

CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS Y TRATAMIENTO EN PACIENTES MEDICO QUIRÚRGICOS DE LA TRAGEDIA DE ARMERO. INTERVENCIÓN EN CRISIS - ESTUDIO DE 64 CASOS, HOSPITAL DE LA SAMARITANA DE BOGOTÁ - DR. JAIME VENGOÉCHEA * DR. JULIO SEPÚLVEDA** DR. JAIRO PADILLA ***.

El objeto del presente estudio es hacer un análisis de los trastornos mentales en los pacientes que ingresaron al Hospital General Universitario de La Samaritana de Bogotá, a raíz del desastre del Nevado del Ruiz, pacientes, que al lado de sus problemas orgánicos médicos o quirúrgicos también presentaban alteraciones de su esfera mental.

Los desórdenes mentales observados en estos enfermos fueron, por sus características, muy semejantes a las alteraciones psicósomáticas que han sido descritas en las " alteraciones mentales de la guerra ".

Este estudio se centra, pues, en el análisis clínico y dinámico de sesenta y cuatro pacientes que fueron atendidos en crisis y durante su hospitalización.

* O, MD. Psiquiatra. Servicio de Salud de Bogotá. Jefe Unidad de Salud Mental, Hospital de La Samaritana.

** MD, RIII, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá.

*** MD, RII, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá.

En ellos fueron estudiados, en forma exhaustiva, sus aspectos clínicos, dinámicos y psicológicos de la fase de impacto, las lesiones físicas y sus vivencias. En cada uno de ellos se hizo un análisis psicodinámico longitudinal y un estudio sobre las repercusiones de su trastorno sobre la enfermedad de base.

En este grupo de pacientes se utilizó, en todos los casos, un modelo de manejo médico psicoterapéutico y en el 80 por ciento de ellos un modelo psicofarmacológico, tratamiento de carácter mixto, cuyos resultados fueron significativamente satisfactorios, ya que se logró una mejoría muy notoria en la mayoría de los enfermos.

En el estudio se analizan los mecanismos de defensa, el impacto y la repercusión temprana y su clínica concomitante. Se estudian, así mismo, las lesiones físicas y las vivencias asociadas, las cuales fueron objeto del respectivo abordaje terapéutico.

En el análisis se involucran todos los aspectos de manejo médico y quirúrgico que obviamente son inseparables del campo psicosomático.

Igualmente, en el estudio neurofisiológico se estudian, profusamente, los factores implicados en el desorden cognoscitivo, producidos en la fase de impacto y se propone un modelo psicofarmacológico para la rápida corrección del síndrome. Se analiza la depresión y se formula un tipo de estimulación temprana de la catarsis para evitar que el fenómeno se vuelva más sólido en el inconsciente.

MATERIAL DE ESTUDIO.

El material de estudio de este análisis está basado en 64 individuos, parte de un grupo de 150 sobrevivientes, ingresados al Hospital de La Samaritana a raíz del desastre del Nevado del Ruíz. Del grupo general de pacientes, 49 habían sido dados de alta inmediatamente después de su ingreso, 22 habían sido remitidos a otra institución y 15 habían fallecido.

A los 64 pacientes restantes se les hizo una exhaustiva historia clínico-psiquiátrica y fueron seguidos por un promedio de 4.13 semanas, tiempo de su estancia hospitalaria. Este lapso de tiempo permitió seguir la fenomenología de la crisis y la respuesta al tratamiento.

En el estudio estadístico de este grupo se observó un ligero predominio del sexo femenino y de una población joven, que fluctuó entre las edades de 15 y 40 años. El 56.6% solteras y el 37.7% amas de casa; 12 eran estudiantes. El nivel de escolaridad reveló un grupo mayoritario - 20 pacientes - con una primaria incompleta. Los bachilleres y profesionales eran muy escasos (sólo 7 casos). En cuanto al lugar de nacimiento, la mayoría (38 pacientes) eran de Armero y el resto de otros municipios aledaños. Todos eran católicos y 53 de ellos devotos y practicantes.

El estado civil quedó enormemente disgregado después de la tragedia; esto afectó a las víctimas con un mayor grado de desmoralización. Los jóvenes adolescentes (25%) tenían una visión más optimista para el futuro y se encontraban anímicamente mejor, sin embargo,

también habían tenido importantes pérdidas familiares y su panorama desde el punto de vista objetivo también es por lo pronto incierto.

El análisis de la ocupación, demuestra que la fuerza productiva de la microeconomía familiar casera, al igual que la fuerza productiva del varón y de la mujer fuera de casa quedó desintegrada, lo que se agravó con la destrucción del hábitat ecológico. Sólo 6 de estos pacientes sufrieron amputaciones importantes y para ellos éste problema laboral se aumenta, a menos que sean adecuadamente rehabilitados. El 43.3% de los pacientes tenían un nivel educativo muy bajo (6 pacientes eran analfabetas), en un mundo de exigencias cada vez mayores; la paupérrima educación contribuirá proporcionalmente junto con otros factores sociales hasta ahora mencionados, a una vida futura pobre para éstas personas.

El lugar de nacimiento revela la importancia de hacer surgir condiciones económicas, educativas, laborales y de vivienda; e indica la urgente necesidad de reivindicar la identidad, idiosincracia y amor por su tierra que estas personas solicitan ahincadamente.

El análisis reciente de un albergue para damnificados a cuatro cuadras del Hospital de La Samaritana, ha demostrado que aunque éstas personas tienen síntomas mentales evidentes, en algunos de ellos por ingesta elevada de alcohol, ansiedad y pesadillas, esto al parecer ocupa un segundo plano en importancia para ellos, puesto que están más interesados en la solución de sus conflictos socioeconómicos y en la búsqueda de la propia identidad cultural perdida.

La psicogénesis temprana demostró experiencias emocionalmente perturbadoras en el 81.7% de los casos y sólo 11.3% de los pacientes habían tenido una vida previa adecuada sin experiencias maltratantes, algunas, incluso, cercanas a la felicidad. El cuadro No. es un resumen de las experiencias previas emocionalmente perturbadoras encontradas.

Los núcleos familiares primarios en el 36.5% eran claramente enfermizos, 28.5% eran distantes y sólo un 35.0% eran armónicos. En el núcleo familiar secundario, los hallazgos son similares, encontrando 23 personas (38.4%) que no tenían aún núcleo secundario establecido; en los que ya habían establecido un núcleo familiar propio, encontramos 30.0% de los mismos con carácter patológico (18.4% enfermizos y 11.6% distantes).

Totalizando los núcleos familiares secundarios establecidos, excluyendo los que aún no tienen un núcleo secundario, encontramos en el primer grupo 29.72% de patología francamente enfermiza; 18.91% de patología distante y en 51.35% de los pacientes una vida familiar en sus núcleos secundarios que se caracterizaron por ser armónicos.

Las correlaciones entre núcleos primarios y secundarios son bastante coincidentes demostrando que la patología de los primeros núcleos se transfiere a los segundos por la estereotipia de la identificación.

Otro hallazgo coincidente fueron las vivencias de la infancia, de la adolescencia y de la vida adulta. El estudio retrospectivo nos demuestra una infancia adecuada o relativamente adecuada en el

**RESUMEN ANÁLISIS PSICOGENÉTICO Y PSICODINÁMICO
ANTES DE LA TRAGEDIA**

1. PSICOGENESIS TEMPRANA:	Experiencias emocionalmente perturbadoras 81.7% de los pacientes. Sin experiencias emocionalmente perturbadoras 11.3%.	
2. NUCLEOS PRIMARIOS:	Armónicos	35.0 %
	Distantes	28.5 %
	Enfermizos	36.5 %
3. NUCLEOS SECUNDARIOS:	Armónicos	51.35 %
	Distantes	18.91 %
	Enfermizos	29.72 %
4. CORTE LONGITUDINAL:	Adecuados o relativamente adecuados	47.18 %
	(promedio edades infancia edad adulta).	
	Inadecuadas traumáticas o patrón neurótico	50.30 %
5. TIPO DE PERSONALIDAD:	Enfermiza:	
	Pasivo dependiente	40.00 %
	Otros patrones enfermizos	33.3 %
	Adecuadas	26.7 %

48.14% de los pacientes, igual para la adolescencia y 52.28% para la vida adulta. Una vida infantil adecuada, traumática o de carácter neurótico se encontró en 31 pacientes (51.65%); a su vez, el mismo número se encontró para la adolescencia, y en la vida adulta, en cambio aumentó al 47.72%, con lo cual confirmamos la transferencia de patología a las distintas edades evolutivas.

El patrón dominante de personalidad fué el pasivo-dependiente de carácter patológico, encontrado en el 40% de los pacientes; 35.2% tenían otros patrones enfermizos de personalidad y sólo 26.7% tenían un patrón adecuado.

El lector podrá darse cuenta que el índice de patología previa encontrada en la historia longitudinal y las vivencias anteriores en cada uno de estos pacientes coincide con los tipos de personalidad enfermizos encontrados, factores que mancomunados, determinaron en buena parte, el tipo de reacción con la enfermedad actual (Síndrome de Estrés Postraumático).

El estudio reveló un número promedio de familiares desaparecidos que vivían con el paciente, correspondiente a 4.1%. El análisis desglosado, familia por familia, demostró una pérdida mayoritaria de hijos, en segundo lugar de hermanos, luego otros familiares y madres, y finalmente un número menor pero no menos significativo de conyuges, lo cual enfatiza el grado de desestructuración familiar, moral y el duelo muy importante asociado.

Frente a esto, sobrevivieron un promedio de 2.4 familiares que vivían con el paciente. Como 3 fué el número promedio de familiares sobrevivientes que vivían en otros municipios, este último informe pone un saldo a favor en la sobrevivencia de familia, cuyo resultado en el plano de las posibilidades del respaldo afectivo-económico y demás merece consideración sociológica.

El análisis de frases más frecuentes para la fase de impacto, demostró que el 98.3% de los pacientes dejaron traslucir, a través de sus contenidos, el importante mecanismo de negación de lo que iba a suceder. En la fase de impacto, el choque sensorial descomunal y el desorden cognoscitivo predominó en los relatos y contenidos. Es importante resaltar la lista número 1 que enriquece el conocimiento de todas las vivencias posibles que hubo para esta fase. El dibujo No. 1 resume todos los factores implicados en la neurofisiopatología del desorden cognoscitivo y la perplejidad en la fase de impacto. En 10 casos de nuestra casuística total hospitalaria, el desorden neuroquímico se reflejó en alteraciones autoinmunes. Estos pacientes mostraron una disminución significativa de linfocitos T y B en sangre y médula. La inmunosupresión así demostrada es el desenlace de la lesión física global, la sepsis y el compromiso autonómico central.

El grupo de lesiones físicas fué mayoritaria para los miembros inferiores y superiores; las otras áreas anatómicas aunque menos afectadas numéricamente, fueron, sin embargo significativas en cuanto al daño físico y la supervivencia.

El análisis de los mecanismos de defensa más utilizados en la fase de recuperación reveló un 100% de negación y sus equivalentes, en la primera semana, los que poco a poco fueron cediendo, dejando salir progresivamente otros mecanismos de defensa que aliviaron al yo y facilitaron la recuperación.

El estudio de los sueños reveló la posibilidad de obtener una calidad onírica diferente, precoz, con una tendencia también prematura para la elaboración, combatiendo el pesimismo, el insomnio y facilitando la catarsis.

La depresión surgió cuando el paciente negó en menor proporción y se rodeó de mecanismos de defensa más adecuados apareciendo el llanto espontáneo, una mejor aceptación de la realidad, confrontación con sentimientos de culpa, etc.

Otros aspectos clínicos, consideramos la importancia de síntomas como el insomnio, la hipoprosexia y dos casos de traumatismo creneo-encefálico evidente. El diagnóstico correspondió en el 100% al síndrome de estrés postraumático agudo asociado a formas depresivas. Sólo el 5% de los pacientes presentaron una reacción psicótica y 3.33% tuvieron evidencia de traumatismo creneo-encefálico.

DISCUSION.

El cuadro clínico-psicopatológico del paciente que sobrevivió al desastre del Nevado del Ruz presenta una serie de características semejantes al del año de 1926. En este aspecto, se considera que las alteraciones mentales de la guerra no tienen una semiología especí-

fica y son las circunstancias excepcionales en que aparecen las que determinan la originalidad en cada caso. Las alteraciones mentales de la guerra han permitido por otro lado, el actual interés que sigue dominado por el modelo de las neurosis traumáticas de guerra y los desórdenes psicósomáticos. Con relación a esto e independientemente de las influencias de secuelas, ha surgido la necesidad de abordar su tratamiento y la profilaxis de futuras secuelas.

La neurosis traumática se caracteriza por la coexistencia de tres síndromes: a) el bloqueo de las funciones perceptivas o afectivas del YO, que se traduce en una inhibición más o menos importante de la actividad y en las actitudes de regresión y de dependencia infantil segurizante; b) la descarga emocional que sobreviene de golpe y que lleva consigo respuestas desadaptadas y anárquicas, mal controladas, en el mejor de los casos "abreacciones, movimientos de sobresalto, crisis de lágrimas, raptus agresivos, etc.; c) el síndrome de repetición que entraña una mente obsesionada y que se libera parcialmente en una actividad onírica diurna o nocturna (pesadilla).

Se ha considerado que este cuadro así descrito es consecuencia de un trauma afectivo o emocional o de una adición de estímulos que no han podido ser dominados por ajustes que han desbordado las defensas psicológicas.

El concepto de la "Neurosis traumática reconoce como causa principal el trauma o stress, inherente a la guerra y considera un factor adicional, también importante, la personalidad premorbida del paciente.

La guerra se carga de una significación simbólica especial en función de la problemática personal, de las tendencias afectivas y la historia longitudinal del individuo. Por eso un acontecimiento traumático no tiene el mismo poder desestructurador para todos. Se encontró en excombatientes un conflicto profundo demostrado en el dilema si combate o huye (fight or flight), con la lucha que esto significa entre el instinto de conservación y los principios del super YO, del deber de amor a la patria y sumisión a los intereses colectivos.

Nosotros encontramos el equivalente de lo descrito anteriormente observando cómo se carga simbólicamente el desastre (al igual que la guerra) por la acción significativa, representada en la personalidad previa y en las propias fantasmas, según las experiencias más tempranas. Así mismo, encontramos conflictos de huir o quedarse, en la fase de amenaza.

También encontramos un rico significado semiológico, de lo que hemos descrito para las neurosis de guerra, en éste contexto teórico, cuya tríada de síntomas pudimos evidenciar a lo largo de nuestro estudio, especialmente el bloqueo de funciones perceptivas o afectivas del YO, en la primera semana; la descarga emocional como los sobresaltos, las crisis de lágrimas y la agresividad y finalmente, el síndrome de repetición muy evidenciado en las pesadillas y en los recuerdos manejados obsesivamente.

En la nueva concepción nosológica, denominada DSM III de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, la neurosis traumática de guerra se denomina: trastorno por estrés postraumático, que se incluye

dentro del grupo de los trastornos por ansiedad. Se la divide en: agudos, crónicos y subagudos, según el período de aparición clínica. La concepción clínica es muy semejante a la "neurosis traumática de guerra".

Se caracteriza por una reexperimentación del evento traumático, con reducción de la capacidad de respuesta frente al mundo externo y disminución de la implicación con el mismo, asociadas a síntomas vegetativos, disfóricos y cognitivos.

La etiología de este síndrome comprende entre otros, las experiencias humanas fuera de lo común que cobijan la etiología que había experimentado el paciente, son experiencias muy variadas, algunas de mayor y otras de menor intensidad. Entre otras las siguientes:

- Las experimentadas en soledad (asalto o violación).
- Las experimentadas en grupo (combate militar).
- Las de desastres naturales (erupciones volcánicas, inundaciones, terremotos, etc.).
- Las de desastres accidentales producidos por el hombre (accidentes de automóviles con heridos graves, de aviación, incendios, etc.).
- Las de desastres provocados deliberadamente por el hombre (bombardeos, torturas, campos de concentración).

En cuanto a los patrones dominantes de personalidad que tuvieron que ver con la forma de reaccionar al trauma se destacan el pasivo-dependiente y agresivo y el esquizo-paranoide y otros de menor frecuencia. Los promedios de distribución de familiares de los pacientes que

sobrevivieron o desaparecieron demostraron un total de desaparecidos de 4.1% familiares, mientras que solo sobrevivieron 2.4% de los familiares que vivían con el paciente. La fase de amenaza cuando se estudió demostró que el 98.3% de los pacientes utilizaron durante la fase de amenaza algún mecanismo de negación a pesar de los rumores y las evidencias previas. Apenas un 1.7% no estaban informados. (Cuadro No.).

La doctora Raquel Cohen ha propuesto una especie de estratificación para las fases clínicas por las cuales pasa la víctima de un desastre. Las analiza y sistematiza desde los puntos de vista biológico, interpersonal y social. Estas fases clínicas y además dinámicas, las clasifica en amenaza, choque, readaptación y secuelas.

Los hallazgos de nuestro estudio fueron idénticos a los de esta clasificación, en etapas de vivencias y sobrevivencias del evento traumático la que fue de valiosa ayuda como parte del marco teórico. Nosotros hemos llamado a la fase de choque, fase de impacto, centrando la investigación en lo que hemos clasificado fase temprana de recuperación y post-impacto.

Se ha descrito un desorden cognoscitivo post-impacto. Se considera que el plano biológico, en esta fase de choque, algo pasa con los neurotransmisores cerebrales; ¿qué papel juegan y qué se desarrolla en un momento inminente de muerte?. La estimulación sensorial fuera de serie para el organismo vivo es una experiencia que puede determinar un desorden neuroquímico cerebral (entendiendo de esta manera la génesis de la alteración cognoscitiva que se presenta en los primeros días

CUADRO No.
PSICOGENESIS TEMPRANA (ANTES DE LA TRAGEDIA)

	<u>No. de casos*</u>
1. Muerte del padre y/o de la madre, duelo patológico durante la infancia o la adolescencia.	21
2. Padre y/o compañeros conyugales bebedores con malas relaciones maritales.	16
3. Abandono del padre y/o de la madre durante la infancia o la adolescencia.	15
4. Otros duelos vividos patológicamente o demasiado dolorosos (rompimiento con la novia, amante, muerte de un familiar distinto a los progenitores) etapa frustrante por la pobreza económica, etc.	11
5. Sin experiencias emocionalmente perturbadoras.	11
6. Niño maltratado o iniciación laboral temprana vivida traumáticamente	10
7. Separaciones, compañeros temporales durante la vida adulta.	8
8. Accidentes o fracturas antiguas.	4
9. Violación. Seducción durante la preadolescencia	4
10. Retardo mental leve o moderado	4

* Es necesario aclarar que en cada uno de estos casos existe más de una posibilidad, pudiendo presentarse distintas combinaciones de los eventos traumáticos de la psicogénesis temprana. Experiencias emocionalmente perturbadoras se evidenciaron en 81.7% de los pacientes, de distinta naturaleza y gravedad y en diversas combinaciones. Sólo el 11.3% de los pacientes damnificados tuvieron una vida sin eventos traumáticos previos.

CUADRO No.

VIVENCIA DE LA FASE DE AMENAZA

-DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES-

	<u>No. de pacientes</u>
1. "Oí rumores, se decía que el volcán explotaría. Por las noticias que daban a diario, ya que uno no creía, parecía imposible. No me preocupé, nunca creí que Armero fuera a desaparecer. Nunca pensé que el barro fuera a salirse del cauce del río; nunca imaginé que la avalancha fuera tan grande; hubiera podido salir antes de Armero; hubiera podido salvar a los niños. El radio nos decía que tranquilos que no iba a pasar nada".	52
2. "Desde las 4 p.m. cayó ceniza y olía a azufre; la gente andaba con pañuelos húmedos. Tuve temor.	7
3. "No sabía que eso iba a suceder por que no vivía en Armero".	1
TOTAL	<hr/> 60

El 98.3% de los pacientes utilizaron durante la fase de amenaza algún mecanismo de negación a pesar de los rumores y las evidencias previas. Apenas un 1.7% no estaban informados.

posttraumáticos, por lo menos desde este punto de vista).

Así, el impacto original (que nosotros hemos interpretado: todo caliente, vidrios cortantes, olor fétido volcánico, ruidos, etc.), produce una huella cerebral que recuerda o evoca el damnificado semanas o meses después y de esta manera se enfatiza que el sistema más afectado sería el cognoscitivo y no el afectivo).

De esta manera, fenómenos de confusión y perplejidad son debidos al impacto sensorial tremendo, fuera de lo común, que produce un desorden cognoscitivo inmediato. Una vez que este desorden cognoscitivo, por el propio equilibrio homeostático, se consigue arreglar, vendrá el manejo de lo afectivo y sus pensamientos asociados.

El cuadro No. , simplifica las interacciones que se van presentando a través del sistema biológico como respuesta al estrés; en este caso, el impacto traumático de un desastre.

El impacto sensorial llega en milésimas de segundo a los lóbulos frontales los que hacen una evaluación perceptual del mismo, modulando la respuesta a través del eje hipotalámico-hipofisario y mediante el sistema autonómico a todo el cuerpo. El impacto sensorial de carácter catastrófico, tiene unas implicaciones demasiado intensas.

Durante el impacto catastrófico sensorial los lóbulos frontales se "cierran", interviene entonces el sistema límbico, que puede responder de dos maneras: si el individuo actúa, se salva, pero si se paraliza, muere. Este fenómeno sería similar al concepto de neurosis traumática, o tempestad de movimientos, opinión de carácter psicoanalítico.

CUADRO No.

SISTEMAS BIOLÓGICOS DE RESPUESTA AL ESTRÉS

- SISTEMA SENSORIAL DE ENTRADA
- LÓBULOS FRONTALES (PERCEPCIÓN) 1/8 SEG.
- EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN.
- HIPOTÁLAMO (FACTORES DE LIBERACIÓN)
- HIPÓFISIS.
- IMPULSOS ELECTROQUÍMICOS Y HORMONALES
- CUERPOS (A TRAVÉS DE LO AUTONÓMICO)

Análisis de las características del síndrome varía circunstancias para estudios en los enfermos, se tuvieron en cuenta los fenómenos del insomnio y la actividad onírica del desorden de estrés postraumático. Igualmente los aspectos psicodinámicos, especialmente con relación a los mecanismos de defensa y los sentimientos de culpa. La psicología de la amputación fué revisada dentro del marco teórico, especialmente el concepto del miembro fantasma y el dolor fantasma. En los aspectos terapéuticos se tuvieron muy en cuenta los criterios de prevención secundaria e intervención en crisis centrándonos alrededor de los conceptos de Bellak y Small: en su orientación dirigida al síntoma, la psicoterapia rápida intenta mejorar la situación psicodinámica individual lo suficiente como para permitir a la persona que continúe funcionando, permitiendo a la naturaleza que continúe el proceso de curación y en los casos en que esté indicado, aumentando la capacidad de autoapoyo del individuo suficientemente para que se habilite para continuar una psicoterapia más extensiva.

En los aspectos psicofarmacológicos se tuvieron en cuenta los siguientes conceptos: es admitido el efecto ansiolítico de las fenotiazinas sedativas, facilitando el sueño al tranquilizar. Igualmente, es conocido el papel endógeno de la depresión desencadenado por estados infecciosos y médico-quirúrgicos. Los sistemas autonómico, endocrino e inmune son los principales mediadores biológicos de la depresión, por lo cual en estos casos el uso de antidepresivos tricíclicos es útil gracias a la concentración de neurotransmisores mediante bloqueo de los receptores presinápticos por parte de estas sustancias.

Por otro lado, las fenotiazinas alifáticas tienen un marcado poder potencializados de la analgesia al actuar sobre el componente psíquico y el respaldo afectivo del dolor por acción sobre centros tálamocorticales en donde se da la integración consciente del mismo. Se ha demostrado que 25 miligramos de clorpromacina oral o parenteral asociada a 300 miligramos de ácido acetilsalicílico tiene un efecto equivalente a una ampolla de Demerol o de Morfina, sin efectos opiáceos. Estas justificaciones son parte de la sustentación teórica llevada a la práctica en este trabajo y nos ocuparemos nuevamente de estos aspectos en las conclusiones y recomendaciones.

VIVENCIA DE LA FASE DE IMPACTO:

La fase de impacto se caracterizó por una serie de relatos muy originales que reflejaba la vivencia individual en cada caso, pero que con fines metodológicos agrupamos en relatos que se asemejan en sus contenidos. Hemos dividido la vivencia desde los primeros segundos, minutos después y horas posteriores. Estos relatos más frecuentes quedaron consignados de la siguiente manera:

- Primeros segundos - minutos:

1. "Oímos un ruido estruendoso; esa cosa sonaba como un tren".
2. "Oímos como una explosión, la gente gritaba, se vino el Lagunilla, se vino el nevado".
3. "Estábamos dormidos cuando la gente comenzó a gritar y nos despertamos, la gente golpeaba las puertas, todo estaba muy oscuro".

- Minutos después:

4. "Un río de lodo invadió todo y me arrastró muchas cuadras, kilómetros, era caliente, me consumía, me hundía, me volvía a sacar, como una licuadora, algo me rozó, no sentí hasta el día siguiente, aún no me había dado cuenta de cuánto me había herido".
5. "Quedé prendio a un árbol, el lodo hedía mucho, era un maremoto, (algunos quedaron atrapados por las ramas), después perdí el conocimiento".

- De minutos a horas después:

6. "Corrimos varias cuadras; creí que era la hora llegada, en el momento en que eso se nos vino encima, me encomendé a Dios aunque sentí rabia porque nos había abandonado".
7. "Me agarré como pude de 2 palos y me dormí sobre ellos; quedé lejísimo enterrado en el lodo fétido; al día siguiente había poco sol, estaba nervioso, había zancudos, pedí agua cuando me rescataron".
8. "Los niños gritaban a mi mamá, la lluvia caía, eso ablandó el lodo y nos salvó. Al día siguiente volaban los helicópteros".

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN EL ANALISIS DE LAS FRA-
SES DE LA FASE IMPACTO EN TERMINOS DE INTERPRETACION Y
ANALISIS PSICOSOMATICO.

<u>TIPOS DE RELATO</u>	<u>No. de pacientes con este tipo de relato</u>
1. IMPACTO SENSORIAL DESCOMUNAL Y DESORDEN COGNOSCITIVO SUBSECUENTE.	
a. En la audición: "sonido estruendoso y explosión, gritería, "sonaba como un tren",	
b. En el equilibrio: "Nos hundía, nos sacaba", "parecía una licuadora".	
c. Con eminencia de ser devorado: "Eso se nos vino encima", "nos tragó".	
d. En la sensibilidad: "Era caliente, quemaba, nos arrastró". Analgesia: "No sentí que me herí".	
e. En lo visual: "Todo era oscuro y en desorden"..	
f. En lo olfativo: "El olor era terrible".	
g. En el gusto: "El barro sabía a azufre, maloliente, tragué barro, en la radiografía me encontraron barro en los intestinos".	
h. En lo autonómico: (Descarga catecolamínérgica), "Corrimos varias cuerdas".	
i. En lo metabólico: "Tenía sed, eso nos asfixiaba".	
j. En lo osmótico: El barro era hiperosmolar, además se observaron cambios endocrinos, inmunológicos y sepsis subsecuente.	

	No. de pacientes con este tipo de relato
<p>2. SORPRENDIDOS EN EL REPOSO:</p> <p>"Estábamos dormidos cuando fuimos despertados por el bullicio de la gente" (alteración brusca del ritmo circadiano).</p>	28
<p>3. VICENCIA DE MUERTE INMINENTE:</p> <p>"Cree que la hora final había llegado", "que estaba en el otro mundo", "Vi la muerte cerca", "Pensé que era el fin del mundo".</p>	23
<p>4. SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD AL FRACASO EN EL INTENTO DE SALVAR A ALGUN FAMILIAR O DE SOLIDARIDAD GRUPAL:</p> <p>"Me abracé a mis hijos, pero el lodo me los arrebató y estoy muy triste y desesperada por eso".</p>	22
<p>5. INCREULIDAD HORAS DESPUES, SENSACION POST-APOCALIPTICA DE EXTERMINIO, PROFUNDA SENSACION DE SOLEDAD Y ABANDONO:</p> <p>"Todo estaba desierto, pensé que había quedado sólo"</p>	22
<p>6. UTILIZACION DE LA MOTRICIDAD COMO ELEMENTO SALVADOR:</p> <p>"Corrimos como cuatro cuerdas".</p>	16
<p>7. ALUSION AL RECOMIENDO ESPIRITUAL O RELIGIOSO COMO UNA PROBABILIDAD DE SALVACION:</p> <p>"Me encomendé a Dios, rezé y le pedí a EL que me perdonara los pecados y que nos salvara"</p> <p>Otros 4 pacientes expresaron quejas contra la Figura Divina por haberlos abandonado, incluso maldecían.</p>	16

8. INFORMADOS POR ALGUIEN MINUTOS ANTES:	No. de pacientes con este tipo de relato
"La gente golpeaba las puertas de la casa, mi esposo me despertó, el vecino me llamó"	11
9. SURGE UNA ESPERANZA SA DALVACION: (Por lo menos estaba acompañado por un familiar y por desconocidos que procuraban ayudarle)	
"Escuché el ruido de un helicóptero que sobrevolaba el área" "Cuando desperté estaba cerca de tierra firme, ví otra persona, un niño cerca de mí" "Mi esposo me llamaba"	11

Obsérvese por éstos relatos que los pacientes no hacían alusión al dolor físico, a pesar de tener múltiples traumatismos.

Después de este resumen de relatos más frecuentes de la fase de impacto, encontramos según la distribución de pacientes y el análisis de las frases de la fase de impacto, en términos de interpretación y análisis psicosomático, que el relato más frecuente, observado en 28 pacientes, hace alusión al IMPACTO SENSORIAL DESCOMUNAL Y AL DESORDEN COGNOSCITIVO SUBSECUENTE.

Este impacto se caracterizó en la AUDICION, por la referencia a sonidos fuera de lo común, al estruendo de la avalancha, explosiones de gases y materiales inflamables, gritería masiva de las gentes que corrían y el sonido de la OLA RUGIENTE que avanzaba, "sonaba como un tren".

EL EQUILIBRIO, EL APARATO VESTIBULAR y demás elementos del sentido de posición anatómica fueron muy alterados. Los pacientes decían: "nos hundía, nos sacaba, parecía una licuadora", denotando el carácter vertiginoso profundo que se podía percibir en sentido rotacional o de direcciones en cualquier sentido.

Allí hicieron un relato que mostraba que se sentían "DEVORADOS o TRAGADOS", absorbidos por la mole de muchos metros de altura: "se nos vino encima, nos tragó".

En la SENSIBILIDAD SUPERFICIAL, se hicieron narraciones del tipo : "Eso era caliente, quemaba, nos arrastró". Hallazgos posteriores han revelado que el barro, además de ser caliente, quemaba también por fricción y su carácter hiper-osmolar (según estudio del barro en el Hospital de La Samaritana) fué un factor que contribuyó en

la deshidratación, alteraciones bioquímicas y acidosis metabólica que presentaban estos pacientes.

En relación con la sensibilidad, se encontró un fenómeno importante de ANESTESIA al dolor citado por los pacientes como "me herí, pero no sentí, ni me di cuenta sino después".

En lo VISUAL, los pacientes refirieron: "todo era oscuro y en desorden, se fué la luz, vi cadáveres, niños que pasaban, me ardía la vista". Estudios oftalmológicos en el hospital determinaron la presencia conjuntival de microhemorragias masivas de los vasos, las que determinaron lesiones oculares presentes en todos los pacientes como un "antifáz" notorio que resaltaba a la simple inspección.

En lo OLFATIVO, los pacientes afirmaron haberse sentido invadidos de un olor nauseabundo, terrible, que los invadía y asfixiaba, cuyo relato nos recuerda, los efectos de la bomba lacrimógena. Aquí pensamos que el impacto también se realizó sobre las VISCERAS por inhalación pulmonar, ingesta de barro y compresión torácica y abdominal, etc.

El sentido del GUSTO también se vió afectado, en relación con lo descrito anteriormente, Los pacientes incluso refirieron el sabor azufroso raspante del líquido que irrumpía en su boca y nariz. Un paciente dijo "me encontraron barro en la radiografía de los intestinos", otros afirmaron que sus defecaciones tenían barro.

Otro hallazgo fué la vivencia de una DESCARGA AUTONOMICA CATECOLAMINERGICA importante que los puso a salvo cuando corrieron. Aquellos pacientes que se paralizaron ante la reacción de huir o pelear, descrita para el modelo del stress, que involucra al eje adrenal o hipotálamico-hipofisiario-suprarrenal, sucumbieron.

En lo METABOLICO, también se anotaron sensaciones de sed intensa y otros cambios de carácter ENDOCRINO, INMUNOLOGICO e INFECCIOSO.

La segunda frase más utilizada en 28 pacientes fué referente a la SORPRESA EN REPOSO: "Estábamos dormidos cuando fuimos sorprendidos por el bullicio de la gente. Nos despertó. También narraron muchos otros sonidos fuertes y violentos. En este punto, hemos supuesto que debió haber un cambio brusco de los ritmos normales de sueño y vigilia. Los pacientes estaban preparados para pernoctar, más no para ser sometidos a un stress violento e intempestivo, con una ansiedad de la dimensión del pánico y demás desórdenes psicofisiológicos que vivieron durante muchas horas después de la subfase de pánico inicial. Seguramente que la medición de cortisol plasmático y otras variables endocrinas darían resultados muy interesantes si fueran estudiados en esos momentos. La gente tuvo que pasar una noche de pesadillas, sus ropas ligeras para dormir, fueron desplazadas, tenían frío, soportaban lluvia, estaban heridos y enlodados y depauperados de alimentos y agua durante muchas horas. Sería interesante, hacer una comparación con estudios de privación de sueño.

Una tercera frase muy frecuente en 23 pacientes fue la VIVENCIA DE MUERTE INMINENTE: "creí que la hora final había llegado, que estaba en el otro mundo, vi la muerte cerca". Esta vivencia en los relatos estaba muy cargada afectivamente con ensueños de pánico, presentes al principio, que bien podrían recordar los relatos de aquellos individuos que han sobrevivido, después de la sensación profunda abismal de muerte, después de la sensación profunda abismal de muerte ineludible, como en los relatos de naufragos o pacientes moribundos.

En cuarto lugar, se evidenciaron SENTIMIENTOS DE CULPA AL FRACASAR EN EL INTENTO DE SALVAR A ALGUN FAMILIAR O EN LA SOLIDARIDAD GRUPAL: "Me abracé a mis hijos pero el todo me los arrebató". Relatos muy similares de pérdidas familiares importantes en esos momentos, especialmente de los hijos, o ver desaparecer a una familia completa que se agrupó solidariamente, fué un relato de los más entristecedores, enmarcados dentro de contenidos dolorosos que ante todo, hacían rabiar al paciente por la impotencia. Aquel mecanismo de proyección sobre la figura divina fué notorio en este tipo de relato (22 pacientes).

En la lista ya mencionada, encontramos en quinto lugar de frecuencia (también 22 pacientes) el fenómeno INCREDULIDAD HORAS DESPUES, SENSACION POSTAPOCALUPTICA DE EXTERMINIO, PROFUNDA SENSACION DE SOLEDAD Y ABANDONO. Estos pacientes relataban como: "Todo estaba desierto, pensé que había quedado solo, la destrucción era total".

En 16 pacientes (sexto lugar de los relatos de la fase de impacto) mencionaban LA MORTRICIDAD COMO ELEMENTO SALVADOR: "Corrimos como cuatro cuadros, eso pasó cerca, se llevó a los demás".

Creemos que estos pacientes, tuvieron una reacción de huida, ante el stress, no se paralizaron y tuvieron más oportunidades para un escape eficaz rodeado por un factor de suerte.

En séptimo lugar, 16 pacientes hicieron alusión AL RECOGIMIENTO ESPIRITUAL O RELIGIOSO COMO UNA PROBABILIDAD DE SALVACION. Frases como: "Me encomendé a Dios, recé y le pedí a EL que me perdonara los pecados, que me salvara".

Observamos que en estas personas este mecanismo de búsqueda de ayuda, fué efectivo, ligado a profundas creencias religiosas culturales, las que menguaron el temor y dieron cierto grado de valentía y de deseo de sobrevivencia; y por otro lado, actuó como un mecanismo de sumisión y aceptación de la realidad dolorosa, como un encomendarse ante un destino incierto e inexorable.

En 11 pacientes, el relato más común (octavo lugar) fué que habían sido INFORMADOS POR ALGUIEN MINUTOS ANTES; avisos de vecinos y de gentes que golpeaban, etc., fueron de mucho valor para una salida a tiempo, información considerada como muy valiosa por los pacientes.

Así mismo, en 11 pacientes (noveno lugar) la frase más característica mencionada era cómo había SURGIDO UNA ESPERANZA DE SALVACION. Relataron que ante la evidencia de estar acompañados por un familiar o por desconocidos que procuraron ayudarles desde un sitio próximo o cuando recibían voces de aliento, habían sacado fuerzas. Algunos dentro de este relato vivieron el ruido de los helicópters con mucha emoción atenuada sólo por el cansancio físico y moral.

Nos llamó mucho la atención que en todos estos relatos los pacientes no hicieron mención en ningún momento del dolor físico a pesar del politraumatismo masivo; sólo horas después percibían alguna sensación dolorosa de miembros o partes del cuerpo maceradas.

El dibujo que se denomina la "Neurofisiopatología de la fase de impacto y del desorden cognoscitivo (factores implicados). Pacientes médico-quirúrgicos", recoge todos los factores implicados en el desorden neuroquímico cerebral y cognoscitivo agudo de la fase de impacto.

Los mecanismos de defensa más utilizados se recogen en el cuadro No.

Así mismo, la actividad onírica se presenta en el cuadro No.

La catarsis efectuada por los pacientes se puede resumir de la siguiente manera:

DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO A CATARSIS

<u>Tipo de catarsis</u>	<u>No. de pacientes</u>	<u>%</u>
BUENA	28	46.70
REGULAR	21	35.00
POBRE O MUY POBRE	11	18.30
TOTAL	60	100.00

CUADRO No.
DISTRIBUCIÓN POR MECANISMOS DE DEFENSA

<u>Mecanismos</u>	<u>%</u>	<u>SEMANA</u>
1. Negación, represión, resistencia	100	1a. semana
2. Sentimiento de culpa	100	2a.-4a. semanas (más evidente en la 2a.semana).
3. Desplazamiento ligado a la somatización	100	2a.-3a.semanas
a) Pérdida de sustancias ó tejidos, múltiples heridas	81.7	
b) Tipo Psicósomático-úlceras de stress.	10	
c) Por amputación de un miembro	9.96	
d) Miembro fantasma	5.00	
e) Otras amputaciones	3.3	
f) Descompensación de la diabetes	3.3	
4. Regresión	50	2a. y 3a. semanas
5. Proyección	42	2a. semana
6. Rabia. Agresividad	28.1	1a.-4a. semanas
7. Racionalización	20.0	2a. y 3a.semanas
8. Otros mecanismos de defensa (evitación, desplazamiento fóbico, identificación con el agresor, identificación proyectiva, negación maníaca, reparación, etc.)	39.0	2a.- 4a. semanas.

CUADRO No.
ACTIVIDAD ONÍRICA

TIPO DE SUEÑO Y/O AUSENCIA DE ACTIVIDAD ONÍRICA	SEMANA	# pacientes	%
<p>1. Sueños con un grado importante de negación se evidenciaron en la segunda semana. Estos tenían contenido manifiesto escaso o eran una formación reactiva de la experiencia traumática. "Me soñaba en un río de agua muy clara", otros negaban la muerte de los familiares: "soñaba que mi familia había salido ilesa", otros consistían en la negación ante la aniquilación: "soñaba que el pueblo no había sido destruido, que mis hermanos estaban allí".</p>	2a.	10	(16.7)
<p>2. Sueños con un grado menor de negación por cuanto reconocían la vivencia aunque con un despertar ansioso, alcanzando en muchos el nivel de pesadillas. Se iniciaron entre el final de la segunda semana y comienzo de la tercera: "un río de lodo fétido nos arrastraba a mi mamá y a mis hermanos, era una gran inundación". Un paciente decía: "sueño con mi sobrino y lo que le pasó".</p>	2a.,3a.	28	(46.6)
<p>3. Los contenidos eran similares a los sueños de la semana anterior, pero tenían una calidad diferente, observamos cómo los pacientes estaban</p>			

CONTINUACION, CUADRO No.

<u>TIPO DE SUEÑO Y/O AUSENCIA DE ACTIVIDAD ONÍRICA.</u>	<u>SEMANA</u>	<u># pacientes</u>	<u>%</u>
reemplazando las pesadillas por un dormir más reparador y con despertar más tranquilo.	4a.	32	(53.3)
4. Sin actividad onírica en la cuarta semana, sin embargo, los pacientes se encontraban más colaboradores y tranquilos, tenían una buena recuperación, no habían tenido pérdidas familiares, eran más jóvenes y sanos, además, tenían una buena capacidad de llanto espontáneo.	4a.	16	(26.7)
5. Sin actividad onírica en la cuarta semana. Estos pacientes se encontraban en regular o mal estado, no habían tenido una adecuada recuperación, estaban irritables, muy tristes, con severa dificultad en la catarsis, tenían una psicogénesis temprana traumática o inadecuada.	4a.	12	(20.0)

FACTORES A FAVOR DE UNA BUENA CATARSIS:

1. Utilización de psicofármacos.
2. Haber tenido menor pérdida familiar con un soporte afectivo conjugado más gratificante.
3. Mayor juventud y optimismo ante la vida.
4. Menor índice de vida previa traumática.
5. Mayor actividad onírica.
6. Mayor aceptación del diálogo.
7. Mayor capacidad de llanto espontáneo. Ausencia de psicosis o mecanismos megalomaníacos.
8. Menor número y gravedad de lesiones físicas.
9. Menor inhibición psicomotora.
10. Menor tiempo de exposición al barro y sepsis subsecuente.
11. Respuesta inmunológica no deprimida.
12. Intervención quirúrgica con buenos resultados.
13. Respuesta muy buena a antibióticos de amplio espectro y otras medidas generales.
14. Buen soporte previo por su creencia religiosa.

SEGUN EL DIAGNOSTICO:

<u>Diagnóstico</u>	<u>%</u>
Síndrome de stress postraumático (D.SN.3)	100.00
Forma depresiva asociada	100.00
Forma psicótica reactiva asociada	5.00
S.M.O. (T.C.O.) Asociado	3.33

CUADRO No.
DISTRIBUCIÓN DEL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO EN
64 PACIENTES ATENDIDOS

<u>TRATAMIENTO</u>	<u>NO. PACIENTES</u>	<u>%</u>
Psicoterapia	64	100.00
Psicofármacos	51	79.7
No recibieron psicofármacos	13	20.3
Aminotriptilina*, 75 mg. por día	28	43.7
Butriptilina 50-125 mg. por día	9	14.00
TOTAL USO ANTIDEPRESIVOS		
TRICICLICOS*	37	57.7
Levomepromazina (dosis sedante, potenciación de la analgesia)		
5-50 mg por día (promedio 25 mg)	25	39.00
Tratamiento psicofarmacológico combinado*	20	31.2
Haloperidol 10 mg. por día	2	31.12
Clorpromazina - dosis sedante, 10 mg. por día -	1	1.56

* 20 pacientes recibieron tratamiento psicofarmacológico combinado. La combinación más utilizada fue aminotriptilina - Sonogán; en dos casos se usó haloperidol 10 mg. por día, en un caso asociado a Tryptanol y Sinogán y en otro, sin asociación. En estos pacientes se hizo necesario el uso de Haloperidol porque presentaron una forma psicótica de reacción.

En 4 pacientes se administró el metabolito secundario Nortriptilina asociado a una Fenotiazina en dosis sedativa (Motipress).

Nuestra intervención la hemos llamado "EN CRISIS en la fase temprana de recuperación de las primeras 4 a 5 semanas y en pacientes médico-quirúrgicos de un desastre", para lo cual utilizamos 100% de psicoterapia breve de emergencia y de apoyo, facilitando la catarsis, disminuyendo la negación, contribuyendo a una actividad onírica de calidad más adecuada, temprana. No utilizamos la interpretación en estas primeras semanas y recurrimos a otras herramientas terapéuticas como la persuasión.

Fuimos cuidadosos con aquellos pacientes que tenían una enfermedad psicosomática aguda con un compromiso del estado general grave limitándonos solo al apoyo con psicoterapia y ayuda con fenotiazinas sedativas.

El análisis subsecuente muestra que una buena catarsis es factor importante en la recuperación; 46.7% de los pacientes tuvieron una buena respuesta, evidenciada al final de la cuarta semana de hospitalización; en 35.0% fué regular y sólo en 18.30% fué pobre o muy pobre. De todas maneras, el 81.7% de los pacientes tuvieron una recuperación satisfactoria en términos generales.

El uso de psicofármacos en nuestro estudio lo hemos sustentado ya en parte en el marco teórico; fueron utilizados en el 80% de los pacientes por necesidades específicas. Queremos, sin embargo, hacer referencia a una revisión muy reciente de los trastornos post-traumáticos por stress de Eva Ettedgui y Mary Bridges quienes entre otros aportes, hacen una recopilación muy útil sobre el abordaje terapéutico (39). Esta revisión, coincide con nuestra opinión sobre

el uso de psicofármacos para la fase de impacto.

Las autoras citan como de mucha utilidad a los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la MAO, el litio (casos específicos), los beta bloqueadores, agonistas alfa adrenérgicos y neurólépticos, puesto que han servido para aliviar los síntomas del stress postraumático parcial o totalmente. Las benzodiazepinas, aunque útiles para el insomnio y las pesadillas, tienen el inconveniente del desarrollo de hábito y dependencia. Nosotros preferimos utilizar antidepresivos para el alivio de estos síntomas, que vimos en la fase de impacto.

Los antidepresivos tricíclicos son recomendados por los citados autores para el manejo de la anhedonia, de los síntomas depresivos con signos biológicos, terrores nocturnos y ataques de angustia, recomendando especialmente entre éstos la Aminotriptilina y el Doxepin. Esta recomendación coincide con el uso del antidepresivo tricíclico más utilizado en nuestro estudio que fué la amitriptilina.

Los IMAOS también están indicados, especialmente la Fenelzina, para el manejo del síndrome de stress postraumático; son útiles para el bloqueo de las pesadillas por acción sobre el sueño. Nosotros no utilizamos IMAOS por no disponer de ellos, pero conseguimos efectos similares y mejoría clínica con los antidepresivos tricíclicos, por su acción sobre la etapa cuatro del sueño de ondas lentas.

Los antidepresivos, de esta manera, permiten facilitar la psicoterapia por estimulación de la abreación del evento traumático.

La incorporación del trauma, con su afecto apropiado, puede también adyugar en los procesos de integración, permitiéndole al paciente un mejor control de la angustia.

El Propanolol, bloqueador beta-adrenérgico y la clonidina, activador central agonista alfa 2 adenérgico, han sido utilizados para bloquear la respuesta hiperalerta autonómica, consecuencia del desorden del stress postraumático, consiguiendo un descenso de la explosividad y del estado hiper-alerta autonómico, menor pensamiento intrusivo con menos pesadillas y mejoría del sueño. Consideramos que éstos fármacos son especialmente útiles para el control de síntomas en pacientes que van hacia la subcronicidad y no se hicieron necesarios en el momento de impacto en nuestro estudio.

La misma revisión enfatiza la utilidad de las drogas anti-psicóticas para aquellos casos de psicosis agudas, en las cuales el sujeto no es capaz de distinguir entre la realidad del stress corriente y la recurrencia del evento traumático, lo cual coincide con el uso justificado, en tres casos de nuestro estudio, de haloperidol, el que en dosis anti-psicóticas bajas permitió el control de la sintomatología psicótica generada por el impacto y las lesiones físicas y psíquicas concomitantes. Se puntualiza que dosis bajas de neurolépticos, también pueden disminuir los episodios de recuerdos en pacientes severamente agitados lo que concuerda con nuestro uso de fenotiazinas sedativas.

Por otro lado, el papel de las fenotiazinas, especialmente la clorpromazina, disminuye el componente emocional del dolor, al disminuir la sensación displacentera en quemaduras, o en el dolor musculoesquelético cuando se asocian a analgésicos comunes. Como ejemplo mencionamos que, 25 mg., de Clorpromazina junto con 30 mg., de aspirina hacen las veces de 1 amp. de Demerol o de morfina. Utilizando entre 30 y 75 mg. por día de estas sustancias, (clorpromazina) oral o parenteral, se reduce la necesidad de analgésicos y narcóticos a la mitad o un cuarto. La levomepromazina también es analgésica y potencia los efectos de los analgésicos comunes. El Haloperidol en dosis de 5 a 25 mg cumple igual fin. Nosotros utilizamos estas sustancias por el mismo principio, ya que nuestros pacientes padecían en su mayoría grandes escoriaciones, quemaduras y dolor musculoesquelético, entre otros.

Los métodos que intentan traer a la conciencia el material reprimido para mejorar la integración del trauma en el ego, se estructuran mediante la abreación y se han recomendado como especialmente efectivos si son usados en el comienzo de la neurosis traumática. Nosotros hemos venido señalando el manejo y la estimulación temprana de las catarsis antes de que el evento traumático se recrudezca en el inconsciente, concepto que encontramos muy bien sustentado en el criterio anterior. La farmacoterapia facilita la reconstrucción de la memoria dolorosa permitiendo el avance del proceso terapéutico.

Así mismo, en nuestra investigación encontramos que los psicofármacos y especialmente los antidepresivos tricíclicos que utili -

zamos sirvieron para mejorar rápidamente el desorden cognoscitivo concomitante secuencial de la fase de impacto. Observamos mejoría de la perplejidad, de la anhedonia y del estupor en tres o cuatro días después de haber empezado la utilización de los antidepresivos tricíclicos; es ésta manera, nos permitimos recomendar el uso de tricíclicos en el desorden de stress postraumático fase aguda o de impacto, ya que éstas sustancias son capaces de concentrar neurotransmisores mejorando el desorden bioquímico cerebral de ésta fase de impacto.

No estamos hablando del efecto antidepresivo de los tricíclicos cuya respuesta se consigue en un mínimo de 10 días promedio, o a veces antes; éste fenómeno clínico-terapéutico como tal, en la depresión lo encontramos evidenciando la mejoría del trastorno afectivo, después del período latencia del mecanismo de acción. Estamos enfatizando en un efecto temprano y más precoz de los tricíclicos sobre el desorden cognoscitivo, bioquímico-cerebral, independientemente del mecanismo de acción antidepresivo. Pero aún así, queremos recordar que en una reciente revisión de antidepresivos de la segunda generación se está cuestionando que los efectos agudos del tipo inhibición en la recaptación de nor-epinefrina o de serotonina no significa necesariamente que éste presenta el mecanismo de acción de los antidepresivos, ya que la inhibición en la recaptación ocurre en las primeras horas, posteriores a la primera administración, mientras que los efectos terapéuticos sobre la depresión se observan después de 10 días. Debido a esto, las nuevas investigaciones se dirigen a profun-

dizar sobre los efectos subcrónicos de los antidepresivos como sería el concepto del "Receptor de baja regulación", comprometido en las respuestas de 10 días o más de los tricíclicos para la depresión.

De ésta manera encontramos que los efectos agudos para concentrar neurotransmisores en pocas horas por parte de los antidepresivos tricíclicos pueden estar en relación con la mejoría temprana del desorden cognoscitivo de la fase de impacto, cuyos receptores responden tempranamente, mientras que otros receptores tienen que ver con una respuesta más tardía para la depresión.

Queremos recordar también que el concepto de "estresor" es definido como uno de los componentes claves del desorden postraumático por stress el que iniciándose en el área cognoscitiva se desplaza hacia la parte afectiva y emocional con una respuesta fisiológica al miedo cuya multiplicidad de expresiones es mediada por una mayor integración de los centros del sistema nervioso central gobernando la construcción multidimensional de la respuesta al stress. Las áreas biológicas y psicofisiológicas de este particular síndrome necesitan ser tomadas más en serio para proveer medios más efectivos de tratamiento. Nuestro estudio y su aplicación ha enfatizado en el análisis de estos factores biológicos, por ejemplo, en el análisis de las frases más frecuentes de la fase de impacto y que señalaron el desorden cognoscitivo como lo más relevante.

Para finalizar, consideramos que esta terapia combinada nos resultó muy útil y la recomendación última es que a un damnificado herido o no, aún más importante en heridos, por las implicaciones fisi -

cas de la índole ya expuesta en nuestro estudio, debe hacersele una intervención temprana psicoprofiláctica antes de que sobrevenga mayor grado de negación, o que los fenómenos se hagan más ocultos en el inconsciente, con un posterior período de secuelas más duradero y más severo, tal como se ha venido sustentando.

El hecho de que hubiéramos tenido un índice satisfactorio de recuperación del 81.7% a pesar de tratarse de pacientes que en proporción importante tenían una vida previa temprana traumática, nos demuestra que los conceptos de Bellak, Small, Lindemann, Caplan, Attedqui y Bridges sobre intervención temprana en pacientes en crisis de éste tipo, fueron válidos en nuestra experiencia y su aplicación. Tal como dicen algunos de éstos autores, conseguimos mejorar la situación psicodinámica individual lo suficiente como para permitir a la persona que continuara funcionando, permitiendo a la naturaleza llevar adelante los procesos de curación o reparación.

Nos ha llamado mucho la atención que casos similares, manejados en otras instituciones diferentes al hospital de La Samaritana, sin éste tipo de intervención, continuaron varias semanas después de la tragedia manejando un efecto muy plano y un estado emocional deplorable, lo que nos hace pensar que aún no habían logrado salir de la fase de impacto y que su síndrome de hecho será más severo y duradero.

El mecanismo de defensa fundamental fue la negación; dejó paso luego, a la somatización ligada a las heridas y a otros importantes mecanismos. Así mismo, los sentimientos de culpa tuvieron un

significado muy importante, La actividad onfrica manejada precozmente, produjo resultados positivos con un efecto reparador temprano.

Igualmente, se revisan los conceptos de neurosis traumática y se actualizan al tenor de las nuevas clasificaciones hasta llegar al concepto de desórden de stress post-traumático. Se revisan los nuevos conceptos sobre su tratamiento.

Este diagnóstico se valida en el cien por ciento de los casos analizados, especialmente con formas depresivas y en unos pocos casos, con reacciones psicóticas. Se tienen en cuenta todos los aspectos epidemiológicos del grupo estudiado, se analizan las repercusiones socioeconómicas y la desintegración de la identidad cultural y económica de la población afectada y se propone la intervención urgente para lograr el resurgimiento de condiciones que permitan el reencuentro de la identidad perdida en esas poblaciones damnificadas.

RESUMEN

El presente trabajo, reúne la casuística hospitalaria del Hospital de La Samaritana con los pacientes médico-quirúrgicos provenientes de la zona afectada por la avalancha. El estudio se centra en el análisis clínico y dinámico de 64 pacientes, los cuales fueron atendidos en crisis y durante su hospitalización. Se estudian exhaustivamente todos los aspectos clínicos, dinámicos y fisiopatológicos de la fase impacto, las lesiones físicas y su vivencia. Se emprende el análisis psicodinámico longitudinal en cada uno de estos pacientes y su repercusión en la enfermedad actual.

Se utiliza un modelo de manejo médico psicoterapéutico y psicofarmacológico, cien por ciento en lo primero y 80% en lo segundo; tratamiento de carácter mixto, cuyos resultados son significativamente satisfactorios; se logró una mejoría muy notoria en el 82% de los pacientes. Se analizan los mecanismos de defensa, impacto y recuperación temprana y su clínica concomitante. Se estudian las lesiones físicas y las vivencias asociadas, las cuales son objeto de abordaje terapéutico.

En el análisis se involucran todos los aspectos de manejo médico y quirúrgico inseparables del campo psicosomático.

En lo neurofisiológico, se estudian todos los factores implicados en el desorden cognoscitivo producto de la fase de impacto y se propone un modelo psicofarmacológico para la rápida corrección de este síndrome. Se analiza la depresión y se propone un modelo de

estimulación temprana de la catarsis para evitar que el fenómeno se vuelva más sólido en el inconsciente.

REFERENCIAS

1. GOMEZ BARRERO: "Alocución Televisada Canal Siete", febrero 16 de 1986, 9:30 p.m.
2. COHEN, R., "Reacciones Individuales ante Desastres Naturales", Bol. of Sanit.Panam. 98(2), 1985, p.171-178.
3. DAVIDSON J. y col. "A diagnostic and Family Study of Posttraumatic Stress Disorder", Am.J.Psychiatry 142:1, Jan. 1985. p.90-93.
4. AHEARN F. "Ingresos en Servicios de Psiquiatría después de un Desastre Natural", Bol. of Sanit. Panam. 97(4), 1984, p. 325-333.
5. COHEN R. "Intervención en Situaciones de Desastres, Tragedia de Armero", conferencia, Dic. 5,1985, Bogotá. Organizada por la División de Salud Mental. Ministerio de Salud. Apuntes y recopilación, Dr.Bengoechea J., Universidad Javeriana.
6. JONES D. y col. "Víctimas Secundarias de Desastres: Los efectos emocionales de la recuperación y la identificación de restos humanos". Am. J.of Psychiatry, Marzo 1985.
7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM III, Masson, S.A., 1983, Barcelona España, p. 248-259.
8. FRAY PEDRO SIMON, 1625 : "Noticias Historiales de las Conquistas de la Tierra Firme en las Indias Occidentales", Casa Editorial de Medardo Rivas, Bogotá, 1892, Cap. VI, Extracto citado por Michel Hermelin y Col., en "Depósitos recientes (Lahares)

Derivados del Volcán Nevado del Ruiz, Revisión Histórica ",
Medellín Egeo Ltda, A.A.56213 fotocopiado.

9. ACOSTA J., 1846 "Relation de l' eruption boueuse sortie du
volcan Ruiz et de la catastrophe de Lagunilla dans la république
de la Nouvelle Granade. Comptes Rendus de l'Academie des Scien-
cies, Paris, T.22, p. 709-710. Op.cit.(8).
10. EL TIEMPO, domingo Dic. 1,1985, p. 6B.
11. "Psicopatología de la Guerra", ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA Y
LA PEDAGOGIA. Tomo VI, Sedmay Ediciones S.A. Madrid 1978, p.
304-306.
12. Zusman, J. "Prevención Secundaria", en Tratado de Psiquiatría,
Freddman A. y col., Salvat Editores S.A., Barcelona, España,
1982, p. 2582.
13. FENICHEL O.: "Teoría Psicoanalítica de la Neurosis", Editorial
Paidós, Buenos Aires, 1966, p. 159-163.
14. ABRAM, H. "Psiquiatría y Cirugía", en Op.cit. (12), p. 2573.
15. WESTON D. "Desarrollo del Concepto de Psiquiatría Comunitaria",
en Op.cit. (12), p. 2555-2556.
16. BELLAK y SMALL, "Psicoterapia Breve y de Emergencia", Editorial
Pax, México, 1980, p.6.
17. BLACKWELL and TOREM, "The Biopsychosocial Model of Depression",
en "Clinical Depression: Diagnostic and Therapeutic Challenges",
Edited by Frank J.AUD, Baltimore, Maryland 212110, 1980, p.103-
113.

18. MASSON Y GRANACHER, "Clinical Handbook of Antipsychotic Drug Therapy", "Pain", Brunner/Mazel, Publishers, New York, 1983, p. 163.
19. ETTEDGUE E. and BRIDGES M. "Postraumatic Stress Disorder", Symposium on Anxiety Disorders. Psychiatric Clinics of North America. Vol. 8, No. 1, March 1985, pág.89-99.
20. HOGBEN G.L. and CORNFIELD R.B. "Treatment of traumatic war neurosis with pheneizine". Arch.gen. Psychiatry 38:440-445, 1981, Op.cit. (19).
21. RUDOLFER, M., GOLDEN R. and PETTER W. "Second-Generation Anti-depressants", Symposium on Clinical Psychopharmacology I. Psychiatric Clinics of North America, Vol. 7, No.3, September 1984 pág. 520-534.