de invulnerabilidad (Lifton RJ, 1979), la falta de sentido en el contexto de la experiencia existencial (Brüll F, 1969; Frankel V, 1962), el papel de la biología en la formación del trauma (Kardiner A, Spiegel JP, 1947; Kolb LC, Multalipassi LR, 1982; Kolb LC, 1988; Dobbs D, Wilson HP, 1960), la importancia de la apoyatura social, la centralidad de la cognición y la función de la formación de imágenes (Horowitz MJ, 1970, 1976, 1993; Brett EA, Ostroff R, 1985).

La variedad del desarrollo teórico demuestra que la noción de trauma es inherente a la complejidad de la existencia humana y aún no cuenta con un consenso conceptual (Freud Anna, 1969; Winnik HZ, 1969; Furst SS, et al, 1971; Crocq L, 1992, 1993).

La “Traumatología” se considera el área de la psiquiatría que estudia las consecuencias psicosociales, inmediatas y mediadas, de los eventos disruptivos.

Esta disciplina fue desarrollada sistemáticamente en los últimos diez años a través de las investigaciones sobre lo sucedido en la primera y segunda guerras mundiales, el Holocausto, la Guerra de Vietnam, otras guerras, como así también las consecuencias de violaciones, la violencia familiar, torturas, inundaciones, incendios y terremotos.

La primera mención conocida al respecto proviene del antiguo Egipto, donde los “médicos” del faraón describían las “reacciones histéricas” en los *Kunyus Papirus*, uno de los primeros libros de Medicina conocidos, publicados en el año 1900 a. C.

Durante el siglo XIX, escritores e historiadores describieron diversos comportamientos observados en situaciones de catástrofe. Tal es el caso de Pline le Jeune en el año 79 d. C. durante la destrucción de Pompeya y Herculano, y el de Voltaire en la destrucción de Lisboa por un terremoto en el año 1755 (Wilson JP, et al, 1993).

Veith I (1965) comenta, en su análisis de la historia de la histeria, que a lo largo de los siglos, múltiples sucesos fueron descritos como reacciones emocionales a situaciones estresantes, presentándose diversos síntomas como: insomnio, “flashbacks” (escena retrospectiva, analepsis), ansiedad, “startle response” (sobresalto) y otros. Consideraban que estos síntomas eran obra de los dioses y demonios.

En el siglo XVIII, el médico Franz Antón Mesmer desarrolló el concepto magnetismo, que luego dio lugar al de hipnotismo. Este autor fue el primero en intentar dar respuestas científicas a esta sintomatología.

Fue Jean Martin Charcot el que en el año 1889 en el hospital parisíense La Salpêtrière, demostró que la histeria es una enfermedad de origen psíquico, y posibilitó a través de este hallazgo el estudio de las consecuencias de lo que entonces llamaron eventos traumáticos.

Pierre Janet (1886) fue el primer “psicólogo” en estudiar y tratar “lo traumático”. Consideraba que una de las características más importantes de estas situaciones era el hecho que los recuerdos traumáticos no se integraban en el relato del paciente, característica que conserva su importancia hasta el día de hoy.

Freud S. asistió a La Salpêtrière y allí comenzó a estudiar la sintomatología y etiología de la histeria. Una de sus primeras deducciones fue que la histeria se originaba en un trauma acaecido en el pasado. En ese entonces consideraba como situaciones traumáticas a los accidentes ferroviarios, caídas, decepciones amorosas, miedos, etc. En 1895 estudiando las neurosis traumáticas, sugirió que el enfrentamiento con situaciones que provocan afectos avasallantes dan como consecuencia un estado que desorganiza y en algunos casos destruye las funciones psíquicas. Freud S. sostenía que emociones “inaceptables” o muy intensas, provocan la represión y así el recuerdo se sustrae de la “memoria”, persistiendo aquel afecto que provocará los síntomas traumáticos. Más adelante, Freud S. considera al trauma como la

ruptura de las defensas, causada por estímulos internos y/o externos que provocan una incapacidad temporaria del Yo, restando valor a la naturaleza específica del estímulo y otorgando gran importancia a la "realidad intrapsíquica" (Freud).

John Eric Erichsen (1882) describió los síntomas de la llamada "enfermedad de Erichsen" (insomnio, ansiedad, parestesias sin etiología orgánica, etc.) en pacientes que habían sufrido accidentes ferroviarios, sintomatología casi idéntica a la que hoy se conoce como Desorden de Estrés Post Traumático. En la misma época, en Londres, Herbert Page (1885) fue el primero en considerar dicha sintomatología como de origen psicológico.

Los primeros estudios científicos sobre comportamientos en situaciones de catástrofe datan de menos de un siglo. Son ejemplo de esto las observaciones realizadas por el psicólogo William James en el terremoto de San Francisco el 18 de abril de 1906, la observación de los psiquiatras de la Marina de los Estados Unidos de América, durante catástrofes navales.

Se agregan a éstos, los estudios del psicosociólogo H. Cantril durante el pánico desencadenado por la emisión radiofónica de Orson Welles, llamada "Invasión desde Marte", el 30 de octubre de 1938 en el estado de Nueva Jersey en USA (Crocq L, et al, 1987).

Sin embargo, fue la primera Guerra Mundial con sus millones de víctimas y heridos, la que impulsó al mundo médico a investigar y sistematizar el estudio de la sintomatología posttraumática.

Durante la segunda Guerra Mundial se intensificó el desarrollo de métodos terapéuticos, así como la investigación de la etiología del síndrome, conocido entonces como "shock de combate" o "fatiga de combate". En esta guerra casi un tercio de los heridos presentaban sintomatología considerada de etiología psíquica. Se discutía entonces en los altos mandos y entre los psiquiatras si éste debía ser considerado un "fenómeno mental involuntario" o una manera intencional de eludir las obligaciones militares (Kardiner A, et al, 1959). Finalizada la segunda Guerra Mundial, Grinker y Spiegel JP (1963) publicaron el libro "Men Under Stress" que resumía la experiencia terapéutica acumulada con los pacientes que presentaban sintomatología de etiología psíquica. Ellos consideraban a las "reacciones estresogénicas de combate" (Combat Stress Reactions) como un colapso emocional acaecido bajo el fuerte estado de estrés del campo de batalla. Propusieron la denominación de "Neurosis de Guerra" o "Neurosis Traumática" a dicho síndrome. Indicaban una terapéutica basada en la abreacción inducida por narcóticos (posición por la que aparentemente Grinker fue excluido de la Sociedad Psicoanalítica).

Hans Selye (1950, 1956, 1980) es conocido por sus estudios sobre el estrés (stress), que definió como "La respuesta inespecífica del cuerpo a toda exigencia o demanda a éste". Fue el primero en sugerir que el estrés muy intenso debiera ser evitado, aunque debe tenerse en cuenta que el estrés constituye un aspecto vital de nuestra existencia, ya que la muerte es el único estado exento de todo estrés. Con el nombre del Síndrome Biológico de Estrés (Biological Stress Síndrome) conocido también como Síndrome General de Adaptación (General Adaptation Síndrome) describe las respuestas orgánicas y fisiológicas ante cualquier tipo de estímulo estresante.

Los científicos norteamericanos, continuando los estudios de Selye, realizaron una distinción entre estrés (stress) como factor externo y la tensión (strain) como su correlato interno. Esta diferenciación fue rápidamente abandonada en la literatura científica (Benyakar M, et al, 1988).

Durante los años ochenta se profundizó el estudio sistemático del Síndrome de Estrés Post Traumático (PTSD-Post Traumatic Stress Disorder). En 1980 se publicó por primera vez en el Manual de Diagnóstico y Tratamiento de la Sociedad Psiquiátrica de los Estados Unidos de América (DSM-III) el síndrome catalogado como Post Traumatic Stress Disorder. En el año 1985 se creó en los Estados Unidos de América la Sociedad de Estudios sobre el Estrés Traumático y el Journal of Traumatic Stress (American Psychiatric Association, 1980, 1987).

Recientemente se incluyó en el currículum de la carrera médica en algunos países una nueva disciplina: Medicina de Catástrofe, que incluye dentro de su campo de estudio los aspectos psicopatológicos, las características psíquicas, comportamientos inadaptados y la epidemiología de las catástrofes.

Sumado a los desarrollos de "los norteamericanos", se encuentran los aportes del "Grupo Francés". Este grupo manifiesta a lo largo de toda su obra una rica experiencia en la clínica, como así también una profunda conceptualización teórica. Considero a los trabajos de este grupo de suma importancia para abordar la problemática en cuestión. Sus trabajos abarcan el ámbito de guerras, combates, atentados, como así también el de catástrofes naturales, y las consecuencias psíquicas de individuos que han sido capturados como rehenes (Crocq L, 1997b). Se suman a estos aportes las experiencias cotidianas en los ámbitos civil y militar. (Crocq L, 1997a, 2000; Lebigot F, 1995, 1996, 1998).

El reto de los desastres a la salud mental

A mi entender, el efecto de la irrupción de una situación fáctica en el psiquismo humano replantea

la posición determinista de los que postulan al inconsciente o a los procesos neurofisiológicos como "únicos generadores" del desorden. El hecho que un evento externo repentino produzca reacciones psíquicas, en algunos casos características, hace que nos postulemos conceptos integracionistas que puedan entender el funcionamiento psíquico de un hombre en constante interacción con su medio, y la forma en que se desencadenan los diferentes procesos psíquicos y neuroendocrinos. Una actitud integracionista permitirá tener una posición más crítica y coherente respecto a la interacción entre los tratamientos psicoterapéuticos y el uso de los psicofármacos, en el caso que el desorden en cuestión así lo requiera (Merwin M., et al, 1988); Wilson JP, 1989; Milgram N, 1993; Miller TW, et al, 1994; Weaver JD, et al, 2000).

Esta posición es la que me llevó a postular el concepto de "Desórdenes Disruptivos". Siendo estos desórdenes psíquicos consecuencia de situaciones repentina que no han permitido la metabolización psíquica de las mismas, provocando de esta forma un desorden tanto en el proceso constitutivo del psiquismo del infans, o un desorden de integración psíquica cuando estas situaciones irrumpen en adultos con mecanismos y defensas constituidas (Benyakar M, 2000a).

Desórdenes disruptivos

Postulo a los desórdenes de estrés postraumático como desórdenes disruptivos, en los cuales la esencia del desorden o del factor desencadenante, es la irrupción repentina de una situación fáctica en el psiquismo humano, provocando una desestabilización psíquica y fisiológica al mismo tiempo, desencadenando diferentes fenómenos dentro de la gama de las patologías antes mencionadas (Benyakar M, et al, 1989).

Se acostumbra a denominar a las múltiples consecuencias de eventos fácticos desorganizantes para el psiquismo de diferentes formas, a saber: "trauma, neurosis postraumática, desorden de estrés postraumático, situaciones de estrés, etc." (Crocq L, 1996; Lebigot F, 2000; Andreoli A, 2000).

Creo que es de fundamental importancia para el campo de la salud mental ser precisos en los términos para poder abordar en forma adecuada la problemática en cuestión. Por tal motivo, entiendo que debemos diferenciar entre las características de la situación fáctica y su implicación en el psiquismo humano. Es por ello que pienso que el concepto de "situaciones traumáticas" es erróneo, puesto que debemos dejar el concepto de trauma o estrés para referirnos a la influencia de lo fáctico en el psiquismo humano. Por ello opto por el concepto de situaciones disruptivas, para caracterizar a eventos de

alto potencial para generar un desorden en el funcionamiento psíquico. Estos desórdenes pueden ser del orden del estrés o del trauma, con rasgos de ansiedad o depresión, o en contados casos llevar a estados psicóticos. Es por ello que veo la necesidad de reconsiderar la terminología propuesta tanto por el DSM IV del desorden de estrés postraumático (American Psychiatric Association, 1994, Benyakar M, 1994a).

Los desastres como situación disruptiva

La "situación disruptiva" es una situación que acaece en el mundo externo e irrumpe en el psiquismo, provocando la ruptura abrupta de un equilibrio u homeostasis existente hasta ese momento, tanto en el área individual y/o institucional y/o social. La ruptura de este equilibrio puede ser transitoria permitiendo una reorganización, o permaneciendo como un evento no elaborado ni elaborable" (Benyakar M, 1999). Una de las características importantes de las situaciones disruptivas es su potencial patogenicidad, relacionada tanto con las características de la amenaza contenida en dicha situación, como con la posibilidad y tipo de reacción a raíz de ésta. Destaco el concepto de potencialidad para resaltar el rechazo de la ecuación popular que toda situación disruptiva equivale al desarrollo de reacciones patógenas (Benyakar M, 2000).

Las definiciones de los términos relacionados con el de situación disruptiva son diversas y no siempre concordantes. El motivo de estas diferencias es, por lo general, que los investigadores toman parámetros diferentes, y/o utilizan los términos en forma muy global, y/o describen situaciones diferentes utilizando los mismos términos y no deteniéndose en una definición estricta.

Los diferentes tipos de desastres

Se pueden clasificar las situaciones de desastres en dos grandes categorías: 1) las provocadas por el hombre, 2) producto de las inclemencias de la naturaleza. En el campo de la salud mental es importante dilucidar las especificidades de cada una de ellas porque la causalidad del evento será uno de los determinantes de la forma en que se tramitará el dolor y los montos de culpa.

Los desastres provocados por el hombre pueden ser no intencionados o producto de una intención clara. Ejemplo de los desastres provocados por el hombre no intencionados es el desastre de la central nuclear de Chernobil. El choque de trenes, el incendio del funicular que actualmente sucedió en Austria, accidentes automovilísticos de diferentes órdenes, accidentes aéreos, etc. Todos ellos son producto de errores humanos, las instituciones en cuestión son las que tienen que afrontar

tar la responsabilidad de lo sucedido (Viinamaki H, et al, 1995).

Distintos son los desastres provocados por el hombre en forma intencionada. Podemos dividirlos en dos clases que aparentan ser similares, pero que son absolutamente diferentes. Uno son los desastres desencadenados por la agresión, el ejemplo más característico es la guerra convencional, en la que existe un agresor declarado que se postula como el hacedor del daño, y una persona o población que es dañada. En estos casos el damnificado puede desarrollar defensas ante la agresión, tanto sean defensas concretas para resguardar sus vidas o psíquicas, puesto que puede ubicar al hacedor del daño. De esta forma defino a la agresión como la actitud que está dirigida a producir daño físico o psíquico en la que el efector del daño está identificado.

Diferente es la situación de los desastres provocados por la violencia, como en el caso de los ataques terroristas, los violadores sexuales, etc. La violencia, a diferencia de la agresión, se refiere al daño provocado por figuras no identificadas y cuya meta es la de infligir el dolor o daño sin posibilitar que el damnificado pueda desarrollar ningún tipo de defensa (Curran PS, 1988).

Si bien por lo general las consecuencias psíquicas ante cada una de estas situaciones son diferentes, erróneamente se tiende a homologar el concepto de violencia con el de agresión (Benyakar M, 1998d, Benyakar M, 2000b).

Los desastres provocados por la naturaleza: Los desastres naturales pueden ser divididos en previsibles e imprevisibles. En zonas de huracanes, erupciones de volcanes, inundaciones, la preparación física y psíquica de la población puede ser distinta que en los casos de terremotos o incendios masivos producto del recalentamiento de diferentes zonas geográficas. A pesar que algunos desastres pueden ser prevenidos no siempre la población está informada o preparada para afrontar estas situaciones, en general por el hecho que la mayoría de estas situaciones ocurren en lugares con poblaciones de bajos recursos económicos. Existe un gran avance en cuanto a la preparación física de la población para afrontar estas situaciones, pero todavía estamos lejos de una adecuada preparación psicológica (Simon JD, 1997).

El buen entrenamiento, el hecho que cada uno sepa qué es lo que debe hacer en este tipo de situaciones, cuáles son las instituciones responsables para afrontar dichos eventos, los lugares a los cuales puede recurrirse, etc., tienen un carácter preventivo importante de mencionar. El entrenamiento en estos casos es el poder preparar a la población a descubrir sus propios recursos y características para afrontar estas situaciones.

Desastres y catástrofes

Una de las problemáticas con la cual nos enfrentamos es la diferenciación entre los términos catástrofe y desastre. Los términos en sí reflejan claramente su significado, pero a pesar de ello es muy difícil encontrar una definición para cada uno de ellos.

Korver en 1987 encontró cuarenta definiciones diferentes en la literatura. Este autor opina que, a pesar que las consecuencias de un desastre parecen ser ilimitadas “uno debe trazar una línea en algún lugar”.

A mi entender el concepto “desastre” remite a las características del evento, mientras que “catástrofe” se refiere a la acción desestructurante del evento tanto en lo individual, lo colectivo, lo social, público o material.

Es de destacar que estos términos se suelen utilizar como sinónimos en la literatura profesional. Sin embargo, vemos que los autores utilizan con más preponderancia uno u otro términos, de acuerdo con los países o culturas a que pertenecen, utilizando el otro como sinónimo del término preponderante. Raquel Cohen, de Miami, se centra en el término desastre utilizando como sinónimo catástrofe. El caso inverso es el de Crocq, en Francia, que emplea el término catástrofe como concepto principal (Cohen R, 1999 a y b; Crocq L, et al, 1987). En este trabajo utilizaré los términos desastre y catástrofe en forma indistinta.

Las características tanto de los desastres como de las catástrofes han sido definidas con base en diferentes parámetros.

A) Definiciones centradas en las características del evento

Raquel Cohen, et al (1989), define los desastres como “eventos extraordinarios que originan destrucción considerable de bienes materiales y pueden dar por resultado muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano”.

Harshbarger (1973) define los desastres como eventos rápidos y dramáticos que dan por resultado daños materiales y humanos considerables. Subraya la importancia de la vida comunitaria y plantea que los desastres deben considerarse de acuerdo con su potencial de perturbar las actividades de una comunidad y causar daños a los miembros de la misma.

Kastenbaum (1974) describe los desastres según la gravedad relativa de los mismos en comparación con otros eventos importantes. Definir a un evento como un desastre requiere antecedentes de estabilidad y normalidad con los que se compara la calamidad.

El Disaster Research Center clasifica a las catástrofes según su orden de gravedad basado en la combinación de diferentes parámetros.

- 1) Orden de Urgencia Uno: La zona de impacto es más de una comunidad tanto urbanizada como industrializada. El número de damnificados es más de mil. Los daños son importantes. El desastre sobreviene en forma imprevista y rápida.
- 2) Orden de Urgencia Dos: La zona de impacto es una sola comunidad urbanizada o industrializada. El número de damnificados es de cien a mil. Los daños son moderados y dispersos. El desastre sobreviene rápidamente, pero de manera que se puede prever.
- 3) Orden de Urgencia Tres: La zona de impacto es un barrio ni urbanizado ni industrializado. El número de damnificados es menos de cien. Los daños son leves. Se puede prever y es progresivo.

B) Definiciones que entremezclan las características del evento con las de la reacción

Schulberg (1974) analiza el vínculo entre los eventos riesgosos y las reacciones personales utilizando el concepto de crisis. Cinco son las características que diferencian las crisis y revisten importancia central para la mayor parte de los puntos de vista de las teorías de las crisis:

- 1) Una secuencia cronológica que se desarrolla con rapidez;
- 2) Cambios importantes en la conducta;
- 3) Sensación personal de impotencia;
- 4) Tensión en el sistema social y personal del sujeto;
- 5) Percepción de una amenaza para la persona.

Frederick (1977) refiriéndose a los desastres como crisis, diferencia los términos *crisis* y *emergencia*. Una crisis es un periodo de tiempo crucial, que puede durar minutos o meses, durante el cual una situación afecta el equilibrio social o emocional de la persona. Conforme evoluciona, puede transformarse en una emergencia, o sea una situación con necesidades urgentes y que requiere una acción rápida.

C) Definición centrada en las características de la reacción de la población.

Anderson (1968) asume un enfoque diferente, definiendo los desastres con base en la reacción de la población afectada, a la amenaza que representa el desastre mismo, antes de que ocurra. Dice: "Desde el punto de vista conceptual es conveniente diferenciar el desastre como un evento de crisis aguda que perturba físicamente la vida cotidiana, por demás normal, que origina pérdidas palpables, respecto de la amenaza que significa una situación de crisis crónica, en que se anticipa la alteración de la rutina esperada".

Este autor afirma que una crisis aguda surge cuando la comunidad carece de patrones culturales relacionados con los desastres, que le permitirían

enfrentar las consecuencias inesperadas del mismo. La comunidad se ve tomada completamente por sorpresa. En una crisis crónica se reconoce la posible amenaza antes de que el individuo la experimente.

Barton (1970) clasifica los desastres como parte de un grupo más amplio de situaciones de estrés colectivo que surgen cuando muchos miembros de un sistema social no reciben las condiciones de vida que esperan de dicho sistema. Agrega que tal estrés colectivo puede provenir de fuentes externas al sistema o de éste mismo. Afirma que los factores siguientes deben considerarse en la evaluación de estas situaciones de estrés y son:

- 1) el alcance de la situación,
- 2) la velocidad del inicio,
- 3) la duración del factor estresante,
- 4) la preparación social.

D) Definiciones que se refieren a situaciones, utilizando términos que describen psicopatologías

Erikson P, et al (1976), señala que dos tipos diferentes de traumas psíquicos, individual y colectivo, son evidentes en la conducta de las personas afectadas por un desastre. Define el trauma individual como: "un golpe a la psique que rompe las defensas de las personas de manera tan repentina y tan fuerte que no es posible responder a él de manera eficaz", y el trauma colectivo como: "Un golpe a la trama de la vida social que lesiona los vínculos que unen a la gente y daña el sentido prevaleciente de comunidad".

Es de tomar en cuenta las definiciones por entes internacionales, relacionadas con el tema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1989, propone: "Desastres son situaciones en las cuales existen amenazas imprevistas, serias e inmediatas a la salud pública".

El Comité Coordinador de las Naciones Unidas para el tema de Desastres adoptó la definición de Dynes que sostenía: "Un desastre es desde el punto de vista sociológico, un evento ubicado en tiempo y espacio que produce condiciones bajo las cuales la continuidad de la estructura y los procesos sociales se tornan problemáticos".

El American College of Emergency Medicine definió en el año 1976: "Un Desastre es una disproportión masiva y rápida entre elementos hostiles de cualquier tipo, y los recursos de supervivencia que se encuentran disponibles para balancear esta situación, en el periodo de tiempo más rápido posible".

Es de destacar que estas tres definiciones se centran en las características del evento.

Cricq define Catástrofe como un evento nefasto, súbito y brutal, que causa:

- 1) destrucción material importante (o de geografía humana),
- 2) un gran número de damnificados,
- 3) una desorganización social notable, o las tres cosas a la vez.

Crocq opina que de los tres criterios antes presentados, el último, el de la desorganización social, parece ser el más constante. Se refleja en la alteración de los sistemas sociales que aseguran el funcionamiento armonioso de una sociedad: sistema de información, de circulación de personas y bienes, de producción y consumo de energía, de distribución de alimentos y agua, de servicios médicos, de mantenimiento del orden y la seguridad, así como lo relacionado con los cadáveres y ritos funerarios en los cementerios. Toda catástrofe, incluso las limitadas, se expresa por una alteración de los sistemas funcionales, por un cierto grado de aislamiento social de las víctimas de la población vecina y a veces puede ser de todo el país, aunque este aislamiento sea efímero (Crocq L, et al, 1998).

Crocq distingue cuatro grandes categorías de catástrofes:

- 1) Catástrofes naturales: Climáticas, geológicas, zoológicas y epidémicas.
- 2) Catástrofes accidentales y tecnológicas.
- 3) Catástrofes de guerra.
- 4) Catástrofes sociales (pánicos, terrorismo en tiempo de paz, etc.).

El análisis de las catástrofes ha permitido distinguir las zonas de influencia del evento: 1) zona de impacto, 2) zona de destrucción, 3) zona marginal y 4) zona exterior.

En forma tradicional se clasifican cronológicamente los desastres en tres fases: Fase preimpacto, impacto y postimpacto.

1) *Fase preimpacto.* Precede al desastre, es tiempo de amenaza y advertencia, a las que la población suele hacer caso. Algunas personas temen actuar en forma precipitada y parecer tontas, mientras que otras se rehúsan a aceptar la existencia de la amenaza, a modo de defensa.

2) *Fase de impacto.* La comunidad se ve afectada por el desastre, fase de organización de las actividades de ayuda. El miedo es predominante, los damnificados buscan seguridad para sí mismos y sus familias. El pánico es inusual y sólo ocurre cuando la huida es imposible. Las actividades que tienen lugar poco después del desastre se han señalado como parte de la así llamada "fase heroica", en que los damnificados actúan en forma epopeyica para salvarse a sí mismos y a otros, en esta fase es usual la conducta altruista.

3) *Fase postimpacto.* Comienza varias semanas después del desastre, con la consecución de las acti-

vidades de ayuda, y evaluación del daño humano y material. Fase llamada de "remedio y recuperación". Algunos autores hacen referencia a los fenómenos de "luna de miel" y "desilusión", respectivamente. El primero es inmediato al desastre, caracterizado por la necesidad de expresar sentimientos y compartir experiencias con otros. El fenómeno de "desilusión" surge cuando el apoyo organizado es interrumpido y los damnificados se enfrentan con dificultades considerables en la resolución de sus problemas, resultando evidente que sus vidas se han modificado en forma permanente. La fase postimpacto puede continuar durante el resto de la vida de los damnificados.

La investigación

Los estudios de los comportamientos durante las catástrofes se basaron, en principio, en observaciones hechas en el terreno, por los psicosociólogos, los equipos de salvatajes, los médicos y los periodistas. Asimismo, se analizan documentos históricos, archivos de prensa y audiovisuales.

Las publicaciones científicas en esta área son complicadas de abordar, puesto que las consecuencias de los desastres en el área de la salud mental son difíciles de evaluar cuantitativamente. Baum, et al, dividieron los instrumentos de análisis para evaluar el impacto de los desastres en diferentes categorías de análisis: 1. La medición subjetiva de los síntomas psicológicos. 2. Los instrumentos de diagnóstico. 3. El funcionamiento familiar. 4. La medición de disturbios psicofisiológicos y biológicos. 5. Medidas de la conducta. Cada uno de estos parámetros propone el uso de diferentes instrumentos de medición (Baum, et al, 1993).

Otro factor que hace compleja esta situación es el hecho de que las publicaciones se realizan en revistas de medicina comunitaria o social, y muchas de ellas se publican en el idioma original, de los cuales sólo se puede tener un resumen de las mismas, especialmente publicaciones de japoneses como Shioyama acerca de la consecuencia de la erupción de un volcán en los niños, o rusos, como Vakhov, quien presenta mayores casos de depresión ante la pérdida de familiares y bienes personales después de un volcán en aquellos que intervenían en actividades de rescate, a mi entender estos datos pueden ser de interés público (Shioyama A, et al, 2000; Vakhov VP, et al, 1991).

Junto a ello nos encontramos que el tipo de variables que se toman para inferir sobre las consecuencias de los desastres son de impacto científico relativo para llegar a conclusiones causales, como el consumo de alcohol y cigarrillos después del evento, tal como es expresado después del atentado terrorista en Oklahoma (Smith DW, et al, 1999; North CS, et al, 1999).

Las encuestas a los sobrevivientes deben ser realizadas de inmediato, antes que la autocensura oculte y distorsione lo acaecido.

Las encuestas de opinión pública y los sondeos en la población sobre los conocimientos acerca de los peligros y conductas a adoptar en situaciones de urgencia sólo proveen una previsión incierta de los comportamientos que efectivamente adoptará la población en una situación real de urgencia.

Crocq propone no dejar de lado las investigaciones semánticas, que expresan los significados e implicaciones psicológicas inherentes a las palabras y sus sinónimos. Por ejemplo: Catástrofe, desastre, cataclismo, apocalipsis, calamidad, siniestro, etc. Realizar investigaciones transculturales e interrogarse acerca de las razones por las que la palabra pánico surge tan espontáneamente en nuestro espíritu y en la pluma de los periodistas.

No sólo se relaciona al devenir consciente sino a los instintos filogenéticos enraizados en el inconsciente colectivo, fascinado por los cataclismos (Crocq L, et al, 1998; Allen JR, 1999).

REACCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SITUACIONES DISRUPTIVAS

Los comportamientos observados durante las situaciones disruptivas pueden aparecer como anormales si se los analiza fuera del contexto en que éstos ocurren. Conductas como pánico, excitación psíquica, descontrol, inhibición, pueden llegar a ser las más adaptativas en determinadas situaciones.

Durante situaciones disruptivas resulta difícil distinguir con precisión entre lo normal y patológico, adaptado e inadaptado. Lo que es claro que hay humanos que sufren daño.

¿Víctimas o damnificados?

Surge el interrogante de cómo calificar a las personas que han sufrido daño durante un desastre.

A mi entender la diferenciación entre víctima y damnificado es de suma importancia. Víctima es un concepto que se remonta a la época bíblica, es inherente a las necesidades expiatorias de la sociedad. Defino "víctima" como la persona que queda atrapada por la situación, petrificada en esa posición, pasando a satisfacer las necesidades específicas de la sociedad, es decir, pasa de ser un sujeto a ser objeto de lo social, perdiendo de esta forma su subjetividad (Benyakar M, 1994c).

A partir del momento del evento disruptivo las necesidades reparatorias de la sociedad se entremezclan con las necesidades del propio individuo. Emerge la exigencia de que el mundo externo le repare el daño que le ha ocasionado (Benyakar M, et al, 1997e).

Defino al "damnificado" como la persona que ha sufrido un daño, a diferencia del concepto víctima, que establece una relación anquilosante entre lo social y la situación en la que el individuo queda capturado. El concepto "damnificado" denota movilidad psíquica, así como la conservación de la subjetividad del individuo. Por lo tanto, a mi entender, los servicios de salud mental no asisten a víctimas sino que asisten a damnificados. Esta diferenciación acarrea muchas implicancias técnico-clínicas que están fuera del alcance de este trabajo que se desarrolla (Benyakar M, 2000a).

Raquel Cohen define al damnificado como: "Las personas y familias afectadas por un desastre o sus consecuencias que experimentan un evento estresante e inesperado. Se supone que la mayoría ha funcionado adecuadamente antes de la catástrofe, pero su capacidad de resolución de problemas se ve limitada por la amenaza que la situación conlleva. A pesar que los damnificados presenten síntomas de estrés físico o psicológico, no debe considerárselos enfermos o pacientes. Algunos damnificados son particularmente susceptibles, desarrollando reacciones físicas y psicológicas ante un desastre, entre ellos se encuentran aquellos que:

- 1) Son vulnerables como resultado de vivencias traumáticas previas.
- 2) Corren cierto riesgo a causa de enfermedades recurrentes.
- 3) Experimentan estrés y pérdidas graves.
- 4) Pierden su sistema de apoyo social y psicológico.
- 5) Carecen de habilidades para la resolución de problemas.

En ciertos casos sólo los individuos muy frágiles se descompensan (Cohen R, et al, 1989).

Las indemnizaciones en situación de desastres

Lo que hoy se conoce como "Desorden de Estrés Post Traumático", o "Neurosis Post Traumática", después de la primera Guerra Mundial ha sido llamado "Neurosis de Compensación". Esta nomenclatura enfatiza la tendencia de los damnificados a maximizar los "beneficios secundarios", perpetuando el daño psíquico para recibir una compensación de orden económico, afectivo u otro tipo de compensaciones.

Las situaciones disruptivas se caracterizan por infligir daño psíquico a personas que funcionaban dentro de los "parámetros de la normalidad". La sensación del damnificado es que un factor externo, social o producto de la naturaleza les ha provocado un daño. Por lo tanto, "ese factor externo" debe pagar por las consecuencias. A pesar de no existir daño físico la persona se puede transformar en discapacitada para el funcionamiento cotidiano, reci-

biendo beneficios del entorno social para seguir subsistiendo. Estos beneficios en muchos casos son imprescindibles, y sumamente importantes para que el individuo continúe en sus funciones. La problemática es compleja, mientras la sensación de daño irreparable subsista la persona no abandonará la exigencia que el daño sea compensado de alguna manera y no se correrá, tan fácilmente, del lugar de damnificado crónico.

El profesional de la salud mental debe tener en cuenta esta problemática para poder ayudar al damnificado a que se pueda correr de esta situación, pues en caso contrario se tenderá a la cronificación de la discapacidad, a tal punto de quedar al margen de todo funcionamiento dentro de su marco social. Es aquí donde se pone en juego la tendencia a victimizar al damnificado.

Es de suma importancia que los profesionales de la salud mental tomen parte en la decisión y forma de adjudicación de las indemnizaciones, así como en la decisión de incluir al damnificado en un programa de reintegración a sus actividades cotidianas, pudiendo quizás prescindir de las indemnizaciones mencionadas.

No es tarea sencilla enfrentar este dilema, tanto para los damnificados como para los profesionales de la salud mental. Durante años hemos estudiado las formas y los sistemas adecuados para no hacer de este acto reparatorio, el de las indemnizaciones, un factor iatrogénico sumamente peligroso, cuidándonos de no transformarnos en un factor más que tiende a victimizar (Benyakar M, 1997a).

La población asistida

Importante es destacar que por cada damnificado físico en un desastre por lo menos habrá tres personas que pueden tener consecuencias en su salud mental; se suman al damnificado dos o más allegados. A pesar de estos datos, por lo general el número de personal especializado en salud mental siempre es muchísimo menor que el capacitado para la asistencia física.

El equipo de salud mental debe asistir simultáneamente a diferentes poblaciones. Damnificados física y psíquicamente, y sus familiares, ya sea que se encuentren directamente relacionados con el evento o a distancia del mismo. El ejemplo de los diferentes accidentes aéreos y la experiencia de atender a los familiares puede ser uno de los múltiples ejemplos al respecto (Cremniter D, 2000). En el Ejército de Israel existen profesionales entrenados especialmente para asistir a familiares de damnificados.

Otra población es la del personal que asiste en este tipo de situaciones, socorristas, bomberos, policías, etc., quienes deben enfrentarse con situacio-

nes desgarrantes y no siempre están suficientemente preparados para ello.

Por otro lado, se encuentra el mismo equipo de salud mental que necesita una sólida supervisión y asistencia de sus necesidades. Hemos aprendido en la guerra de Yom Kippur la importancia de asistir a los profesionales que tenían que hacer frente a situaciones que hasta el momento nos eran desconocidas (Benyakar M, et al, 1978a).

LAS REACCIONES HUMANAS ANTE LOS DESASTRES

Los comportamientos individuales

La eclosión e incidencia de diferentes tipos de conductas durante situaciones disruptivas, depende tanto del tipo de catástrofe como de la población afectada, su densidad, su composición y su grado de preparación.

La mayoría de las investigaciones postulan que generalmente en las catástrofes, 15% de los individuos presentan una reacción francamente patológica; 15% conserva su sangre fría y el restante 70% manifiesta un comportamiento calmo en apariencia, con ciertas alteraciones emocionales patológicas y pérdida de la iniciativa.

A pesar de estas diferencias, se puede hablar de un comportamiento colectivo común a todos. Comportamiento colectivo que no es la suma de los comportamientos de cada uno de los individuos, sino algo que va por sobre cada uno de ellos y es ideosincrática a cada situación.

Tal como lo postularon Cohen y Crocq enfatizó que es importante discernir entre unas reacciones emocionales adaptativas, de las que no lo son:

En el momento de la irrupción del peligro, el individuo normal puede adoptar un comportamiento inadaptado, debido a la sorpresa o al shock emocional. Éstas pueden presentarse como: una agitación psicomotriz, agresión a otra persona, actitud suicida o actitud estuporosa. La mayoría de estas reacciones son breves recuperándose la lucidez y la autocritica.

Una vez que el peligro ha pasado suelen observarse reacciones emocionales diferidas, incluso serias descompensaciones; en particular en los sujetos que estuvieron expuestos a las actividades de salvataje y evacuación, con sus implicaciones psíquicas y morales. Estas reacciones pueden manifestarse como crisis de llanto, temblores o accesos de cólera y agresividad, disturbios del sueño, falta de capacidad para concentrarse, desinterés por lo cotidiano, etc.

Se presentan algunas reacciones espectaculares, persistentes casi siempre, repetitivas y provocan gran alteración social. Estados en los que suele conservarse el criterio de realidad.

Crocq y sus colaboradores diferencian entre estados de ansiedad, estados ansiofóbicos, estados histéricos y neurosis traumáticas:

- A) Estados de ansiedad: Se pueden presentar como sintomatología somática (precordalgias, espasmos digestivos, temblores, etc.) o como sintomatología psíquica (sensación de muerte inminente, etc.). Esta ansiedad puede aparecer de diferentes maneras: inquietud, subagitación, agresividad, etc. A pesar que algunos individuos despliegan reacciones de angustia o de agitación motriz, la mayoría de éstos se comportan adecuadamente en situaciones disruptivas, encontrando la manera de canalizar la angustia y el exceso de tensión.
- B) Estados ansiofóbicos: Su expresión clínica es similar a los estados ansiosos, con la particularidad que pueden desencadenarse por la evocación de un estímulo fobógeno, que en su contenido suele estar inundado por escenas relacionadas con la catástrofe (las ruinas, los muertos, el olor al incendio, la sangre, los cadáveres, las ambulancias).
- C) Estados histéricos: Suelen expresarse como manifestaciones histéricas: Conversiones, crisis excítomotrices, conductas suicidas, despersonalizaciones. Por otro lado, pueden expresarse como parte de una "personalidad histérica": espectacularidad, teatralidad, sugestibilidad, necesidad de ejercer seducción o cualquier otra reacción que pueda captar la atención. Los equipos de salvataje deben tener en cuenta que entre los damnificados errantes o amnésicos, habrá algunos que padecen estados confusionales y otros que padecen reacciones histeriformes.
- D) Reacciones neuróticas depresivas: la tonalidad depresiva constituye la parte esencial de la semiología. Se expresará como aislamiento, inseguridad, sensación de culpabilidad. La inhibición psíquica y motriz domina el cuadro general. Pienso que estos son los casos que por lo general quedan desatendidos, a pesar que ellos son los de mayor potencial patógeno.
- E) Las reacciones de neurosis traumáticas: Pueden sobrevenir en sujetos sin antecedentes neuróticos y estar determinadas totalmente por el shock emocional. Difieren de las reacciones emocionales efímeras, en que se constituyen en una nueva organización neurótica permanente que tiende a reproducirse sin cesar. Se manifiestan después de un tiempo de latencia que puede ser muy breve (unas horas), tardía (una semana o más) o muy tardía. Se expresa como un síndrome de repetición (revive escenas de la catástrofe, crisis emotivas, etc.) y por una reorganización de la personalidad a un modo regresivo

infantil (búsqueda de protección, actitud de dependencia y reivindicación). Si no es tratada, se cronifica y sus colaboradores denominan reacciones de neurosis traumáticas a lo que la escuela norteamericana clasifica como PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) (Botella, C. 1992, 1997; Wilson JP. et al, 1993; Crocq L, 1996; Benyakar M, 1997, b y c; Lebigot F, 2000).

- 3) Las reacciones psicóticas: Se diagnostican de acuerdo con dos criterios, el de ausencia de conciencia de enfermedad y peligrosidad para sí mismo o para la sociedad, con pérdida de la capacidad de sobrevivir y pérdida de la autonomía social. Las reacciones psicóticas durante las situaciones disruptivas se desarrollan en personas vulnerables, que presentan antecedentes psicóticos, en general conocidos por su medio. Suelen sobrevenir ataques psicóticos en personas sin antecedentes manifiestos, pero con gran predisposición. Por último, ciertas reacciones psicóticas efímeras suelen desplegarse en personas bien adaptadas y sin problemas de salud mental en casos de fatiga extrema y alteraciones emocionales muy intensas.

Pretendo destacar que con base en mi experiencia, pacientes diagnosticados como psicóticos, inclusive durante su internación, han actuado en forma organizada y coherente durante situaciones de guerra o amenaza a su supervivencia.

Las reacciones de los equipos de salvataje y los responsables comunitarios

Durante las situaciones disruptivas los profesionales y voluntarios dedicados al salvataje pueden manifestar reacciones inadaptadas, que sin ser francamente patológicas suelen comprometer la eficacia de su trabajo e influir negativamente sobre los damnificados.

- 1) Pueden padecer de un shock emocional inicial: Acaece durante el periodo que Crocq y colaboradores llaman "Periodo sensible inicial". Se manifiesta por un breve periodo de inhibición motriz, olvido momentáneo de los actos que deben efectuar, repetición mecánica de gestos inútiles, tendencias a aglutinarse con los otros trabajadores e imitarlos, en lugar de cumplir su tarea específica. En general esta reacción es muy breve (algunos minutos) y pasa rápidamente, pudiendo volver a cumplir sus tareas; existen excepciones en personas psíquicamente muy vulnerables (Crocq L, et al, 1987).
- 2) Shock emocional prolongado: Se traduce por un grado relativo de inhibición, hipoprosexia, indecisión, realización de la actividad de un modo casi automático. Este automatismo resulta de una actitud de defensa que produce una disocia-

ción entre la actividad técnica del salvataje y la sensación de que el medio ambiente es caótico y agresivo. Retrospectivamente, estas personas suelen darse cuenta que han efectuado las tareas como si estuvieran en un estado de despersonalización, con un comportamiento aparentemente adaptado, pero que no es tal porque carecen de la capacidad de adaptarse a los cambios de las circunstancias y de la realidad externa.

La descarga emotiva tardía sobreviene luego de un tiempo de latencia variable, cuando la urgencia ha pasado. Esta descarga puede manifestarse en forma de postración y depresión, como una crisis de agitación o un acceso de agresividad gestual o verbal. En general son efímeras.

Los comportamientos colectivos

En un gran número de catástrofes se observan comportamientos colectivos adaptados, éstos pueden ser organizados (ejecución de órdenes dadas por las distintas jerarquías) o espontáneos (ejecución de consignas dadas por los líderes espontáneos).

Los comportamientos colectivos adaptados mantienen o restituyen la estructura grupal con sus jerarquías, manteniendo un espíritu de solidaridad y respeto por los valores colectivos.

En otras circunstancias, se observan comportamientos colectivos inadaptados, tales como el pánico, el éxodo, que se dan en la mayoría o la totalidad de los individuos de una comunidad o un grupo y que no constituyen una respuesta racional o lógica a la situación, suelen ser consecuencia de la desorganización social.

La reacción colectiva más popular, pero la menos frecuente, es la del pánico. Se puede definir como un miedo colectivo intenso, que sienten simultáneamente todos los individuos de una comunidad o de una población. Caracterizada por la regresión a un nivel arcaico de conciencia impulsivo y gregario, que se traduce en reacciones primitivas de agitación desordenada, violencia o suicidio colectivo.

Se han descrito fases sucesivas en los estados de pánico

- 1) La fase de preparación: Se observa la instalación de un clima de inquietud, de aprehensión, exteriorización de una emoción que se comunica al grupo, y propagación de rumores. La situación que se vivió en Israel durante la Guerra del Golfo desde que Irak comenzó a amenazar con el ataque de misiles, hasta el momento del cumplimiento del ultimátum por parte de USA, es un ejemplo de esta fase (Benyakar M, 1998a).
- 2) La fase de shock: Puede surgir espontáneamente o por algún grito o alguna señal. Irrumpe la an-

gustia y un estado de estrés colectivo, acompañado de un estado de tensión motriz, con una percepción secundaria del peligro.

- 3) La fase de reacción: Puede darse espontáneamente o por contagio. Se observan comportamientos motores impulsivos y salvajes, como agitación, violencia y suicidio (Krug EG, et al, 1998). Se han descrito tres modalidades de fase de reacción: a) La huida imperiosa: Observada en particular en los pánicos militares. b) Movimientos o agitación motriz no coordinada. c) Suicidio colectivo.

- 4) La fase de resolución: El miedo se calma, cesa la reacción motriz, se recupera la lucidez, la auto-crítica y la reorganización social.

Pareciera que la finalización del "estado de pánico" tiene más que ver con su dinámica interna, es decir, la sucesión sistemática de estas fases que con la finalización del peligro.

Los factores grupales y la psicopatología de las masas

Al referirnos a la etiopatogenia de las reacciones individuales hicimos referencia a factores relacionados con el grupo de pertenencia, como: la ausencia de seguridad, el aislamiento, los conflictos del grupo, su rol durante la reacción inmediata y en la elaboración de las secuelas. Por otro lado, los mecanismos de imitación o de identificación suelen determinar la conducta de los individuos durante las catástrofes. Existen factores y mecanismos macrosociológicos que entran en juego en la determinación de las reacciones colectivas.

Se llaman factores de predisposición en el marco macrosociológico a: 1) La ausencia de cohesión o baja cohesión del grupo (la masa es un grupo totalmente desestructurado y desprovisto de cohesión). 2) La falta de experiencia comunitaria (las tropas constituidas recientemente o reconstruidas recientemente son vulnerables al pánico). 3) El fracaso cualitativo o cuantitativo del marco organizativo.

Deben tomarse en cuenta: Los niveles precarios de ciertos grupos, su adhesión a ideas nacionalistas extremistas y a valores colectivos de defensa. Los grupos frágiles, como niños, individuos frustrados, enfermos en general, son más vulnerables en este tipo de situaciones.

Los niños son un grupo de riesgo especial. Suelen padecer fobias, trastornos del sueño, pérdida de interés en la escuela y "conducta difícil".

En mi trabajo después de la guerra de Yom Kippur me referí a la especial vulnerabilidad del grupo de personas que experimentan situaciones de crisis o grandes cambios en sus vidas: Casamientos, divorcios, personas que recientemente enviudaron, cambios de domicilio, de empleos, traslado a

otras ciudades, etc. Este grupo es muy propenso al desarrollo de psicopatologías inducidas por situaciones disruptivas como desastres o catástrofes (Benyakar M, et al, 1978 a, b y c).

Coincido con Cohen y Crocq en que los damnificados pueden formar parte de todos los estratos sociales, económicos y étnicos, así como todos los segmentos de población en el área del desastre y sus alrededores (Benyakar M, 2000a).

PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN SITUACIONES DISRUPTIVAS

Una de las paradojas de la labor en situaciones disruptivas es que la prevención de las reacciones inadaptadas durante las catástrofes implica la toma de medidas similares, tanto para las reacciones individuales como para las reacciones colectivas. Ellas comprenden: La prevención a largo plazo y la prevención durante la situación crítica.

Prevención a largo plazo

Debe ser encarada durante la vida del ciudadano. Comprende medidas de educación, de información y de entrenamiento.

Las medidas de educación vienen a reforzar la pertenencia al grupo y a la sociedad, a promover la adhesión a los valores colectivos sociales, culturales y morales e inculcar los deberes de civismo y altruismo.

Las medidas de información deben ser claras y precisas. Deben aportar los datos esenciales sobre las posibles consecuencias de la catástrofe, los peligros y amenazas, sus efectos y las maneras de prevenirlos y enfrentarlos. Esta información debe ser objetiva, sin connotaciones dramáticas y debe contribuir a disipar las creencias irrationales y las supersticiones desorganizantes, concernientes al nuevo peligro y a sus efectos desconocidos.

Es de suma importancia que los profesionales de salud mental estimulen el despliegue de información por medio de actividades educativas y de intercambio, como así también la formación de personas idóneas para la resolución de los problemas que surjan. Ellos deben crear, asimismo, un ambiente favorable para el apoyo al programa de ayuda a los damnificados (Benyakar M, 2000a).

Los programas de salud mental en desastres en el nuevo milenio

El vertiginoso desarrollo tecnológico y el fenómeno de globalización posibilitan hoy en día la transmisión de información y el compartir experiencias desde diferentes regiones del mundo. Pienso que no sólo el uso de internet para la búsqueda de material en esta área se transforme en importante, sino tam-

bién la posibilidad de implementar los desarrollos de la telemedicina, o específicamente de la telepsiquiatría, posibilitando intervenciones de especialistas para interactuar con equipos en diferentes partes del planeta. Hoy en día por medio del programa de la Sección de Psiquiatría Militar e Intervención en Desastres de la World Psychiatric Association (WPA), estamos estimulando este tipo de interacción (Dwyer T, 1973; Cukor P, et al, 1994; Perednia DA, 1994).

Los actos de entrenamiento

Deben asegurar la repetición de ejercicios de protección y de salvataje, de tal manera que la población no sea sorprendida en el momento en que irrumpa el peligro real.

Se tratará de desarrollar conductas de salvataje que puedan ser realizadas automáticamente, aun cuando el sujeto sea presa de un shock emocional, de una sensación de fragilidad, de indecisión y/o de inhibición.

Se entrenará en la detección de individuos vulnerables psíquicamente y a la vez se seleccionará a los más resistentes, en función de su estabilidad emocional y tomar decisiones en situaciones críticas, para dirigir a los grupos y asumir puestos de responsabilidad (Crocq L, et al, 1987).

De nuestra experiencia en Israel hemos aprendido la importancia del hecho que cada individuo conozca el lugar y la función asignada a él en situaciones de este tipo.

Los niños deben ser entrenados adecuadamente. Y en casos de simulacros, preparar los lugares de refugio de la forma menos amenazante posible, cuidando el detalle que en esos lugares haya cosas personales de los niños, como juguetes o algunos dibujos que ellos mismos hicieron, etc.

Al desarrollar la actividad de los simulacros se debe tener en cuenta que no sólo es importante transmitir las indicaciones técnicas, sino dar un sentido a la actividad que se realiza, tratando de evitar en la medida de las posibilidades, la tendencia a la dramatización y el ridículo. Estas actitudes se generan frecuentemente como reacciones defensivas de las personas, transformando a los simulacros en encuentros carnavalescos, en los cuales sólo los funcionarios que están siendo controlados son los que se involucran en la actividad desarrollada.

Prevención en situación crítica

Ésta es una etapa que no es factible de realizar en todos los eventos disruptivos. Se puede desarrollar sólo en aquellas situaciones en que la población y el equipo de salud reciben un preaviso sobre la posibilidad que el desastre se produzca. Éste fue el caso de la Guerra de los Seis Días y la Guerra del

Golfo en Israel (Benyakar M, et al, 1975; Benyakar M, 1997c).

Esta actividad comprende: El refuerzo del marco social y de las instrucciones dadas, proveer información concerniente a la amenaza y los riesgos en juego, y repetir ejercicios de seguridad y de salvataje.

Se tomarán las medidas apropiadas para evitar la constitución de masas atemorizadas y la propagación de rumores alarmistas.

Los programas de atención en el área de salud mental durante y después de un desastre

Raquel E. Cohen y Frederick L. Ahearn (1989) determinan que los integrantes del equipo de salud mental para enfrentar el caos necesitan conocimientos para actuar a la brevedad, sin permanecer perplejos e inseguros en cuanto a las medidas a tomar.

Los líderes de los servicios de salud mental, mediante la comprensión clara y plena de las consecuencias emocionales de un desastre, deben responsabilizarse de reclutar al personal necesario, movilizar los recursos que se precisan y planear la ayuda a los damnificados. La coordinación con otros servicios es necesaria, para evaluar la forma de aportar ayuda psicológica a los damnificados. Sin tales conocimientos, los miembros del equipo de salud mental suelen perder tiempo valioso en decidir las tareas a desarrollar y la forma de realizarlas.

La experiencia del programa de salud mental desarrollado en Israel en la Guerra del Golfo (Benyakar, et al, 1994d) coincide con lo propuesto por Raquel Cohen en que los puntos centrales de la planificación de un programa de salud mental deben incluir: 1) Evaluación de las necesidades. 2) Definición de los objetivos de intervención. 3) Consideración de posibles opciones. 4) Diseño de un programa. 5) Puesta en práctica y ejecución de un proyecto de atención en el área de salud mental.

La prestación de servicios en situaciones de desastres requiere de conocimiento, paciencia y flexibilidad. Lo más frecuente es que la información sea inadecuada o difícil de reunir. Después de un desastre, los líderes de servicios de salud mental deben dedicar largas horas a decidir qué hacer y en qué forma realizarlo. En muchos casos, se enfrentan a situaciones que son peculiares a la comunidad en cuestión, y requieren flexibilidad e innovación en el enfoque para ayudar a los damnificados (North CS, et al, 2000).

Raquel E. Cohen y Frederick L. Ahearn (1989) proponen algunos pasos en el proceso de planificación de los servicios de salud mental:

1) Aprobación y apoyo: Antes de actuar los administradores de los servicios de salud mental

necesitan legitimación y aprobación de sus acciones.

- 2) Evaluación de las necesidades: Todo plan para brindar ayuda psicológica debe responder a los problemas específicos de los damnificados. A tal efecto, el equipo de salud mental debe: a) conocer la definición que se da de salud y enfermedad en la comunidad; b) indagar los problemas existentes a fin de determinar la naturaleza y magnitud de los mismos, así como los grupos afectados; c) evaluar los recursos locales de que se dispone para enfrentar los problemas; d) emplear estos datos para elaborar los objetivos y estrategias del programa.
- 3) Objetivos de los servicios de salud mental: Establecer prioridades en cuanto a los servicios mismos.
- 4) Financiamiento: Adecuación del proyecto propuesto a la realidad y la capacidad de los líderes para movilizar los recursos de la comunidad.
- 5) Estructuras administrativas: La creación de un sistema de flujo de información, la instauración de los procedimientos presupuestarios y contables, y la aclaración de los métodos de evaluación y sobre quién recaerá la responsabilidad del programa.

El equipo de Salud Mental

Son varios los factores problemáticos en esta área. En principio el hecho que el número de profesionales necesarios para asistir a la población que se necesita, es por lo general muy reducido para las características de la intervención. Por un lado, el número de personas necesitadas de asistencia en el área de la salud mental siempre es mayor que los necesitados de asistencia física, como lo he explicado anteriormente. Segundo, que el tipo de contacto y el tiempo que cada profesional debe estar con los damnificados asistidos requiere de mayores esfuerzos, que no siempre son considerados en los programas asistenciales en estos casos. Por este motivo es que los equipos de salud mental deben formar, aunque sea en la forma más rudimentaria, a la población que pueda funcionar como sostén en este tipo de situaciones, para complementar las funciones que éstos deben desarrollar.

Entiendo que la función de los psiquiatras en este tipo de situaciones es sumamente importante y a la vez problemática. En principio por el preconcepto de la sociedad que considera a los psiquiatras como los representantes de la patología y de enfermedades psíquicas graves. Sumado a ello se cree asimismo que la presencia del psiquiatra es necesaria sólo en caso de tratamientos farmacológicos. Existe una posición similar adoptada por los mismos psiquiatras, sin poder postularse como articu-

ladores entre lo psíquico y los cambios biológicos que requieren tratamientos farmacológicos.

A mi entender es de suma importancia la presencia de profesionales de la salud mental con amplia experiencia en todo tipo de patologías incluyendo las patologías graves, para poder diferenciar entre las reacciones adaptativas normales y las reacciones patológicas que requieren ser tratadas por los profesionales adecuados. Es por ello que considero de fundamental importancia la presencia de psiquiatras. A mi entender, los equipos deben estar constituidos por profesionales de las diferentes ramas de la salud mental, psicólogos clínicos y sociales, trabajadores sociales, educadores, enfermeras con experiencia en el área de la salud mental, etc. (Benyakar M, 1996a).

Por estos motivos, he desarrollado el concepto de "Liderazgo Funcional" diferenciándolo del "Liderazgo Estructural". En el "liderazgo estructural" conduce al grupo aquel que tenga mayor rango jerárquico, tanto sea porque la profesión es considerada de mayor prestigio jerárquico, o por el puesto administrativo que la persona posee. A diferencia de esto, el "Liderazgo Funcional" se despliega con base en la capacidad del profesional de sostener un grupo de trabajo en forma integral, coherente, eficiente y creativa. Por lo tanto, no es la profesión ni es el supuesto prestigio lo que determina la conducción del grupo, sino estas condiciones mencionadas (Benyakar M, 2000a).

Una de las características de este tipo de situaciones es la incapacidad del damnificado de solicitar asistencia, este factor nos llevó a diferenciar entre las intervenciones profesionales por demanda o por presencia.

La "intervención por demanda" está sostenida por la tradicional actitud de los profesionales que entienden que se asiste sólo a las personas que soliciten atención en sus consultas. A diferencia de esto está la "intervención por presencia", en la cual el profesional de salud mental trata de estar en contacto directo con los afectados para evitar el desarrollo de trastornos psíquicos por falta de posibilidad o capacidad de afrontar el evento disruptivo en forma adecuada. En este tipo de intervenciones el profesional desarrolla una función mediataria para que el damnificado pueda articular en su psiquismo lo sucedido, utilizando sus capacidades psíquicas idiosincráticas. En la mayoría de los informes de este tipo de situaciones se ha enfatizado la eficacia de las intervenciones que hemos llamado "por presencia" (Benyakar M, 1995).

Los profesionales de salud mental deben integrarse a los equipos de atención de desastres en sus diferentes niveles, tanto el inmediato, como el agudo y el crónico (Collazo C, 1983, 1985b; Lebigot F, 1999).

Intervención psicológica después de desastres

Raquel E. Cohen y Frederick L. Ahearn (1989) resaltan que un objetivo importante de la intervención de salud mental en desastres es el uso adecuado de técnicas que restaren la capacidad de los damnificados para resolver las situaciones estresantes en que se encuentran y les ayuden a reordenar y organizar su mundo mediante la interacción social. Un segundo objetivo es la colaboración continua y activa con otros grupos u organismos que brindan atención, apoyo y ayuda a los damnificados en particular y a la comunidad en general.

Los autores manifiestan que a fin de lograr el objetivo de la resolución de la crisis, los trabajadores de salud mental deben tener bien claro algunos conceptos:

- 1) Aceptar su función como un miembro de un equipo que participa de manera rápida y eficaz en la resolución de los problemas humanos que surgen. Capacidad de desarrollar una actitud sensible ante los acontecimientos trágicos que acompañan el desastre.
- 2) Las técnicas disponibles para que el profesional ayude en la resolución de crisis son diversas y pueden agruparse bajo el encabezado de "técnicas de auxilio al yo". Estas técnicas van dirigidas a la restauración del funcionamiento del yo.
- 3) La situación del damnificado, la manifestación de la crisis en signos y síntomas psicofisiológicos y los recursos de que se dispone para ayudar a los individuos, influyen en los procedimientos empleados por el profesional de salud mental para lograr los objetivos de la intervención.
- 4) La intervención terapéutica en crisis abarca todas las actividades que el profesional utiliza para aliviar la aflicción.

Estos autores agregan que deben tenerse en cuenta pautas claras para la intervención terapéutica. Entre ellas proponen:

- 1) Factores de riesgo: a) La madurez o inmadurez en la personalidad del paciente, b) el estrés relacionado con funciones o expectativas sociales de conducta, según lo juzgan los damnificados mismos y otros que conviven con ellos, c) el estrés ambiental persistente tanto en cuanto al entorno físico como social, d) crisis que han vivido los damnificados antes o después del desastre.
- 2) Ambiente social: El entorno social en que se reubica a los damnificados es una variable importante que afecta la decisión relativa al tipo de intervención psicológica. Debe dilucidarse el tipo de intervención específica para cada ambiente.
- 3) Recursos médicos y clínicos. El diagnóstico de trastornos que ponen en riesgo considerable la vida, requiere la intervención del personal médico y debe formar parte del proceso de evaluación.

La escuela israelí, por las características de las situaciones disruptivas que tuvo que enfrentar, generalmente guerras y atentados bélicos, adaptó el viejo principio de Salmon ya propuesto en la primera Guerra Mundial que se refiere a tres elementos básicos en el tratamiento de los damnificados. Éstos son: Inmediatez, proximidad y expectancia (Salmon TW, 1919).

La inmediatez remite al hecho que el damnificado deberá ser asistido inmediatamente después de acaecido el evento. Proximidad se refiere a que el damnificado sea asistido lo más cerca posible al lugar del evento. El principio de expectativa sostiene que el profesional y los compañeros del damnificado deben mantener la expectativa y expresar la voluntad que el damnificado retorne a la actividad que desarrollaba antes del evento, lo más rápido posible.

La escuela francesa propone el tratamiento de las reacciones individuales, por un lado, y por otra parte disminuir y aplacar las reacciones colectivas, nocivas (Crocq L, et al, 1987; Andreoli A, 2000).

El tratamiento de las reacciones individuales recae en los primeros momentos sobre el equipo de salvataje, que debe estar informado de los principales tipos de reacciones psicóticas, neuróticas o hiperemotivas y las conductas que pueden desarrollar cada una de ellas. Se instruirá particularmente a los equipos de salvataje sobre la importancia de que los damnificados puedan expresar sus sentimientos y necesidades en forma verbal. Se instruirá a este equipo sobre los componentes psicológicos de los fenómenos somáticos. Debe asegurarse la disponibilidad del tratamiento psicológico tanto en el lugar del evento como en el puesto de seguridad o lugar de evacuación, de la misma manera que se asegura el tratamiento somático.

Especificar las técnicas de intervención en cada uno de los niveles de evacuación es sumamente importante, pero está fuera del alcance de este trabajo; dicha temática la he abordado en trabajos anteriores (Benyakar M, 1978 a, b, c, 1994a, 1997b, 1998a, 2000a).

Las reacciones hiperemotivas simples deben ser reducidas. En algunos casos se puede lograr esto, integrando al sujeto en las operaciones de salvataje.

Las reacciones neuróticas no deben ser dejadas de lado y los afectados deben ser evacuados al puesto de seguridad, donde se los tratará ofreciéndoles una interacción con características psicoterapéuticas por sus cualidades de contención, y en la medida de la necesidad administrarles medicación sedativa. En los casos más severos debe trasladarse a los damnificados a un centro de evacuación que se especialice en tratamiento de estos casos.

Las reacciones psicóticas confusionales o delirantes deben ser cautelosamente diagnosticadas

por profesionales que se hayan formado y conozcan las especificidades de las reacciones en este tipo de situaciones. Sólo estos profesionales serán los responsables de administrar la medicación neuroléptica o ansiolítica en caso de ser necesario, y de decidir la evacuación a centros especializados en estos temas.

La reducción de reacciones colectivas es muy difícil de realizar, sólo en casos excepcionales es posible reducir un pánico colectivo o un éxodo masivo, pero en la mayoría de los casos este tipo de conductas se estabilizan en función de factores externos o de situaciones políticas. Por ejemplo, la llegada precoz de los organismos de seguridad puede hacer volver la lucidez a una población que está reaccionando con conmoción, inhibición y estupor, pudiendo frenar su éxodo centrífugo.

Las medidas de reorganización social rápidas devolverán el equilibrio mental y la autonomía social durante la fase de poscatástrofe y evitarán la eclosión de manifestaciones de violencia, reivindicación y mentalidad colectiva de victimización.

A mi entender la intervención del equipo de salud mental dirigida a la población en forma colectiva, debe realizarse por medio de los organismos oficiales responsables de cada una de las áreas, y no en forma aislada por el equipo de salud mental. La función de los servicios de salud mental en cuanto al pánico colectivo será la de instruir y asesorar a los medios de comunicación, elaborando junto con ellos la forma de transmitir los contenidos. La función de este equipo dentro de los estratos operativos, es la de calmar tensiones en el momento de la toma de decisiones e incluir el factor humano cuando se abordan cuestiones operativas que aparentemente tienen sólo características técnicas. En general, no se tiende a incluir en estos marcos al equipo de salud mental para enfrentar este tipo de situaciones. La iniciativa de inclusión debe provenir del mismo equipo de salud mental, siendo suficientemente cautelosos de cuidar su especificidad en la acción, como así también de no convertirse en un factor que obstaculice y coarte la agilidad en la toma de decisiones (Benyakar M, et al, 1994d).

Trastornos neurofisiológicos y tratamientos farmacológicos

En los últimos años la investigación se ha centrado en los procesos biológicos que se desencadenan a causa de la exposición a situaciones disruptivas (Bremner JD, et al, 1995; Yehuda R, 2000). Si bien Bremner ha estudiado en forma sistemática los factibles daños del estrés al cerebro, hoy nos encontramos ante nuevos desarrollos, como los de McEwen que se centralizan en las disfunciones y plasticidad del hipocampo (Bremner, 1999; McEwen, 1999;

Gould E, et al, 1999). Se suman a éstos las investigaciones que abordan la especificidad funcional de la amígdala y sus mecanismos tróficos en situaciones disruptivas produciéndose una disfunción de la memoria emocional. (Roozendaal B, et al, 1997; Post RM, et al, 1998; Cahil L, et al, 1998).

Estos avances llevan a diferenciar experimentalmente lo que ya hemos postulado respecto a la función del afecto y la representación en la clínica de lo traumático (Benyakar M, 1999a).

A mi entender esto llevará a una actitud más específica respecto a los tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos en la medida que se los necesite (van der Kolk BA, 1987, 1988; Cristal H, et al, 1988; Fridman MJ, 1988, 1993; Kander ER, 1999). Abordaré esta temática en un próximo trabajo a publicarse.

Tipos de intervención según las fases después del desastre

Raquel E. Cohen y Frederick L. Ahearn (1989) proponen adecuar la intervención con base en lo que ellos llaman las tres fases relacionadas con el desastre.

La primera fase: Las primeras horas y días después del desastre.

Durante la primera fase se realizan operaciones de selección para evaluar la conducta, calibrar el grado y nivel de crisis, y canalizar la información obtenida, transmitiendo al personal asistencial, de modo que la organización de la ayuda puede aliviar la situación y las reacciones psicofisiológicas inmediatas de los damnificados.

El objetivo terapéutico debe ser ayudar a los damnificados para minimizar los efectos de la desorganización cognitiva y reforzar su dominio.

Segunda fase: Abarca las primeras dos semanas.

En la medida que los damnificados pasan de los refugios de emergencia a viviendas temporales o regresan a sus hogares, surge una nueva fenomenología, disminución de la tensión, restauración de la organización cognitiva, el logro del control emocional relativo, el uso espontáneo de interacciones sociales apropiadas y la capacidad para enfrentar los mecanismos para la obtención de recursos disponibles para restaurar sus vidas normales.

Tercera fase: Abarca los primeros meses.

Conforme se desarrollan las fases finales de las actividades de recuperación llegan a la atención de los trabajadores de salud mental, casos con trastornos muy diversos. Estos casos presentan necesidades diferentes en las áreas de vulnerabilidad y descompensación del yo.

Basándome en la experiencia en las cinco guerras en que he participado en Israel en forma activa (desde la Guerra de Los Seis Días hasta la Guerra

del Golfo), y la intervención en atentados terroristas y desastres naturales tanto en Israel como Argentina, puedo afirmar que la conclusión más generalizadora que he llegado es que cada situación plantea nuevos retos. Sin duda que la experiencia adquirida en situaciones anteriores nos ha permitido actuar en forma más rápida y eficiente pudiendo de esta forma superar problemas que sin conocimiento de ellos nos hubiesen parecido inabordables. (Benyakar M, 1973, 1991, 2000a; Benyakar M, et al, 1982, 1983, 1984).

Aún no existe un consenso en cuanto al paralelismo de las reacciones concernientes a las poblaciones civiles y militares de países en guerra (Foulkes SH, 1964; Benyakar M, et al, 1978b; Neumann M, et al, 1984; Mangelsdorff AD, 1985; Collazo C, 1985a; Solomon Z, 1993; Collazo C, 1995). La Guerra del Golfo fue una situación singular porque involucraba a civiles expuestos a ataques masivos, a pesar de que el país no había declarado el estado de guerra. Las reacciones producidas por esta guerra requirieron la implementación de diversos modos de intervención, por ello la traeré a modo de ejemplo (Benyakar M, 1997c).

Asistencia en salud mental durante la guerra

Durante la Guerra del Golfo, los civiles cuyos hogares fueron seriamente dañados por misiles y escombros, fueron evacuados y ubicados en hoteles.

A diferencia del Desorden por Estrés Post-Traumático (PTSD), descrito por Horowitz como una discreta reacción aguda, las reacciones de los evacuados eran difusas. La reorganización en el nivel externo fue rápida, mientras que su organización interna podía ser tanto positiva y constructiva en algunos, o negativa y destructiva en otros. En mi opinión, la intervención inmediata, a los fines de posibilitar el alivio emocional y prevenir que se produjera el aislamiento interno, fue la actitud crucial en esta situación. (Solomon Z, 1989; Solomon Z, et al, 1991; Horowitz MJ, 1993; Benyakar M, 1994a, 1997b y c, 1998a).

Nuestra intervención fue realizada en el propio contexto social de los evacuados. Las estructuras sociales consistían en familias y grupos de amigos o vecinos que se agruparon y funcionaron como una unidad. Por medio de la reorganización de estas estructuras los individuos fueron recibiendo ayuda del equipo asistencial en forma personal.

El mayor dilema que tuvo que enfrentar el equipo fue cómo desarrollar un espacio transitorio, lo suficientemente estable como para contener las necesidades básicas de los evacuados (físicas y psicológicas), con límites suficientemente permeables para permitirles retornar a sus actividades diarias y hogares lo antes posible.

El equipo de salud mental intervino a través del uso de un espacio terapéutico facilitador y contínuo, que posibilitó enfrentar vivencias penosas en forma fluida y transformadora (Benyakar M, et al, 1994d).

No interferíamos con la tendencia natural de los evacuados a fortalecer los mecanismos de defensa familiares y los estilos adaptativos, ni se esforzaba la introspección. El medio terapéutico, con su estructura flexible y sus metas adaptables, aumentaba el espacio de cambio y movilidad. Este espacio de características específicas fue creado para mantener un delicado equilibrio entre el mundo interno y el externo.

El atentado terrorista a la Comunidad Judía de Argentina (AMIA)

Éste es uno de los ejemplos de mis intervenciones en Argentina, lo menciono con el propósito de realzar que los conceptos y proposiciones aquí presentados no se remiten necesariamente a países con una gran experiencia y entrenamiento en desastres como Israel, o que tienen una adecuada organización institucional y disponen de fondos económicos como Estados Unidos de América o con una larga experiencia en esta área como Francia.

El Director del Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas, me invitó a dirigir conjuntamente con él, en julio de 1994, un programa asistencial para poblaciones afectadas por desastres, catástrofes y atentados bélicos, a raíz del atentado contra el edificio de la Comunidad Judía de Buenos Aires (AMIA) (Benyakar M, 1994b, Fahrer R, et. al, 1995).

Este programa se basó en el concepto de los espacios terapéuticos, aplicable no sólo a este tipo de situaciones sino a toda intervención psiquiátrica dentro de marcos institucionales.

La organización en torno a los espacios terapéuticos la hemos comenzado a desarrollar a partir de la Guerra de Yom Kippur, en Israel, fue aplicada luego en la Guerra del Líbano, se adecuó y desarrolló a la labor en diferentes hospitales psiquiátricos en Israel y la aplicamos en la Guerra del Golfo.

Sus pilares primordiales son: Transicionalidad, coherencia e integración, esto es lo que le adjudica al programa las condiciones de estabilidad y continuidad. Uno de los criterios básicos en estas situaciones es la transicionalidad que durante la asistencia masiva sólo pueden proveer instituciones u organizaciones lo suficientemente estables para luego en un futuro seguir acompañando a los damnificados en sus necesidades.

La peculiaridad de este equipo de trabajo fue que durante el desarrollo de la labor se fue gestando paulatinamente con la participación de otras insti-

tuciones que aunaron sus esfuerzos a los del equipo del hospital. Es de destacar que este hospital de amplia experiencia académica se encuentra ubicado a sólo 300 metros de la tremenda explosión que causó la muerte de casi 100 personas y heridas a un gran número de civiles.

Se brindó asistencia clínica individual a las personas que concurrían al hospital, se desarrolló una labor de detección y prevención en las escuelas de la zona afectada, y se creó un ámbito destinado a los profesionales del hospital para que trataran la amenaza psicológica que esta situación provocó en ellas.

Salud mental de los niños en guerras, atentados y desastres naturales

Es de suma importancia evaluar y dar respuestas específicas a la problemática de los niños en situaciones de desastre. (Pynoos RS, et al, 1993, 1998; Pfeffer CR, 1996).

El niño, en una permanente interacción con su medio, se encuentra en un proceso de estructuración de su aparato psíquico, el evento disruptivo provoca una eclosión de esta relación, influyendo en forma directa en la estructuración psíquica del mismo. La irrupción del mundo externo en el psiquismo del niño distorsiona las concepciones y la continuidad causal que el niño está construyendo, exacerba el pensamiento omnipotente y desarrolla creencias de tipo mágico. Guerras, atentados, desastres naturales, etc., pueden desencadenar las más profundas y escondidas fantasías terroríficas que todo niño tiene en algún rincón de su mente.

Esto es lo que lleva a reacciones impensadas, impensables y bizarras de los damnificados, algunas inmediatas, pero en su gran mayoría de serias consecuencias mediáticas (Pfefferbaum B, 1997).

Estas distorsiones influyen en lo psíquico y somático de cada niño. Después del atentado contra la sede de la Comunidad Judía en Bs. As. (AMIA), en uno de los distritos se reportó el aumento de complicaciones somáticas en 75% de los niños vacunados por la sanidad escolar (Benyakar M, et al, 1998c).

Los eventos disruptivos no sólo actúan en forma directa sobre el niño sino que también amenazan y lesionan a los adultos e instituciones que se hacen cargo de los niños, coartando de esta manera sus capacidades de sostén. Transformando los límites entre el niño y el adulto en difusos y endeble.

Se trunca la posibilidad de fantasear dejando al niño solo ante sus propios fantasmas originarios, carente de mediatisación. Hemos visto que las fantasías de estar protegidos por figuras fuertes y confiables que representan los diferentes personajes de las leyendas infantiles como Superman, el Llanero

Solitario, etc., dan lugar al fantasma de aniquilación o desestructuración, teniendo que desarrollar-se defensas psíquicas que no siempre favorecen a un mejor desarrollo.

Emergen actitudes generalizadas, situacionalmente adaptativas, como los niños parentalizados, cumpliendo roles parentales, así fue el caso de la Guerra del Golfo en Israel, en la cual los niños estaban adecuadamente preparados en las escuelas y eran ellos los que transmitían información a los padres de cómo cuidar sus propias casas, cómo se debían usar las máscaras antigás, etc. A tal punto que se estableció una red interactiva por radio y televisión, en la cual los niños daban ideas e instrucciones de cómo solucionar problemas técnicos ante un eventual ataque con gas letal por parte de Irak.

En situaciones disruptivas parecería que se tiene de a alentar la autonomía de los niños, negando el tiempo de metabolización y las necesidades de éstos de ser protegidos por los adultos.

La elaboración del desamparo y perpetuación del desvalimiento deberán estar en el foco de atención de todo equipo profesional que pretenda actuar en estas situaciones. Teniendo en cuenta que al dirigirnos a los niños estamos activando una parte atemorizada del niño que hay en nosotros, puesto que todos fuimos en alguna medida niños más o menos asustados (Winnicott D, 1974; Benyakar M, 1996b).

La esencia de equipos que trabajan con los niños radica en la capacidad de los mismos de postularse como mediatizadores y representantes del sostén que se tiende a perder, para posibilitar una adecuada metabolización de lo acaecido. Su actividad se desarrolla tanto a nivel individual del niño y sus padres, como así también en aquellas instituciones amenazadas, a saber, familia, escuela, clubes o agrupaciones sociales. (Figley CR, 1988; Mark BS, et al, 1997).

Se debe tomar en cuenta no sólo a los profesionales como mediatizadores, sino a aquellas figuras representativas de la sociedad para que cumplan dicha función. La actitud del presidente Clinton y su esposa en las diferentes reuniones con niños después del atentado en Oklahoma, es un ejemplo de la acción de un equipo de profesionales en esta área. La organización para los niños desarrollada en Israel, en la cual los niños toman parte activa en la preparación de sus lugares en caso de ataques, etc. La formación de equipos especializados para detectar la problemática y atender a las necesidades de los niños en las escuelas, que se desarrolló en la Argentina ante el atentado contra la AMIA, es otro de los ejemplos.

Entendemos que una actividad integrada, conceptualmente centrada en la especificidad de la problemática del niño en situaciones de guerra, atenta-

dos y desastres es imprescindible (Benyakar M, et al, 1998c).

El terapeuta de niños en situaciones disruptivas

Ser terapeuta de niños que han vivido situaciones disruptivas como guerras, atentados terroristas o han perdido familiares en ellos, es altamente conmovedor y movilizante. En situaciones de catástrofe, pacientes y terapeutas están potencialmente amenazados.

Dos ejes deben estar bien articulados:

- 1) Un abordaje metapsicológico y clínico de la incidencia de situaciones de violencia y agresión en un psiquismo en constitución.
- 2) Conformación de programas de atención en Salud Mental coherentes con la concepción metapsicológica propuesta.

La función mediatizadora del adulto y el medio ambiente:

Entendemos que el psiquismo se estructura en un constante interjuego entre interioridad y exterioridad. El infante humano debe enfrentarse con la tarea psíquica de conocer paulatinamente las propiedades del objeto exterior.

En momentos de constitución, los estímulos externos, heterogéneos al aparato, tienen un alto potencial traumatogénico, debido a que la capacidad metabolizadora del *infans* está aún en desarrollo.

Es por ello que los adultos cumplen una función mediatizadora con la realidad que el niño enfrenta.

La función maternante, mediatizadora del adulto, posibilita la constitución de un *Yo* que tomará a su cargo la metabolización de lo originario a lo primero y luego a lo secundario, sosteniendo un continuo interjuego entre sensaciones propias y percepciones de estímulos provenientes del mundo externo (Aulagnier P, 1977).

La situación disruptiva se torna catastrófica cuando el adulto no puede metabolizar lo acaecido, sufre una desubjetivización y cosificación, pudiendo perder su capacidad mediatizadora. Si esto ocurre, los niños vivencian lo externo como traumatogénico, aún sin haber asistido en forma directa al impacto del evento.

Continuidad, contigüidad y ruptura

La ruptura de contigüidad entre mundo interno y mundo externo acrecentará el dolor, efecto del desvalimiento, perpetuando vivencias inundadas por afecto, carentes de representación (Benyakar M, 1999a). Estas vivencias pueden tener manifestaciones clínicas inmediatas, miedos, pesadillas, disminución del rendimiento escolar, manifestaciones somáticas (Benyakar M, 1997d, 1997b, 1998c, 2000c).

La ruptura de la continuidad psíquica en tiempos de estructuración inscribirá marcas de difícil tramitación (Lemlij M, 1994). Esto puede darse de dos modos:

1. Por eventos masivos inesperados y violentos como guerras o atentados, actos delictivos, desaparición o muerte abrupta de alguno de los progenitores. *"Vivencia traumática"*.
2. Por situaciones cotidianas desestabilizantes y difusas como violencia física o psíquica en la familia, inestabilidad familiar como divorcios, actitudes de abandono de los padres, migraciones y mudanzas reiteradas, enfermedad física o mental de alguno de los progenitores, problemas económicos, etc. *"Vivenciar traumático"*. (Freud S, 1950a; Granel J, 1982; Benyakar M, 1998a).

Los adultos deberían tomar a su cargo el resguardo del niño a una exposición excesiva a estos eventos, para aminorar los riesgos tanto del *vivenciar traumático*, como de la *vivencia traumática* (Freud S, 1937c, 1939a).

En el caso que los adultos sostenedores se encuentren atrapados por esas mismas fuerzas disruptivas y presenten déficit en sus funciones mediadoras o de sostén, el riesgo se acrecienta.

El destino de esta potencialidad patológica estará determinado por el interjuego entre las capacidades, previamente desarrolladas del Yo, la capacidad mediadora del medio y las características del evento.

Cuando el evento se vivencia como una amenaza, el aparato psíquico puede reorganizarse de dos maneras:

- 1) Desarrolla defensas psíquicas, producto de la angustia señal, produciéndose la vivencia de estrés.
- 2) Emerge el desvalimiento y el vacío, producto de la angustia automática, afecto sin representación que llevará a la vivencia traumática. (Freud S, 1926d, 1937c; Benyakar M, 1996c, 1999a).

Funciones primordiales de los programas asistenciales de niños en situaciones de desastres

Transicionalidad del entorno terapéutico: El aislamiento del niño en un marco de sesiones terapéuticas desligado de su cultura y su entorno en los momentos agudos, es sumamente peligroso. La creación de un marco íntimo y específico dentro de situaciones de grandes tumultos semicaóticos, ayuda al niño a enfrentar el evento. Sin embargo, en los casos que se indica un tratamiento individual para el niño, debe mantenerse una fluida comunicación con su medio social (escuela, familia) para poder seguir procesando lo acaecido (Käes R, 1979).

Trabajo de metabolización. En los casos que se resuelva encarar una terapia individual, el trabajo clínico debe apuntar a la transformación de lo no propio en propio. Lo disruptivo tiende a arrasar la identidad, es por ello que se debe favorecer la conservación de lo propio para que el niño pueda contrarrestar la amenaza de ajenidad que el congelamiento o desvalimiento provoca.

Capacidad de playing. Las situaciones disruptivas pueden anular la capacidad de juego (playing) del niño, arrasando sus espacios creativos (Winnicott D, 1958, 1971; Benyakar M, 1996a).

Las intervenciones terapéuticas tanto individuales como grupales con niños tienen que priorizar la recuperación del juego espontáneo y creativo. El terapeuta debe detectar cuando el juego se torna estereotipado y repetitivo para abordar los núcleos de angustia coagulada y liberarlos (Benyakar M, 1996b).

La exposición excesiva de violencia televisada del evento sufrido por el niño lo transforma en pasivo. Esas imágenes macabras invaden el aparato psíquico en un exceso de realidad, que puede alterar la producción de fantasías y la capacidad del playing y simbolización.

La transformación del dolor en sufrimiento

La elaboración terapéutica debe tender a transformar el dolor sin nombre en sufrimiento comunicable.

Nuestra idea de *dolor* remite a las sensaciones de placer en el registro del cuerpo. Si el placer perdura en su estado de dolor, sin representación psíquica, no podrá ser metabolizado.

El *sufrimiento* es el placer representado o dolor subjetivizado que se torna comunicable. (Benyakar M, 1998b)

El abordaje terapéutico con niños que han sufrido la impronta de la violencia o la agresión, debe sostenerse en un vínculo mediador sustituto. Se debe detectar los intentos de comunicación aun a nivel a-verbal, para que luego el niño pueda simbolizar lo vivenciado, tornar la vivencia en elaborable y transformar el dolor en sufrimiento.

La inmadurez del aparato psíquico no siempre permite que este proceso pueda ser completamente llevado a cabo en la infancia. Si bien deben realizarse intervenciones inmediatas frente a eventos disruptivos, núcleos no elaborados pueden persistir en el aparato psíquico.

Múltiples son los destinos de estos núcleos, elaborarse a posteriori, con las recomposiciones psíquicas que las experiencias intersubjetivas promuevan, en un proceso constante de simbolización y significación. Pueden también permanecer en su forma encapsulada y reactivarse en etapas críticas o

frente a acontecimientos que evoquen amenaza. Otro destino podrá ser convertirse en núcleos constitutivos del aparato psíquico y devenir en las llamadas patologías del vacío (Benyakar M, 1999a).

La instauración de la vivencia de sostén (holding)

La intervención terapéutica en estos casos debe abrir un espacio donde el sostén sea vivenciado como alivio ante el displacer del desvalimiento (Winnicott D, 1972, 1974).

La meta esencial de un Programa de Salud Mental Infantil ante situaciones de desastres es preservar el derecho del niño a ser niño

La declaración internacional de los derechos del niño plantea la responsabilidad de la sociedad por suministrar a los niños sus necesidades básicas. En las situaciones disruptivas los niños pierden el derecho a ser niños, por ser expuestos a situaciones de deprivación y de violencia (Ferenczi S, 1933; Aulagnier P, 1977).

Los niños, paradójicamente, pasaron de la retaguardia a la línea de fuego, usados como escudos humanos con objetivos políticos. Encontramos a niños dañados en actos terroristas indiscriminados, a niñas violadas por soldados, niños entrenados militarmente desde muy pequeños por grupos fundamentalistas y terroristas.

¿Qué efecto tendrá en el aparato psíquico esta exposición prematura a situaciones de violencia que el niño no puede metabolizar? El reciente ataque con armas de fuego, perpetrado por niños en el estado de Arkansas, en la paradójicamente llamada "Ciudad de las Iglesias", nos confronta de modo preocupante con la irrupción indiscriminada de la violencia infantil.

Cuando la sociedad no anticipa la problemática de los niños, ante amenazas del mundo externo, cumpliendo funciones mediatizadoras, quedan éstos librados a la irrupción de la destructividad en su propio ser.

REFERENCIAS

- Allen JR. After the bombing: Public scenarios and the construction of meaning. *J Okla State Med Assoc* 1999; 92(4): 187-92.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM III. Washington, D. C., 1980.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM III-R. Washington, DC, 1987.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV. Washington, DC. 1994.
- Anderson JW. Cultural Adaptation to Threatened Disaster. *Human Organizations* 1968; 27: 298-307.
- Andreoli A. De la maladie traumatique aux interfaces du traumatisme. Esquisse d'un modèle de politique de traitement et de soins. From traumatic disease to interfaces of traumatism. A model outline for a strategy of treatment and care. *Revue Francophone Du Stress Et Du Trauma* 2000; 1(1): 33-44.
- Baum A, Solomon SD, Ursano RJ, Bickman L, Blanchard E, Green BL, Keane TM, Laufer R, Norris F, Reid J, Smith EM, Steinglass P. Emergency/disaster studies. Practical, conceptual and methodological issues, chapter 10 in Wilson JP, Raphael B. *International handbook of traumatic stress syndromes*, Plenum Press 1993, New York.
- Benyakar M. Reevaluation of the theory and therapy of acute post-traumatic war neurosis. *Israel Defense Forces Publications* 1973.
- Benyakar M, Noy Sh. The theory and therapy of acute traumatic war neuroses. First international conference on psychological stress and adjustment in time of war and peace. Jerusalem, Israel 1975.
- Benyakar M, Dasberg H. (1978a) Various therapeutic milieus on the course of group treatment. Second international conference on psychological stress and adjustment in time of war and peace. Tel-Aviv, Israel.
- Benyakar M, Dasberg H, Plotkin I (1978b). Group therapy in two different approaches to war neuroses. *Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines* 1978; 16: 183-95.
- Benyakar M. (1978c). Clinical indications for treatment of cases of combat reactions. *Israel Defense Forces Publications*. Tel-Aviv, Israel.
- Benyakar M, Dasberg H, Plotkin I. The influence of various therapeutic milieus on the course of group treatments in two groups of soldiers with combat reaction. *Stress and Anxiety*. Vol-8. Milgram NA, Spielberger CD, Sarason IG. McGraw-Hill International Book Company 1982.
- Benyakar M, Yadlin N, Zifman N. Ongoing individual and group psychotherapy of civilians in war time. Third International Conference of Psychological Stress and Adjustment in Time of War and Peace. Tel-Aviv, Israel 1983.
- Benyakar M, Rubinstein Z. (1984a). The military therapeutic milieu in wartime. *Israel Defense Forces Publications*. Tel-Aviv, Israel.
- Benyakar M, Frieder I. Conceptos básicos en la investigación de la rehabilitación cardiaca. *The International Cardiac Rehabilitation Research Foundation*. Tel-Aviv, Israel 1988.
- Benyakar M, Kutz I, Dasberg H, Stern M. The collapse of a structure: A structural approach to trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1989; 2(4): 431-49.
- Benyakar M. Trauma and the specificity of the Gulf War. 1st Symposium Psychological Aspects of the Gulf War. Tel-Aviv University 1991.
- Benyakar M. (1994a). Trauma y neurosis post-traumática: De la vivencia a la reflexión teórica. *Actualidad Psicológica* 1994; 211: 26-32.
- Benyakar M (1994b). El programa de asistencia a personas afectadas por situaciones de desastre, catástrofe y situaciones bélicas. 1eras Jornadas de Salud Mental en Situaciones de Catástrofe. Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas José de San Martín. Facultad de Medicina, UBA.
- Benyakar M (1994c). Trauma: Del damnificado a la víctima, de lo personal a lo social, de la tragedia al mito. XI Congreso Latinoamericano de Psicoterapia Analítica de Grupo. Epistemática Multimedia 1994; 377-93.
- Benyakar M, Kretsch R, Baruch E (1994d). Mental health work with Gulf War evacuees: The use of a transitional therapeutic space. *Israel Journal of Psychiatry* 1994; 31(2): 78-85.
- Benyakar M. Disaster conditions, catastrophes, and warlike attempts: The specificity of the therapeutic focus in mental health. Simposio Internacional. XI Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA. III Congreso de Mass Media y Salud Mental. San Carlos de Bariloche, Argentina. Marzo de 1995.
- Benyakar M (1996a). Human resources in catastrophes. The psychiatrist's role. Xth World Congress of Psychiatry. WPA. International Symposium. Madrid, España.
- Benyakar M (1996b). Juego, palabra y sublimación. Mesa Redonda: Trauma, duelo y juego. Asociación Psicoanalítica Argentina, XIV Jornadas Anuales del Departamento de Niños y Adolescentes. Agosto 1996, Buenos Aires, Argentina.
- Benyakar M (1996c). Trauma, la construcción mítica del campo psicoanalítico. Asociación Psicoanalítica Argentina. IV Simposio Internacional sobre Mitos y sus ámbitos de expresión, interpretación psicoanalítica e interdisciplinaria. Buenos Aires, Argentina.
- Benyakar M (1996d). La vivencia traumática. Vicisitudes en la Clínica Psicoanalítica. Conferencia presentada para la categoría de miembro titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina.
- Benyakar M (1997a). Principios clínicos para formación de equipos profesionales de salud mental en desastres. Conferencia Magistral

- en el Coloquio sobre intervención psiquiátrica en catástrofes. Hospital Militar Central "Gómez Ulla". Madrid, España.
29. Benyakar M (1997b). Trauma y estrés, perspectivas clínicas. Capítulo XVI en Conceptos Fundamentales de Psicopatología II, ed. Fischer HR. Centro Argentino, Bs. As.
30. Benyakar M (1997c). Definición, diagnóstico y clínica del estrés y el trauma. *Psiquiatría COM* (revista electrónica) 1977 Diciembre; 1(4): disponible en: URL: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol1num4/art-5.htm>
31. Benyakar M, Onik de Benyakar I. Del consultorio y el diván a la cama del enfermo. Capítulo III en conceptos fundamentales de psicopatología III (La Clínica). Ed. Fischer HR. Centro Editor Argentino, Bs. As. 1997.
32. Benyakar M (1998a). Salud mental de los evacuados de la Guerra del Golfo: Los espacios terapéuticos de una guerra peculiar. Monografías de psiquiatría. Enero-Febrero de 1998. Año X. Núm. 1. Pág. 14-17.
33. Benyakar M (1998b). Agresión y violencia en el milenio. La cadena del mal. Revista de Psicoanálisis. Ed. Asociación Psicoanalítica Argentina. Tomo LV, No. 4 Octubre-Diciembre, pp. 875-92.
34. Benyakar M, Scheitman C (1998c). Salud mental de los niños en guerras, atentados y desastres naturales. Posdata Revista de Psicoanálisis. Ed. HomoSapiens. Fundación Estudios Clínicos en Psicoanálisis. Año 2 No. 3, pp. 9-20. Noviembre 1998.
35. Benyakar M (1999a). La vivencia: articulación entre el afecto y la representación. Revista de Psicoanálisis. Ed. Asociación Psicoanalítica Argentina. Tomo LVI, No. 3 Julio-Septiembre, pp. 591-603.
36. Benyakar M (1999b). Disasters and Catastrophes a challenge for the assistance of civilian in peacetime; XI World Congress of Psychiatry of the World Psychiatric Association. Hamburg August 6-11, 1999.
37. Benyakar M (2000a). Reacción de combate enfrentando vivencias traumáticas y estrés. Buenos Aires, Argentina. Disponible en URL: <http://www.psychoway.com>
38. Benyakar M (2000b). Agresión de vida y violencia de muerte. El infans y su medio. Buenos Aires, Argentina. Disponible en URL: http://winnicott.net/patron_esp.htm
39. Benyakar M (2000c). Lo traumático y lo ominoso: cuestionamientos teórico-clínicos acerca del procesamiento de las amenazas. J Dep. Psicosomática Asociación Psicoanalítica Argentina, 1.1. pp 71-7.
40. Botella C, Botella S. Néurose traumatique et Cohérence psychique. *Revue Française de Psychosomatique* 1992; 2: 25-36.
41. Botella C, Botella S. Más allá de la representación. Ed. Promolibro, Valencia 1997.
42. Bremner JD, Cristal JH, Southwick SM, Charney DS. Functional neuroanatomical correlates of the effects of stress on memory. *J Trauma Stress* 1995; 8(4): 527-53.
43. Bremner JD. Does stress damage the brain? *Biol Psychiatry* 1999; 45(7): 797-805.
44. Brett EA, Ostroff R. Imagery and post-traumatic stress disorders: An overview. *American Journal Psychiatry* 1985; 142: 417-24.
45. Brüll F. The trauma-theoretical considerations. *The Israel annals of psychiatry and related disciplines* 1969; 7: 96-108.
46. Cahill L, McGaugh JL. Mechanisms of emotional arousal and lasting declarative memory. *Trends Neurosci* 1998; 21(7): 294-9.
47. Cohen RE, Ahearn Jr. FL. Manual de la atención de salud mental para víctimas de desastres. Harla, México 1989.
48. Cohen R (1999a). Salud mental para víctimas de desastres. Guía para instructores. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, EUA.
49. Cohen R (1999b). Salud mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, EUA.
50. Cremniter D. La catastrophe du Concorde: Intervention medico-psychologique. (The crash of Concorde: Medical and psychological intervention. *Revue Francophone Du Stress Et Du Trauma* 2000; 1(1): 55-9.
51. Crocq L, Douthéau C, Salham M. Les réactions émotionnelles dans les catastrophes. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Editions Techniques, Paris 1987.
52. Crocq L. Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Nérvoses traumatiques, états de stress post-traumatique et autres séquelles. *Psychologie Médicale* 1992; 24, 5: 427-32.
53. Crocq L. Le trauma et ses mythes. *Psychologie Médicale* 1993; 25, 10: 992-9.
54. Crocq L. Critique du concept d'état de stress post-traumatique. *Perspectives Psy*. Vol. 35, N 5, Décembre 1996.
55. Crocq L (1997a). The emotional consequences of war 50 years on. A psychiatrist's perspective. In *past trauma in late life*. Ed. Linda Hunt, Mary Marshall, Cherry Rowlings. J. Kingsley. London: Chap. IV. 39-48.
56. Crocq L (1997b). Incidences psychologiques de la prise d'otage. *Psychologie Française* 1997; N 42-3: 243-54.
57. Crocq L, Douthéau C, Louville P, Cremniter D. Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différences, troubles séquellaires. Paniques et psychopathologie collective. *Encycl Méd Chir*. Elsevier, Paris. *Psychiatrie* 1998; 37: 113-D-10, 8p.
58. Crocq L. Le retour des enfers et son message. Coming back from hell and its message. *Revue Francophone Du Stress Et Du Trauma* 2000; 1(1): 5-19.
59. Cukor P, Baer L. Human factors in telemedicine: A practical guide with particular attention to psychiatry. *Telemedicine Today* 1994; 2,2: pp.9, 16-8.
60. Curran PS. Psychiatric aspects of terrorist violence: Northern Ireland 1969-1987. *British Journal of Psychiatry* 1988; 153: 470-5.
61. Charcot JM. Clinical Lectures of the disease of the nervous system. New Sydenham Society, London 1889.
62. Collazo C. Selection of personal for special missions. In: Adelaja O, Jones FD, eds. *War and its aftermath*. Lagos, Nigeria: John West 1983; 78-89.
63. Collazo C. (1985a) Psychiatric casualties in Malvinas War: A provisional report. In: Pichot P, Berner P, Wolf R, Thau K eds. *Psychiatry: The State of the Art*. Vol. 6. New York Plenum Press; 499-503.
64. Collazo C. (1985b) Training of military psychiatrist. An overview. In: Pichot P, Berner, Wolf F, Thau K eds. *Psychiatry: The state of the art*. Vol. 6. New York: Plenum Press. 560-71.
65. Collazo C. Psiquiatría Militar. In: Vidal G, Alarcón R, Lolas F. Eds. *Encyclopédie Iberoamericana de Psiquiatría*. Vol. III. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires 1995; 1518-23.
66. Dobbs D, Wilson HP. Observations on the persistence of war neurosis. *Dis Nerv Syst* 1960; 21: 40-6.
67. Dwyer T. Telepsychiatry: Psychiatric consultation by interactive television. *Am J Psychiatry* 1973; 130: 865-9.
68. Erichsen JE. On concussion of the spine: Nervous shock and other obscure injuries of the nervous system in their clinical and medico-legal aspects. Longman, Green. London 1882.
69. Erikson P, Drabek TE, Key WH, Crowe JL. Families in Disaster. *Mass Emergencies* 1976; 1: 206-13.
70. Fahrer R, Benyakar M, Pecci C, Gómez Prieto C. Programa de salud mental para la asistencia de poblaciones afectadas por situaciones de desastre, catástrofes y atentados bélicos: Una propuesta. Bariloche-WPA/Regional Symposium 1995.
71. Ferenczi S (1933). Confusion of tongues between adults and the child. In final contributions to the problems and methods of psychoanalysis, ed. M. Balint, trans. E. Mosbacher, et al. London: Karnac, 1980, pp. 156-67.
72. Figley CR. Posttraumatic family therapy. Posttraumatic therapy and victims of violence. FM Ochberg (Ed). Brunner/Mazel, New York 1988; pp: 89-109.
73. Foukes SH. Group analysis in military neurosis centre. In: Foukes SH. Ed. *Therapeutic Group Analysis*. London: Maresfield Reprints 1964.
74. Frankel V. Man's search of meaning. Beacon Press. Boston 1962.
75. Frederick CJ. Current thinking about crises of psychological intervention in United States disasters. *Mass Emergencies* 1977; 2: 43-50.
76. Freud A. Foreword to basic psychoanalytic concepts on the theory of dreams. Vol. II, Nagera H (Ed). The hampstead clinic psychoanalytic library, London, Maresfield Reprints 1969.
77. Freud S (1926d). Inhibitions, symptoms and anxiety. SE 1925; 20.
78. Freud S (1937 c). Analysis terminable and interminable. SE 23.
79. Freud S (1939^a [1937-39]). Moses and monotheism: Three Essays. SE, 23.
80. Freud A (1950a [1887-1902]). Project for a Scientific Psychology. SE, 1.
81. Freud S (1950a [1892-1899]). Extracts from the fly's papers. SE, 1.
82. Friedman MJ. Toward rational pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. *Amer J Psychiatry* 1988; 145: 281-5.
83. Friedman MJ (1993). Psychobiological and pharmacological approaches to treatment. *International handbook of traumatic stress syndromes*. Wilson JP, Raphael B, Plenum Press, New York.

84. Furst SS, Rangell L, Neubauer PB, Greenacre Ph, Sandler J, Solnit AJ, Kris M, Waelder R, Freud A (1971). *El Trauma Psíquico*, Ediciones Troquel, Bs. As.
85. Gould E, Tanapat P. Stress and hippocampal neurogenesis. *Biol Psychiatry* 1999; 46(11): 1472-9.
86. Granel J, Apter A, del Campo E, del Valle Echegaray E, Kijak M. La vigencia del concepto de trauma en Freud. *Revista de Psicoanálisis*. Tomo XXXIX 1982; 5: 783-825.
87. Greenacre Ph. *Trauma, Growth and Personality*. Norton, New York 1952.
88. Grinker RR, Spiegel JP. *War neurosis in North Africa*, Josiah Macy, Jr. Foundation, New York 1943.
89. Grinker RR, Spiegel JP. *Men under stress*. Mc Graw-Hill, New York 1963.
90. Harshbarger D. An ecological perspective on disastrous and facilitative disaster intervention based on the Buffalo Creek disaster. Paper presented at the National Institute of Mental Health Continuing Education Seminar on Emergency Health Services, Washington, DC 1973.
91. Horowitz MJ. *Image formation and cognition*. Appleton-Century-Crofts, New York 1970.
92. Horowitz MJ. *Stress response syndromes*. Jason Aronson, New York 1976.
93. Horowitz MJ. *Stress response syndromes: A review of posttraumatic stress and adjustment disorders*. International handbook of traumatic stress syndromes. Wilson JP, Raphael B, Plenum Press, New York 1993.
94. Janet P. *Les actes inconscients et le dédoublement de la personnalité*. Revues Philosophiques 1886; 22(2): 212-23.
95. Kaës R. *Crisis, ruptura y superación: Análisis transicional en psicoanálisis individual y grupal*. Ediciones Cinco. Buenos Aires, Argentina 1979.
96. Kahn M. The concept of cumulative trauma. *Psychoanal. Study Child* 1963; 18: 286-98.
97. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited [see comments]. *Am J Psychiatry* 1999; 156(4): 505-24.
98. Kardiner A, Spiegel JP. *War stress and neurotic illness*. Paul B Hoeber, New York 1947.
99. Kardiner A, Spiegel JP. *Traumatic neurosis of war*. American handbook of psychiatry. Arieti (Ed.) Basic Books 1959.
100. Kastenbaum R. *Disaster, death, and human ecology*. Omega 1974; 5: 65-72.
101. Kolb LC, Multipassi LR. The conditions emotional response: A subclass of the chronic and delayed post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Ann* 1982; 12: 979-87.
102. Kolb LC. A critical survey of hypotheses regarding posttraumatic stress disorders in light of recent findings. *Journal of Traumatic Stress* 1988; 1: 291-304.
103. Krug EG, Krewnow M, Peddicord JG, et al. Suicide after natural disasters. *New England Journal of Medicine* 1998; 338(6): 373-8.
104. Krystal H, Krystal JH. *Integration & Self-healing: Affect, trauma, alexithymia*. The Analytic Press. New Jersey 1988.
105. Lebigot F. *El psiquiatra militar y su enfermo*. Vertex Rev Arg de Psiquiat 1995.
106. Lebigot F. Psychological support of French Military Contingent in operational mission. Xth. World Congress of Psychiatry. WPA. International Symposium. Madrid, España 1996.
107. Lebigot F. *Trauma psíquico*. Vertex Rev Arq de Psiquiat 1998.
108. Lebigot F. The advantages of immediate and post immediate care following psychic traumas. In emergency psychiatry in a changing world. M. De Clercq, Ed 1999.
109. Lebigot F. La clinique de la nervose traumatique dans son rapport à l'événement (Clinical study of traumatic neurosis in relation with the traumatic event). *Revue Francophone Du Stress Et Du Trauma* 2000; 1(1): 27-31.
110. Lemlij M. *Reflexiones sobre la violencia*. Ed. Bpp Sidea. Perú 1994.
111. Liftonh RJ. *The broken connection*. Simon & Schuster, New York 1979.
112. Mangelsdorff AD. Lessons learned and forgotten: The need for prevention and mental health interventions in disaster preparedness. *J Community Psycho* 1985; 13(3): 239-57.
113. Mark BS, Layton A, Chesworth M. *I'll know what to do: A kid's guide to natural disasters*. Washington, DC, US. Magination Press American Psychological Association 1997; vi, 57.
114. McEwen BS. Stress and hippocampal plasticity. *Annu Rev Neurosci* 1999; 22: 105-22.
115. Merwin M, Smith-Kurtz B. Healing of the whole person, posttraumatic therapy and victims of violence. Ochberg FM (Ed). Brunner/Mazel. New York 1988; pp: 57-82.
116. Milgram N. War related trauma and victimization. In: Wilson and Raphael beds international handbook of traumatic stress syndromes. New York: Plenum Press 1993; 811-20.
117. Miller TW, Kraus RF. Natural and environmental disasters: Psychological issues and clinical responses. *Integrative-psychiatry* 1994; Vol 10(3): 128-32.
118. Moses R. Adult Psychic Trauma: The question of early predisposition and some detailed mechanisms. *Int J Psychoanal* 1978; 59: 353-63.
119. Neumann M, Levy AA. Specific military installation in Lebanon. *Milit Med* 1984; 196-9.
120. North CS, Nixon SJ, Shariat S, et al. Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA* 1999; 282: 755-62.
121. North CS, Hong BA. Project CREST: A new model for mental health intervention after a community disaster. *American Journal of Public Health* 2000; Vol. 90, Issue 7: 1057-2p.
122. Page H. Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion. *J&A Churchill*, London 1885.
123. Perednia DA. Evaluating the use of telemedicine for mental health applications. *Telemedicine Today* 1994; 2(2): 10-11.
124. Pfeffer CR. Severe stress and mental disturbance in children.
125. American Psychiatric Press, xxiv, 673 pp. Washington, DC, US 1996.
126. Pfefferbaum B. Posttraumatic stress disorder in children: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36(11): 1503-11.
127. Post RM, Weiss SR, Li H, Smith MA, Zhang LX, Xing G, Osuch EA, McCann UD. Neural plasticity and emotional memory. *Dev Psychopathol* 1998; 10(4): 829-55.
128. Pynoos RS, Nader K. Issues in the treatment of posttraumatic stress in children and adolescents. International handbook of traumatic stress syndromes, Wilson, JP, Raphael B. Plenum Press, New York 1993.
129. Pynoos RS, Goenjian A, Steinberg AM. A public mental health approach to the postdisaster treatment of children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 1998; 7(1): 195-210.
130. Roodzendaal B, Koolhaas JM, Bohus B. The role of the central amygdala in stress and adaptation. *Act Physiol Scand Suppl* 1997; 640: 51-4.
131. Salmon TW. The war neuroses and their lessons. NY. *J Med* 1919; 59: 993-4.
132. Schulberg HC. Disaster, crisis theory and intervention strategies. *Omega* 1974; 5: 77-87.
133. Selye H. *Stress*. Acta. Montreal 1950.
134. Selye H. The stress of live. McGraw-Hill, New York 1956.
135. Selye H. The stress concept today. *Handbook of stress and anxiety*. Kutash IL, Schlesinger LB, Jossey-Bass, San Francisco 1980.
136. Shiroyama A, Uemoto M, Shinfuku N, Ide H, Seki W, Mori S, Inoue S, Natsumoto R, Asakawa K, Osabe H. The mental health of school children after the great hanshin-awaji earthquake: II. Longitudinal analysis. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 2000; 102(5): 481-97.
137. Simon JD. Biological terrorism: Preparing to meet the threat. *Journal of the American Medical Association* 1997; 278: 428-30.
138. Smith DW, Christiansen EH, Vincent R, Hann NE. Population effects of the bombing of Oklahoma City. *J Okla State Med Assoc* 1999; 92(4): 193-8.
139. Solomon Z. A three year perspective study or PTSD in Israel combat veterans. *J Traumatic Stress* 1989; 2: 59-73.
140. Solomon Z, Laor N, Weiler D, Muller U, Hadar O, Waysman M, Koslowsky M, Benyakar M, Bleich A. The psychological impact of the gulf war: A study of acute stress in Israeli evacuees. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 50: 320-1.
141. Vakhov VP, Nazarenko IV, Kolos IV. The mental state in the employees of law enforcement organs who have gone through an earthquake. *Voen Med Zh* 1991; (1): 33-6.
142. Van der Kolk BA. The drug treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of affective disorders* 1987; 13: 203-13.
143. Van der Kolk BA. The trauma spectrum: The interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response. *Journal of Traumatic Stress* 1988; 1: 273-90.

144. Veith I. *Hysteria: The history of a disease*. University of Chicago Press, Chicago 1965.
145. Viinamaki H, Kumpusalo E, Myllykangas M, Salomaa S, Kumpusalo L, Kolmakov S, Ilchenko I, Zhukowsky G, Nissinen A. The Chernobyl accident and mental well being a population study. *Act Psychiatr Scand* 1995; 91(6): 396-401.
146. Weaver JD, Dingman RL, Morgan J, Hong BA, North CS. The American red cross disaster mental healthy services: Development of a cooperative, single function, multidisciplinary service model. *Journal of Behavioral Health Services & Research* 2000; 27, Issue 3: 314-7.
147. Wilson JP, Raphael B. *International handbook of traumatic stress syndromes*. Plenum Press, New York 1993.
148. Winnicott D (1958). La capacidad de estar solo (1958). Cap 2. En: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Ed. Paidós 1993.
149. Winnicott D. *The place were we live. Playing and reality*. New York. Basic Books 1971; 86-94.
150. Winnicott D. *Fear of breakdown*. *Int J Psychoanal* 1974; 1.
151. Winnik HZ. Second thoughts about psychic trauma. *The Israel Annals of psychiatry and related disciplines*. 1969; 7, Issue 1: 82-95.
152. Yehuda R. Biology of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(7): 14-21.