

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DESPUES DE UNA SITUACION DE DESASTRE

Federico Ahearn¹ y Simeón Rizo Castellón²

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

Introducción

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

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

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

Efectos psicológicos de las situaciones de desastre

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

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

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

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

1957; Fritz y Williams, 1957; McGonagle, 1964). Al preguntarle a las víctimas del huracán Audrey, que azotó a los estados de Texas y Luisiana (E.U.A.), junio de 1957,¹ qué habían pensado durante el impacto, muchas manifestaron que estuvieron sumergidas en la situación y en la necesidad de sobrevivir y que recordaban poco lo que habían pensado durante ese período (Folgreman y Parenton, 1959). Esta reacción puede considerarse normal si se tiene en cuenta lo que se experimenta frente a situaciones extremas de destrucción y pérdida. Desde el punto de vista psicológico, los sucesos violentos parecen ejercer efectos narcotizantes que temporalmente impiden a las personas comprender la gravedad de la situación.

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

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

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

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

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

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

¹ Fuente: U.S. Weather Service.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La investigación realizada

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

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

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

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

Método empleado

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

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

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

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

Perfil de la muestra

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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