

CAPÍTULO I

Los problemas psicosociales en situaciones de desastres y emergencias: marco general de referencia

En este capítulo nos referimos a algunos elementos conceptuales sobre el impacto psicosocial que producen los desastres en las personas, como marco general de referencia. Este breve resumen le puede servir al lector no especializado como base para una mejor comprensión de los capítulos posteriores.

Desde el punto de vista de la salud mental, las emergencias y los desastres implican una perturbación psicosocial que sobrepasa la capacidad de manejo o afrontamiento de la población afectada (1-5).

Por lo general, los desastres tienen consecuencias económicas, producen devastación, empobrecimiento, destrucción ambiental y de la infraestructura, y carencia de servicios básicos como agua potable y alimentos; pero, también, producen un deterioro en la vida de las personas y una desintegración de las familias y de la comunidad.

Cuando hablamos de impacto psicosocial, nos referimos a los efectos que generan los desastres en el ámbito psicológico individual, familiar y social de las víctimas. Estos efectos se relacionan con muchas variables, entre las que se encuentran las condiciones de vida de la persona y el grado de deterioro de su ambiente físico y social (3).

Construcción de defensas ante el estrés

Para una mejor comprensión de las consecuencias psicológicas de los eventos catastróficos resulta útil revisar brevemente la manera como las personas adquieren y desarrollan la capacidad de enfrentarse a las situaciones difíciles de la vida y cómo se preparan para sobrevivir exitosamente las experiencias dolorosas excepcionales.

En la vida diaria estamos permanentemente expuestos a situaciones conflictivas (a veces, repetitivas) que producen modificaciones emocionales en forma de ansiedad ("nervios"), miedo, tristeza, frustración o rabia, y que se acompañan de cambios en el funcionamiento corporal, como palpitaciones, tensión de los músculos, sensación de vacío en el estómago, etc. Son reacciones transitorias de duración variable que actúan como mecanismos de defensa y que, de alguna manera, nos alertan y preparan para enfrentarnos a la situación traumática (1, 2, 6).

Normalmente, esas respuestas al estrés se relacionan estrechamente con el aprendizaje y se convierten en un mecanismo de supervivencia y de alivio para la tensión emocional. La vivencia repetitiva de los pequeños traumas cotidianos y la comprobación de que pueden afrontarse permiten desarrollar una capacidad de tolerancia a la frustración y la esperanza de que se pueden superar los escollos. El proceso de aprendizaje permite desarrollar las defensas y el moldeamiento de una personalidad más fuerte y preparada para enfrentar y superar exitosamente las adversidades de la vida (6-8).

Este proceso ocurre en el ámbito de la familia y la comunidad que, en condiciones normales, se convierten en nichos que facilitan la maduración de los niños para llegar a ser adultos independientes y seguros. En la medida en que las relaciones interpersonales brindan seguridad y afecto, se facilita la construcción de sentimientos de confianza en sí mismo y en los demás, e ir armando un proyecto de vida optimista. La familia, como medio protector y modelo, permite al niño copiar y volver propios los comportamientos sanos de las personas mayores. De otra parte, el grupo social de pertenencia también genera redes de apoyo para las familias y los individuos.

La suma de toda esa experiencia durante la infancia y la adolescencia construye las bases de la personalidad y contribuye al desarrollo de lo que se conoce como "resiliencia"* , definida como la capacidad de resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y volver a acceder a una vida significativa y productiva. Esta capacidad no es estática sino permanentemente fluctuante en relación con las

* *Nota del editor:* aunque el término "resiliencia" (del inglés "resilience") no existe en español, hemos decidido dejarlo por su uso frecuente y aceptado en el ámbito de los desastres y porque su traducción literal "elasticidad" no refleja el concepto que se intenta explicar.

circunstancias que se van viviendo y trata de lograr un equilibrio entre los factores de riesgo y los elementos protectores.

Estos mecanismos de defensa, maduración y crecimiento personal no funcionan completamente cuando el individuo enfrenta situaciones que superan sus capacidades de adaptación y, entonces, hablamos de eventos traumáticos que generan crisis, en las cuales se rompe el equilibrio. Esto puede suceder en eventos catastróficos que representan amenazas extremas que rompen las defensas de manera brusca, o en circunstancias que se viven como agresiones repetitivas que se van acumulando y paulatinamente van debilitando las defensas hasta que se llega a un punto en el que se rompe el equilibrio. Cuando esto ocurre, aparecen reacciones más o menos duraderas, con expresiones corporales y psicológicas que ya no son protectoras, sino que conducen a alteraciones emocionales de gravedad variable y, en algunos casos, a verdaderas enfermedades mentales.

El impacto psicosocial de los eventos traumáticos

El impacto psicosocial de cualquier evento traumático depende de los siguientes factores (4):

- la naturaleza misma del evento,
- las características de la personalidad de las víctimas y
- el entorno y las circunstancias.

La naturaleza misma del evento. Por lo general, producen un mayor impacto los eventos inesperados, los ocasionados por el hombre, los que implican una situación de estrés prolongada y los de afectación colectiva.

Los eventos inesperados, como los terremotos, no dan tiempo a estrategias de prevención individuales o colectivas y, usualmente, generan sentimientos de impotencia y reacciones emocionales que inhiben las funciones defensivas que pudieran ser eficaces; por ello, son más frecuentes las reacciones de pánico paralizante o de huida, con graves modificaciones de la capacidad de reflexionar y tomar decisiones acertadas.

El origen humano del trauma, como es el caso de los conflictos armados o los actos terroristas (4, 9), potencializa el miedo y la ansiedad con sentimientos de rabia y odio, así como deseos de venganza, puesto que hay a quienes culpar; esto complica la reacción emocional y la elaboración del duelo. Además, cuando se trata de violencia política, la búsqueda y la prestación de atención implican una

situación de peligro, lo cual puede dar lugar a tardanzas e iniquidades que se convierten en factores secundarios de estrés y cierran un círculo vicioso de violencia y maltrato.

Cuando la situación traumática es prolongada, como en el caso de secuestros, desplazamientos forzados y en poblaciones que viven en cercanías de volcanes con posibilidades de erupción, generalmente, las personas se sienten sin posibilidades de escape, pronto retorno o de reubicación segura y digna. La víctima se siente atrapada e impotente y, fácilmente, llega a una fase de desesperanza y agotamiento de las defensas. Si, además, se agrega la tortura, la pérdida de las estructuras de las defensas es mucho más rápida. Es frecuente ver que, incluso la amenaza o la posibilidad de padecer dolor o de morir (la persona o sus seres queridos), debilita la fortaleza de cualquier persona razonablemente equilibrada.

Usualmente, en situaciones de crisis individuales, la víctima cuenta con el apoyo de quienes la rodean y de la estructura social. Cuando la emergencia es colectiva, el impacto es mucho mayor, pues no sólo se vive el drama personal sino el de los allegados y, además, se afecta la red familiar y social de apoyo. En estos casos, es frecuente la desorganización en el aprovechamiento de las fuentes de apoyo externo.

Las características de la personalidad y la vulnerabilidad individual de las víctimas (6, 8). Se valora, en primera instancia, la personalidad de los individuos y su capacidad de afrontamiento ante eventos catastróficos e inesperados. Podemos encontrar debilidades pero, también, muchas fortalezas que pueden ser estimuladas y aprovechadas. Además, las condiciones preexistentes dan lugar a grupos más vulnerables, como son los niños y los adolescentes, quienes aún no han construido las defensas suficientes para enfrentar la adversidad y dependen de la ayuda y el apoyo externos; y los más pequeños no tienen aún la capacidad de comprender plenamente lo que ocurre.

Los ancianos, por su parte, frecuentemente viven en situaciones de privación y desesperanza, y es frecuente que padezcan de afecciones físicas o emocionales que ocasionan dependencia y sentimientos de minusvalía, todo lo cual contribuye a disminuir sus capacidades de adaptación y defensa.

Las mujeres son un grupo vulnerable pues suelen estar sometidas a condiciones sociales más adversas (en relación con los hombres) y a mayores riesgos para su salud. Además, en situaciones de crisis, suelen soportar la mayor responsabilidad en el cuidado y el mantenimiento de la estabilidad de la familia.

Otro grupo de alto riesgo son las personas con una enfermedad mental o física previa que ocasiona una mayor fragilidad del individuo.

Igualmente, es necesario destacar que la confluencia de múltiples situaciones traumáticas en individuos bien estructurados y emocionalmente fuertes puede debilitar sus defensas y hacerlos más vulnerables ante un nuevo trauma que ocurra antes de haber recuperado el equilibrio.

El entorno y las circunstancias (4, 7, 9). Aunque los desastres no escogen las víctimas, es evidente que no afectan al azar; siempre inciden más duramente en los más pobres, quienes tienen limitaciones de acceso a los servicios sociales y, en particular, a los de salud. Las comunidades pobres usualmente carecen de planes y recursos para prevenir y enfrentar las tragedias pues, incluso, carecen de redes de atención de lo cotidiano y ello las convierte en grupos de mayor riesgo que se encuentran en los límites de un equilibrio precario.

Los grupos sociales desestructurados o que han sufrido situaciones adversas repetitivas son más vulnerables.

La provisión de ayuda, cuando es precaria, desorganizada, tardía o se agota muy prontamente, puede constituirse en una circunstancia agravante de la problemática y puede generar conflictos sociales.

Finalmente, es necesario recordar que las minorías (raciales o religiosas, por ejemplo) a menudo están en condiciones previas de discriminación, con estructuras de soporte social precarias, y tienen el riesgo de ser tratadas inequitativamente en la atención de la emergencia.

La respuesta individual según fases

Para una mejor comprensión, dividimos la respuesta individual en fases (antes, durante y después del evento) (1, 3, 4, 7). No obstante, es necesario resaltar que en la realidad, la delimitación entre estas etapas no siempre es tan clara.

Antes. En la fase de amenaza se produce miedo y una tensión emocional colectiva que prepara el enfrentamiento a la amenaza. Las reacciones individuales dependen de varios factores, entre los cuales está la experiencia previa. Pueden surgir actitudes de negación del peligro en las que la persona continúa con sus actividades cotidianas y no toma precauciones; en otros casos, aparecen actitudes desafiantes, de gran desorganización, o comportamientos pasivos o agitados que resultan poco adaptativos.

Durante. Si la situación pasa de ser una amenaza y se convierte en realidad, los individuos deben enfrentarse de manera abrupta a hechos que pueden ser aterradores; se generan cambios neuroquímicos en el sistema nervioso central y pueden afectarse las respuestas inmunológicas. Las reacciones emocionales son intensas, el individuo siente interrumpida su vida y presenta reacciones muy variadas que van desde el miedo paralizante a la agitación desordenada y desde la anestesia sensorial al dolor extremo. Puede haber un estado de hiperalerta pero, más frecuentemente, hay moderados grados de confusión en la conciencia que se manifiestan como aturdimiento, desorientación y dificultad para pensar y tomar decisiones. Se pueden presentar diversos grados de disociación en los que el individuo se siente colocado en posición pasiva ante una realidad que es vivida como película ajena.

Después. Una vez pasado el evento agudo que, en algunos casos, puede prolongarse por horas, días y meses (volcanes, guerra), la víctima continúa experimentando oleadas de temor y ansiedad al recordar el trauma o al comenzar a elaborar las consecuencias del mismo. Al miedo y a la ansiedad se suma una inestabilidad emocional sobre un trasfondo de tristeza e ira. La alteración emocional incide en el resto del funcionamiento psicosocial.

Pueden aparecer ideas o conductas inapropiadas, el sueño se hace irregular y poco reparador, disminuye el apetito, surgen la irritabilidad y los conflictos en las relaciones interpersonales, y se dificulta el cumplimiento de tareas habituales. Además, aparecen o se acentúan las quejas somáticas (dolores o molestias variados) y pueden surgir o agravarse las enfermedades preexistentes, puesto que se disminuyen globalmente las defensas o se hacen insuficientes las medidas de control.

Si el impacto es grave y colectivo, en esta fase ya se nota el daño en la cohesión familiar y social, lo cual dificulta obviamente la superación individual del trauma. Si a ello le sumamos la persistencia de la amenaza o la necesidad del desplazamiento, resulta fácil entender que los procesos de readaptación se postergan y las manifestaciones psíquicas corren el riesgo de agravarse y volverse secuelas permanentes.

La necesidad de manejar simultáneamente las emociones personales y las relaciones y compromisos interpersonales, y cumplir con las tareas de la vida diaria resulta abrumadora para las víctimas, que se confrontan permanentemente con la necesidad de adaptarse a la pérdida y a lo nuevo.

Fase de readaptación. Las circunstancias ambientales y contextuales favorables facilitan que el individuo recupere la capacidad de asumir su cotidiani-

dad y supere exitosamente las pérdidas. Sin embargo, no siempre sucede así y es frecuente que las reacciones psicósomáticas persistan y se hagan crónicas. También, aunque el temor y la ansiedad se vayan atenuando, persisten por mucho más tiempo la tristeza y la rabia; así mismo, surgen sentimientos de culpa por haber sobrevivido o no haber impedido la pérdida.

El ritmo de normalización emocional es muy variable; obviamente, los más frágiles demoran más en alcanzar un equilibrio. A este respecto, merecen especial mención los niños, porque la situación de pérdida de las estructuras entorpece un desarrollo normal y la construcción de defensas protectoras; también, suelen ser objeto de maltrato intrafamiliar, lo que, a la larga, los convierte en personas con dificultades para establecer vínculos afectivos duraderos y, eventualmente, en adultos a su vez generadores de violencia.

Consideraciones finales

Se ha demostrado que la intervención en salud mental en situaciones de desastre no puede limitarse a ampliar la cobertura de los servicios especializados. Junto a esto, es necesario elevar el nivel de resolución de los problemas psicosociales de los trabajadores de atención primaria en salud, socorristas, voluntarios y otros agentes comunitarios.

Este manual puede servir como guía práctica para el trabajo de campo en el "qué hacer" (individual y grupal) y, también, como base de referencia bibliográfica para procesos de capacitación que respondan a las necesidades de elevar la capacidad resolutive en salud mental de los trabajadores de la salud y los equipos de primera respuesta.

Referencias

1. Cohen R. Reacciones individuales ante desastres naturales. *Bol Of Sanit Panam* 1985;98.
2. Lima B. La atención comunitaria en salud mental en víctimas de desastres. En: Levav I (edit.). *Temas de salud mental*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p.218-36.
3. Gerrity E, Flynn BW. Mental health consequences of disasters. En: Noji EK (edit.) *The public health consequences of disasters*. New York: Oxford University Press; 1997.
4. Organización Panamericana de la Salud. *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington, D.C., OPS/OMS; 2002. Serie de manuales y guías sobre desastres.
5. World Health Organization. *Psychosocial consequences of disasters. Prevention and management*. Geneve: Division of Mental Health, WHO; 1992.
6. Sandin B. El estrés. En: Belloch A, Sandin B, Ramos F (edit.) *Manual de psicopatología*. Madrid: Mc Graw-Hill; 1995.
7. Ehrenreich JH. *Enfrentando el desastre. Una guía para la intervención psicossocial*. Disponible de: jeherenreich@hotmail.com, 1999.
8. Slaikeu KA. *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México, D.F.: El Manual Moderno; 1995.
9. Organización Mundial de la Salud. *La salud mental de los refugiados*. Geneva: OMS, ACNUR; 1997

Bibliografía complementaria

Shalev AY. *Estrés traumático y sus consecuencias: manual para el personal de asistencia profesional*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2000.