

El contexto cultural y social

En la percepción y valoración colectiva que una población hace de una amenaza influyen una serie de aspectos culturales (creencias, mitos, prejuicios) que pueden manifestarse y comunicarse muy intensamente bajo la presión de las circunstancias. Además, y esto es muy importante para el tema que estamos tratando, las reacciones de cada una de las personas se verán influidas por las de los demás. Así, el miedo que percibo en los demás puede fomentar mi propio miedo, y el miedo que yo demuestro puede fomentar el miedo en otros.

✓ Es posible reconocer dos etapas diferentes en la reacción psicológica de las personas afectadas por desastres:

La reacción inicial, que corresponde al primer enfrentamiento de la situación agresora, ya presente o como peligro latente.

Se han realizado muchísimos estudios con el propósito de caracterizar el comportamiento de las personas en el momento inmediatamente posterior al impacto de fenómenos disruptores.

Un trabajo publicado hace 40 años por Fritz y Williams⁽¹⁾ indicaba 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. Un grupo grande permanece aterrado durante un período que puede variar, un 60% responde adecuadamente una hora más tarde, y un 15% presenta respuestas tales como confusión, ansiedad paralizante, llanto histérico y otras parecidas durante un período más o menos prolongado.

No es posible generalizar estos datos, pero en todo caso son interesantes para apreciar las diferentes tendencias de reacción que una población puede tener en una situación de desastre.

Se utiliza un número muy amplio de términos para describir las respuestas psicológicas de los damnificados ante la situación de desastre. En una tesis de grado no publicada, S. Leivesley (1979) efectuó un análisis de los términos psicológicos utilizados en 2.000 artículos sobre “desastres naturales” , publicados en Australia y el Reino Unido a lo largo de 60 años⁽²⁾. Los 25 términos más usados fueron:

Depresión (25 veces)	Sentimiento de culpa(7)
Ansiedad/estado ansioso (17)	Inhibición de actividad (7)
Apatía (11)	Irritabilidad (7)
Pesadillas (11)	Insomnio (7)
Reacciones fóbicas (11)	Enuresis (6)
Trastornos psicosomáticos (11)	Estrés (6)
Ofuscamiento (10)	Negación (5)
Confusión (8)	Insensibilidad emocional,(5)
Dependencia (8)	Miedo (5)
Hostilidad (8)	Pesar (5)
Neurosis (8)	Histeria (5)
Shock (8)	Presión del lenguaje (5)
	Sugestibilidad (5)

A veces, esta reacción inicial puede manifestarse como un estado de shock, caracterizado por una intensa desorganización del comportamiento- desorientación, miedo descontrolado, insensibilidad emocional, estupor, alteraciones motoras, etc.- que puede ser fugaz o persistir por varias horas. Para reconocer la reacción como un “shock psicológico” deben encontrarse severamente perturbadas las funciones conscientes y las posibilidades de autocontrol de la persona, hasta el punto de impedirle la comprensión necesaria para reaccionar ante los hechos en curso.

Se ha determinado que la represión de la reacción puede producir un intenso descenso de la actividad verbal y motora (hipoactividad), deambulación y apatía.

La etapa de “estabilización traumática”

Esta es una manera convencional de llamar el momento en que aumenta el grado de conciencia de la persona traumatizada y los intensos trastornos iniciales dan paso a otros de una cierta estabilidad. Si se ha presentado anteriormente un estado de shock, esta etapa puede ser emocionalmente la más dolorosa.

Por lo general, esta es una etapa contradictoria, en el sentido de que las personas no solamente presentan reacciones “negativas” o psicológicamente nocivas. También mostrarán reacciones “positivas”, como puede ser un intenso sentimiento de solidaridad.



Es muy importante tener claro que estas etapas solamente describen situaciones típicas que no se dan siempre. Por ejemplo, la mayoría de las personas no sufren reacciones de shock, en tanto que en algunos casos éste aparece mucho tiempo después. Del mismo modo, las reacciones de pánico colectivo son más bien raras, y por lo general se producen en situaciones en que el escape debe ser logrado inmediatamente.

3. Algunas sugerencias para la atención de personas afectadas por un trauma psíquico, durante su reacción inicial

Para simplificar, vamos a distinguir dos situaciones:

La persona atendida se encuentra en estado de shock

Como se ha dicho, este estado se caracteriza principalmente por un importante estrechamiento de la conciencia. La persona no es accesible a la comunicación normal y por lo tanto se reducen mucho las posibilidades de brindarle atención psicológica en este momento. No obstante, pueden ser valiosas ciertas formas de apoyo básico :

- * Alejarla del ambiente en que ha experimentado el trauma o por lo menos de sus áreas más alteradas.
- * Hacerle sentir que está acompañada: sostenerle la mano, abrazarla, acariciarla, hablarle con un tono afectuoso y sereno, llamándola por su nombre, etc.

Además, una atención psicológica oportuna puede impedir en algunos casos la aparición del shock o atenuarlo.

Una adecuada valoración del shock es importante para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico que se haga posteriormente. Aún con una conciencia alterada y una comunicación muy dificultada, la víctima puede expresar ciertos temores, sentimientos de culpa o preocupaciones cuyo registro puede ser muy útil en este sentido.

La persona está alterada pero consciente

Algunas recomendaciones que Ud. puede tener en cuenta a la hora de atenderla son las siguientes:

- Trate de valorar lo más cuidadosamente posible la reacción de la persona. Muchas reacciones son engañosas, por ejemplo, podemos interpretar la huida como una respuesta de pánico sin darnos cuenta que puede haber sido la más racional y factible. A la hora de atenderla, Ud. puede prestar atención a algunos puntos muy importantes:
 - ¿Se encuentra la persona en estado de shock?
 - Si está herida, ¿lo sabe? ¿conoce la gravedad de sus heridas?
 - ¿Fue rescatada de alguna situación especialmente traumatizante?
 - ¿Cuáles son los síntomas que manifiesta?

Y otros que Ud. debe ir aprendiendo.

- Asegúrese que la ayuda que está ofreciendo no interfiere ni compite con los primeros auxilios que la persona necesita. Por el contrario, puede ser muy conveniente introducir el apoyo psicológico dentro de la atención médica de urgencia.

Sea precavido. No se apresure a afirmar que ciertas reacciones corporales, tales como los mareos, dolores de cabeza y vómitos, son “solamente” reacciones psicológicas o histeria. Deje esto al personal médico calificado.

La administración de tranquilizantes u otros medicamentos en situaciones de mucha ansiedad o pena puede ser la principal opción de ayuda, cuando la gravedad del trauma psíquico (por ejemplo, ante la pérdida de seres queridos, mutilaciones, etc.) lo hace momentáneamente inmanejable mediante el apoyo psicológico.

- Sea respetuoso y afectuoso, pero firme. La persona asistida no espera que Ud. se sume a su crisis sino que la ayude a superarla. No trate de lograr bruscamente que la persona deje de “comportarse como un niño” pero tampoco la sobreproteja.
- Una conversación serena y afectuosa es el mejor recurso en la asistencia psicológica de urgencia. Deje que la persona afectada se exprese: hablando, llorando, etc. Si ella no tiene una impresión clara de lo que está sucediendo, conteste sus preguntas dándole a

entender claramente que se está actuando solidariamente para resolver los problemas. Evite detalles horripilantes, pero tampoco trate de minimizar lo obvio, como tratando de superar que “aquí no ha pasado nada”.

Si la persona expresa sus sentimientos de dolor o frustración con un comportamiento agresivo, golpeando objetos por ejemplo, acompañelo calmadamente, sin tratar de detenerlo inmediatamente a menos que la seguridad de él mismo o de los otros corra peligro. Trate de decirle que los demás necesitan esa energía.

- ❑ Trate que la persona afectada se incorpore a las tareas de ayuda mutua tan pronto sea posible. Si su hiperactividad perturba a los demás, procure que asuma alguna tarea que no sea de vital importancia.
- ❑ Póngase de acuerdo con los demás socorristas para estimular las iniciativas de acercamiento y ayuda mutua que despliegan las personas afectadas.
- ❑ No trate de “resolver” a toda costa las afirmaciones que la persona haga en ese momento sobre las “causas del desastre” y sobre la “mala suerte que a ella le ha tocado”. Es muy frecuente que las personas, al comenzar a reorientarse, emitan diversos juicios sobre la “voluntad divina” o sobre las responsabilidades propias o ajenas. No intente calmarla convenciéndola de que está equivocada, que no debe culpar a nadie. En general, lo recomendable es no darle mucha atención a este tipo de argumentos, a menos que la autoculpabilización dé lugar a conductas francamente inconvenientes para la persona y los demás.

- ❑ Procure favorecer las actitudes de apoyo que surjan entre las personas afectadas. Puede ser conveniente reunir las personas en parejas o pequeños grupos para que se auxilien mutuamente. El aislamiento o separación de una víctima es aconsejable solamente en situaciones muy especiales.

- ❑ Haga un esfuerzo por controlar su propio comportamiento. Sea firme sin agredir. Siempre es conveniente trabajar en equipo, porque el socorrista también necesita apoyo emocional y práctico.

BIBLIOGRAFÍA:

Cruz Roja Colombiana, Servicio Nacional de Aprendizaje. SENA, Sistema Nacional de Atención y Prevención de Desastres: Prevención y Atención de Desastres, Guía Básica, Bogotá, Colombia, 1991.

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Delegación de San José.

Introducción a la Guía Metodológica: Educación Comunitaria para la prevención de Desastres, San José, Costa Rica, noviembre de 1994.

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja: Primeros Auxilios en la Comunidad, 1994.

Cruz Roja Ecuatoriana. Sistema de Preparación para Desastres. Módulo 3400, Manual 3409, Alojamientos Temporales. 1995.

Cruz Roja Colombiana. Atención de Desastres: alojamientos temporales, versión 3.1. revisada junio, 1992.

Ilustraciones tomadas de: "Emergencia". Juegos de preparación para emergencias y desastres. Cruz Roja Colombiana / Comité Departamental de Antioquía.

Campos, Armando. Psicólogo, mayo 1997.

(1) Cit. Ahearn F. y Rizo S.: "Problemas de salud mental después de una situación de desastre". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 85 (1), 1978.

(2) Cit. Seaman J., Leisvesley, S. y Hogg. Ch.: "Epidemiología de los desastres naturales". Ediciones Harla, México, 1989.

