

TENDENCIAS COMPORTAMENTALES ANTES, DURANTE Y DESPUES DE UNA SITUACION
DE DESASTRE

Engels Germán Cortés T.

Grupo de Apoyo y Rescate Universidad Nacional de Colombia,
G A R U N

The conventional schemes of disaster situations prevention and attention commonly concern to medical, logistical, social and even economical criterions. It is not usual to find operational directives containing psychological information related to the area. This review tries to give a basic documentation involving some of the human psychological elements met in an emergency situation, either individual or collective, before, during and after the impact. It is possible to encounter the same or additional knowledges under the crisis intervention term.

Key words: disaster, stress, post-traumatic stress disorder, attention.

La atención y prevención de emergencias ha sido abordada durante mucho tiempo desde la perspectiva médica, y en segundo lugar desde diversidad de disciplinas relacionadas, hacia el cubrimiento más o menos general de las variables intervinientes. No obstante, uno de los aspectos menos contemplados con detenimiento ha sido el de las consecuencias psicológicas de estas situaciones en el comportamiento humano, y por ende se presenta un vacío en el tratamiento integral de los individuos o colectivos afectados, durante y después del impacto, así como en su desempeño en cualquier tipo de objetivo previo, simultáneo o posterior. Aunque en la literatura psicológica estos tópicos son men-

DIRECCION: A.A. 75249, Santafé de Bogotá, D. C., COLOMBIA

cionados alrededor del término intervención en crisis, es también bien poco lo que se han relacionado con el área mencionada, e incluso por sí misma esta intervención ocupa poco espacio en las materias de interés de la disciplina. De esta forma, frecuentemente las autoridades asistenciales y los psicólogos mismos se ven abocados a recoger estos criterios en una manera apresurada y sobre la marcha de los acontecimientos, dada la imprevisibilidad de las situaciones de emergencia, con un costo incalculable sobre la eficiencia de respuesta y en últimas el bienestar e incluso la supervivencia de los pacientes. A modo de ejemplo, en toda institución de socorro se han desarrollado programas de capacitación y prevención en Primeros Auxilios, Atención Primaria en Salud, Búsqueda y Rescate y Aspectos Logísticos de la urgencia. Respecto a lo comportamental, son bien contadas en el mundo las entidades que manejan programas correspondientes o al menos aproximados a una visualización general y una capacidad real frente al problema. Por esta razón es pertinente hacer claridad en el tema, y poner al alcance del personal de rescate, médico, para médico, de salud, psicológico y cualquier otro con alcances en el área una información básica hacia la identificación de las probables tendencias o los posibles desórdenes conductuales causados por un impacto, entendiendo este término como cualquier tipo de experiencia no común desestabilizante del equilibrio físico, psicológico, social, económico o ambiental del individuo o el grupo.

Alrededor del término de desastre, de alguna manera también es pertinente la definición ofrecida por el Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres de la República de Colombia en el decreto 919 de 1989, que propone una codificación de normas en torno a la temática preventiva y asistencial general. Esta codificación a su vez está normalizada con las definiciones emitidas por la Oficina para Atención de Desastres de la Organización de las Naciones Unidas. Llama la atención una vez más el carácter tangencial de lo psicológico en ella:

"Para efectos del presente estatuto, se entiende por desastre el daño grave o la alteración grave de las condiciones normales de vida en un área geográfica determinada, causada por fenómenos naturales y por efectos catastróficos de la acción del hombre en forma accidental, que requiera por ello la especial a

tención de los organismos del Estado y de otras entidades de carácter humanitario o de servicio social."

Ahora bien, corresponde a cada profesional establecer los límites de su intervención, dentro de los correspondientes marcos éticos y disciplinarios.

Esta reseña pretende cubrir solamente los individuos "normales". Las psicopatologías que puedan estar presentes antes del impacto no han sido contempladas, como tampoco entra en las estrategias de tratamiento ya que ambas materias, de mayor complejidad, son consideradas objeto suficiente de posteriores estudios. Solo intenta ofrecer un panorama sustentado en la realidad de los cuadros que puede encontrar en su trabajo cualquiera de los especialistas mencionados.

En principio, cuenta con tres fuentes de investigación:

1. Las clasificaciones usadas por psicólogos y psiquiatras.
2. El seguimiento del desastre del Volcán Arenas del Nevado del Ruiz (Colombia, Noviembre de 1985), precisamente una de las instancias más costosas y productivas al respecto en nuestro medio.
3. La experiencia práctica de siete años de labor interdisciplinaria al interior del Grupo de Apoyo y Rescate Universidad Nacional de Colombia, GARUN, que fundamenta empíricamente la investigación, confirmando los datos aportados por las otras fuentes.

Es conveniente a su vez mencionar la presencia tácita de la "Psicología de la Guerra", dada la semejanza entre ambas situaciones y sus consecuencias en el comportamiento humano. Igualmente, se involucra la definición del término de STRESS, con innegable relación con el tema. Por esta razón se propone el enunciado de Sessions (1991), transcrito a continuación, ya que el STRESS puede presentarse antes, durante o después del impacto, dependiendo de si éste es susceptible de predicción, muy intenso o de larga duración. Se constituye en una de las explicaciones fisiológicas de la materia tratada:

"Stress es básicamente cualquier estímulo o serie de estímulos que interrumpe el balance integral del cuerpo y la mente y resulta en una falla en la habilidad de los mismos para ajustarse, causando lesiones, enfermedad, inhabilidad o, si es suficientemente severo, muerte. Esto es lo mismo que decir que el orga-

nismo está física y/o psicológicamente fuera de balance. Esto puede producir juzgamiento pobre, baja actitud, incremento en la susceptibilidad a la enfermedad, desesperanza o auto-agresión.

El camino fisiológico de manejar el stress es el de incrementar las funciones corporales: aumentan las tatas cardíaca y respiratoria, al igual que la presión arterial. Esto tiene relación con la secreción de adrenalina de los nervios simpáticos y es llamado la respuesta adrenérgica del sistema nervioso autónomo. El aumento de estas funciones corporales permite al individuo reaccionar rápidamente -el síndrome de lucha o escape-. En conexión, aumentan la motilidad y secreciones gastrointestinales y la temperatura corporal, y disminuye la salida urinaria a cambio del incremento en la sudoración. También se presenta un alza en la glucogénesis, aportando energía adicional a las células. Se "encienden" las glándulas endocrinas y aportan esteroides, aldosterona, insulina y andrógenos adicionales. El cuerpo está preparado para reaccionar, y esto puede ser bueno. Pero también puede acarrear una connotación negativa.

Generalmente el stress es precipitado por una preocupación o una demanda física. Una respuesta inicial posible es la de desarrollar por ejemplo un apetito pobre o uno agresivo selectivo. Esto lleva a desnutrición y, a mayor periodo de stress, mayor severidad de los efectos. Todo lo anterior lleva a descanso inadecuado, que a su vez lleva a una condición física y mental reducida. Incluso preocupaciones de corto término o pérdida de una noche de descanso pueden disminuir la condición física y mental del siguiente día. Esta disminución se muestra en varias formas. Algunas personas muestran solo algunos de los problemas. Otras los muestran todos. Mientras el tiempo sigue, una función disminuida puede llevar a otra, como lo enseña el diagrama 1. Este muestra las probables funciones perjudicadas."

Aunque un tanto dispersa, esta propuesta brinda una base mínima de comprensión sobre los eventos fisiológicos del stress. Cabe no obstante agregar que la preparación para la reacción mencionada es un estado extraordinario de la normalidad orgánica, no lesivo si sus episodios no son recurrentes ni prolongados. En otras palabras, no causan daño si el organismo cuenta con la oportunidad de reponerse de esta deuda fisiológica. Pero si el episodio es muy intenso, repetido o de larga duración, sin posibilidad de recuperación o pago de la deuda, esta sobrecarga no puede ser mantenida por mucho tiempo sin que se evidencien los

problemas relacionados.

Así las cosas, estos problemas se pueden resumir en alteraciones de la normalidad física y psicológica del sujeto, presentándose cuadros inusuales para la cotidianidad del mismo, y las perturbaciones consecuentes en su relación con el medio. Esta situación la hemos puesto de manifiesto a través de los entrenamientos de personal de rescate en GALUN, cuando este personal es sometido a pruebas de simulación de desastres bajo presión continua. Antes de contar con la preparación para el caso, presentan desbalances en su integralidad física y mental que reducen sus condiciones de defensa fisiológica y de interacción, de acuerdo a lo enunciado.

En cuanto a las consecuencias posteriores al impacto, transcribo la descripción comportamental del desorden de stress post-traumático del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales revisado (APA, 1987), como fundamento teórico de la primera fuente mencionada. Si bien es una cita desusadamente larga, es pertinente en este artículo dada su normalización clínica internacional en el medio de la salud mental.

"La sintomatología esencial del trastorno por stress post-traumático consiste en la aparición de síntomas característicos después de un acontecimiento psicológicamente desagradable, que se encuentra fuera del marco normal de la experiencia habitual (por ejemplo, no debe tratarse de pérdida de parientes cercanos, enfermedades crónicas, ruinas económicas o conflictos matrimoniales). El agente estresante productor de este síndrome es marcadamente angustiante para casi todo el mundo y, por lo general, se experimenta con intenso miedo, terror y sensación de desesperanza. Los síntomas característicos suponen la reexperimentación del acontecimiento traumático, la evitación de los estímulos asociados con él, o bien una falta de respuesta general y un aumento de la activación. El diagnóstico no debe efectuarse si la alteración dura menos de un mes.

Los traumas más frecuentes pueden ser una grave amenaza para la propia vida o la propia integridad, grave amenaza o peligro para alguno de los hijos, cónyuge u otros parientes cercanos y amigos, destrucción súbita del propio hogar o de la comunidad y la observación de cómo alguna persona se lesiona gravemente o muere como resultado de un accidente o violencia física. En algunos casos,

trauma puede ser el conocimiento de una amenaza o un peligro real y grave para un amigo o pariente próximo. Por ejemplo, presenciar el rapto, tortura, asesinato de un niño.

El trauma puede ser experimentado en solitario (violación, agresión) o en grupo (combate militar). Los agentes estresantes que producen este tipo de trastorno pueden ser también desastres naturales (inundaciones o terremotos), desastres accidentales (accidentes de coche con lesiones físicas graves, desastres aéreos, incendios, derrumbamiento de edificios) o desastres causados deliberadamente (bombardeos, torturas, campos de concentración). Algunos de estos agentes estresantes producen el trastorno con mucha frecuencia (tortura) y otros solo ocasionalmente (desastres naturales o accidentes de coche). Algunas veces existe también un componente físico concomitante del traumatismo, que incluso puede suponer un daño directo para el sistema nervioso central (desnutrición o lesiones centrales). El trastorno es aparentemente más grave y duradero cuando el agente estresante es de manufactura humana.

El acontecimiento traumático puede ser reexperimentado de diversas maneras. Por lo general, el individuo tiene pensamientos recurrentes e invasores del acontecimiento, o bien sueños angustiantes durante los que se reexperimenta el traumatismo. En circunstancias poco frecuentes existen también estados disociativos que duran desde pocos segundos hasta diversas horas o incluso días, durante los que se reviven los componentes del acontecimiento y el individuo se comporta como si lo estuviera experimentando en aquel mismo momento. A menudo existe también un intenso malestar psicológico cuando el individuo se ve expuesto a acontecimientos que recuerdan algún aspecto del traumatismo o que lo simbolizan, tales como aniversarios, etc.

Además del fenómeno de la reexperimentación del traumatismo, existe una evitación persistente de los estímulos asociados a él o bien una falta de la capacidad general de respuesta, fenómenos que no estaban presentes antes del traumatismo. Por lo general, el individuo efectúa esfuerzos deliberados para evitar sus pensamientos o los sentimientos sobre el traumatismo y las actividades o preocupaciones que provocan su recuerdo. Esta evitación puede suponer una amnesia psicógena que afecta a aspectos importantes del acontecimiento traumático.

La disminución de capacidad de respuesta al mundo externo, conocida con el nom-

bre de "anestesia psíquica o anestesia emocional", empieza por lo general poco después del acontecimiento traumático. Así, por ejemplo, el individuo puede quejarse de que se siente distanciado o extraño respecto a los demás, de que ha perdido la capacidad para interesarse en actividades que previamente lo atraían, o de que nota un descenso marcado en la capacidad para sentir emociones de cualquier tipo, especialmente las asociadas con intimidad, ternura y sexualidad.

Los síntomas persistentes de aumento de la activación, que no se encontraban antes del traumatismo, son por ejemplo las dificultades en conciliar o mantener el sueño (pesadillas recurrentes durante las cuales el acontecimiento traumático se revive y que muchas veces van acompañadas de alteraciones del sueño en su fase medial o terminal), hipervigilancia y una exageración de la respuesta de alerta. Hay también dificultades para concentrarse o acabar las tareas. Muchos de los afectados manifiestan también cambios en su nivel de agresividad. En los casos leves este fenómeno puede tomar la forma de irritabilidad con miedo de perder el control. En cambio, en formas más graves, particularmente en los casos en los que el superviviente realmente ha cometido actos de violencia (por ejemplo, veteranos de guerra), el miedo es consciente y generalizado y la reducción de su capacidad de modulación puede expresarse en explosiones impredecibles de conducta agresiva, o en incapacidad para expresar los sentimientos de ira.

Los síntomas característicos del trastorno por stress post-traumático o la reactividad fisiológica se intensifican a menudo o pueden precipitarse siempre que el individuo se ve expuesto a situaciones o actividades que recuerdan o simbolizan el trauma original (por ejemplo tiempo frío y nevado, o uniformes de guardianes para supervivientes de campos de la muerte en climas fríos o el tiempo cálido y húmedo para los veteranos del Pacífico Sur).

CARACTERÍSTICAS DEPENDIENTES DE LA EDAD: En algunas ocasiones un niño puede permanecer mudo o puede rehusar hablar del trauma, pero este fenómeno no debe ser confundido con incapacidad para recordar lo que ha ocurrido. En los niños pequeños los sueños desagradables sobre el acontecimiento pueden cambiar en pocas semanas y transformarse en pesadillas generalizadas de monstruos, salvación de amigos o amenazas para sí o para los otros. Los niños pequeños no tienen la conciencia de que están reviviendo el pasado. Este fenómeno se presenta en forma activa a través de juegos repetitivos.

Los niños pueden también tener un estado de ánimo apagado y dificultades para ex

presar la disminución de su interés en las actividades significativas. Por lo tanto deben ser cuidadosamente evaluados a través de los informes obtenidos de sus padres, sus maestros y otros observadores. Uno de los síntomas del trastorno en los niños puede consistir en cambios marcados en su orientación hacia el futuro. Entre éstos se incluye una cierta sensación de que el futuro se acorta. Así por ejemplo el niño puede expresar que no cree poder estudiar una carrera o casarse. Puede existir también lo que se llama "formación de presagios", una creencia en la capacidad de profetizar hechos futuros. Aparte de los síntomas específicos de aumento en la activación, los niños pueden manifestar también síntomas físicos como molestias abdominales o dolor de cabeza.

SINTOMATOLOGIA ASOCIADA: Es frecuente la aparición de depresión y ansiedad, que en algunos casos pueden ser suficientemente graves como para merecer el diagnóstico de trastorno por depresión o ansiedad. Otro tipo de sintomatología asociada es la conducta impulsiva que puede presentarse de forma repentina, por ejemplo en cambios de residencia, ausencias inexplicables u otras modificaciones en el estilo de vida. Puede haber también síntomas de trastorno mental orgánico, como fallas de memoria, dificultad en concentrarse, labilidad emocional, cefaleas y vértigo. En el caso de traumatismos peligrosos para la vida compartidos con otros los supervivientes a menudo describen dolorosos sentimientos de culpa por el hecho de haber sido ellos los que han sobrevivido, o por las cosas que tuvieron que hacer para conseguirlo.

EDAD DE COMIENZO: El trastorno puede presentarse a cualquier edad, incluso durante la infancia.

CURSO Y SUBTIPOS: Los síntomas se presentan por lo general inmediatamente o poco después del traumatismo. La reexperimentación del acontecimiento puede desarrollarse después de un periodo de latencia de meses o años, aunque por lo general también hay síntomas de evitación durante ese periodo.

DETERIORO Y COMPLICACIONES: El deterioro puede ser leve o grave y afectar prácticamente todos los aspectos de la vida. La evitación fóbica de las situaciones o las actividades que recuerdan o simbolizan el trauma original puede interferir en las relaciones interpersonales como el matrimonio o la vida familiar. La labilidad emocional, la depresión y los sentimientos de

culpa pueden dar lugar a conductas autopunitivas o a intentos suicidas. Otra de las complicaciones frecuentes es el trastorno por uso de sustancias psicoactivas.

FACTORES PREDISPONENTES: Hay estudios que indican que algunos estados psicopatológicos preexistentes predisponen al desarrollo de este trastorno. Sin embargo este puede presentarse en individuos sin estos antecedentes, sobre todo cuando el agente estresante es muy intenso.

PREVALENCIA, INCIDENCIA EN CADA SEXO Y ANTECEDENTES FAMILIARES: No se dispone de información.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Cuando un trastorno mental orgánico, uno por ansiedad o una depresión se presentan después del traumatismo deben señalarse también estos diagnósticos.

En el trastorno adaptativo el agente estresante es por lo general menos grave y se encuentra dentro del marco de las experiencias comunes; además, en esta alteración faltan los síntomas característicos del trastorno por estrés post-traumático, tales como la reexperimentación del traumatismo."

Una vez establecidas las bases fisiológicas y diagnósticas del stress y del trastorno por stress post-traumático es viable conectar estos fundamentos con la segunda fuente de documentación utilizada, adentrándonos más en el tema de este trabajo. Para el efecto se utilizó como herramienta central la publicación "Aspectos Médicos de la Catástrofe Volcánica del Nevado del Ruiz" (Fernández, Gómez, Malagón, Múnera, Patiño, 1989), junto con otras aportaciones de la tercera fuente.

En esta publicación se mencionan varios esquemas psicológicos de explicación del comportamiento humano alrededor de una situación de desastre, los cuales son ilustrados con ejemplos de la misma, provenientes de sobrevivientes o participantes en la atención.

En primer lugar, Serpa ofrece un modelo de tres momentos de la respuesta ante la situación: Percepción de la amenaza, impacto de la catástrofe, en el que la supervivencia depende principalmente de la habilidad y rapidez de acción defensiva personal. En este momento se pueden presentar las siguientes conductas:

- **Aprensión o miedo:** temor agudo, con conducta de escape, puede superar el momento del impacto.
- **Inmovilidad:** Relativa ausencia de la capacidad motora, y la mental parcialmente desorientada.
- **Apatía:** Pérdida de iniciativa e interés por las actividades sociales normales. Estado medianamente depresivo.
- **Componente pasivo de "curiosidad",** obediencia o dócil dependencia. Ausencia de la propia motivación.
- **Reacciones de agresiva irritabilidad:** resentimiento y condena contra las autoridades visibles.

Todas estas reacciones pueden impedir reconocer correctamente la realidad, apreciar con exactitud el peligro, controlar los impulsos socialmente inaceptables o tomar un camino adecuado de acción. Además es necesario ahondar en el componente del pánico, trabajado por Cortés (1992), a partir de una definición primaria de Pérez de Tudela (1989). El primero lo caracteriza separándolo del concepto de miedo de la siguiente forma:

"El miedo es causado por la incertidumbre, la falta de experiencia con relación a la intensidad del suceso, así como el desconocimiento del lugar, disminuyendo o impidiendo con frecuencia la capacidad de acción. Es un estado emocional de inhibición acompañado de ansiedad, excitación o angustia, producido como reacción ante una amenaza. Pero no implica la desconexión de la razón. El sujeto con miedo puede pensar y actuar adecuadamente. También se ha definido como un mecanismo comportamental de seguridad, como entidad de precaución.

El pánico es la huida colectiva, desenfrenada, sin orden alguno, con retroceso de lo consciente a lo primitivo, acompañado de violencia cuando a la huida se le oponen obstáculos. Se relaciona con lo que he llamado comportamiento "cardúmen" en el que el individuo imita exactamente lo que hace el grupo sin preguntarse mucho la razón. Existe otro paralelo en las bandadas animales que huyen, a veces desbocadamente, cuando uno de sus miembros emite una señal de alarma, sin que ésta sea confirmada por quienes la reciben, aunque claro está, pueden ser varios los sujetos que detectan el riesgo. Es tanto como una "automatización" de la huida. No olvidemos tampoco el efecto retroestimulante del pánico entre los individuos que lo experimentan, en una cadena de transmisión multilateral de la alarma. Esa cadena es precisamente uno de los catalizado-

res a vencer en el control del pánico.

El primero puede desembocar en el segundo, más aún cuando la información es de fi ci en te o inexistente, las comunicaciones tienen el mismo defecto, la moral es baja y las vías de evacuación son confusas, insuficientes o no presentes, especialmente en lugares cerrados o de difícil escape. Además, si la magnitud del fenómeno en lo sensorial y lo psicológico supera la capacidad de asimilación."

El tercer momento es posterior al impacto, caracterizado más adelante.

En la misma publicación alusiva al Volcán Nevado del Ruiz, Fonnegra cita a Beverly Raphael: "Los desastres no se olvidan, permanecen en la mente de aquellos involucrados por mucho tiempo; se convierten en permanentes puntos de referencia para organizar otras experiencias. Las respuestas al desastre son muy intensas, entre otras cosas porque hay fuerzas naturales poderosas e in con t r o l a b l e s de por medio, y porque éste trae muerte y pérdidas que pueden ser hu ma n a s pero también de los hogares, las posesiones más valoradas, la comunidad y la seguridad con que uno se desenvuelve habitualmente en el medio que le rodea."

Adicionalmente, describe una secuencia de comportamientos más o menos flexibles antes, durante y después del impacto:

- De aviso: En ocasiones neutralizada por el sentimiento de propia invulnerabilidad (1: "Oí ruidos, se decía que el volcán explotaría. Por las noticias que daban a diario, ya que uno no creía, parecía imposible. No me pre oc h p e, 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").

- De amenaza: Por lo general, abandono de la negación y búsqueda de protección (2: "Hacia las once de la noche un tropel bullicioso y alarmado de enfermeras, de empleados y de otras personas ajenas al hospital hicieron irrupción en nuestra residencia, comunicándonos, sobresaltados, que una lluvia de a r e n a muy fina había comenzado a caer, que el río Lagunilla se había desbordado y se av ec i n a b a u a inundación, era imperativo por lo tanto iniciar lo más r a p i d a m e n t e posible la evacuación del hospital. Poco después se interrumpió la

luz eléctrica y en esa oscuridad la angustia me sobrecogió; nació en mí la necesidad de realizar "algo" que aunque me era imposible definir, pudiera ayudarnos a salvar esta situación. No alcanzaba a imaginar la gran dimensión de lo que estaba aconteciendo, ni cuáles serían sus consecuencias.

Ese momento de confusión e incertidumbre ante lo desconocido aumentó hasta lo indecible cuando surgió en forma inesperada un ruido indescriptible, amenazante, tal vez como el ruido ensordecedor del precipitarse de un alud o del correr de rocas gigantes de tal poder que presagiaba en forma inminente e inevitable un suceso de grandes magnitudes. Solo entonces un intenso miedo se apoderó de mí y el impulso inmediato fué abandonar la casa donde estábamos y buscar un lugar seguro, posiblemente el techo, para salvar nuestras vidas. Intentamos llegar a la puerta, pero mucha gente del hospital y vecinos del lugar habían acudido a nuestra residencia para protegerse, haciendo imposible alcanzar la salida. Pienso ahora que tal vez ellos veían en este lugar un refugio que los protegería de la avalancha").

- Impacto: El individuo y el grupo sienten temor intenso, ansiedad, pánico y confusión (3: "Fué cuando ocurrió lo inevitable. Subitamente y con una fuerza arrolladora, una gigantesca corriente de lodo y piedras, de muebles y cadáveres se avalanzó sobre mí, me arrastró unos cinco metros dejándome, con sus elementos, completamente inmovilizada, atrapada y sumergida en ese lodo caliente que me cubría casi hasta el pecho. El caos se acrecentó, pues en ese instante me embargó una franca sensación inminente de muerte"). Síndrome de desastre (shock emocional, parálisis, automatización, aturdimiento), e impacto sensorial descomunal y desorden cognoscitivo subsecuente (4: En la audición: "sonido estruendoso y explosión, gritería, "sonaba como un tren". En el equilibrio: "Nos hundía, nos sacaba", "parecía una licuadora". Con inminencia de ser devorado: "Eso se nos vino encima", "nos tragó". En la sensibilidad: "Era caliente, quemaba, nos arrastró"; analgesia: "No sentí que me herí". En lo visual: "Todo era oscuro y en desorden". En lo olfativo: "El olor era terrible". En el gusto: "El barro sabía a azufre, maloliente, tragué barro". En lo autonómico (descarga catecolaminérgica): "Corrimos varias cuadras". En lo metabólico: "Tenía sed, eso nos asfixiaba". Eventualmente, culpabilidad, derrotismo.

- Inventario o evaluación, ansiedad de separación, concientización de pérdidas.

(5: "Todo había ocurrido aproximadamente en el curso de un minuto; desde que sentí el horrible bramido de la corriente hasta que quedé atrapada y sumergida en el barro. No perdí un segundo el conocimiento, había estado conciente de todo y ahora me encontraba completamente aprisionada e inmovilizada por la avlancha. Repuesta del shock inicial y envuelta en un silencio de soledad y muerte sentí por primera vez mi cuerpo; tuve la sensación de que no podía respirar, me faltaba el aire, mi tórax no podía expandirse. Una y otra vez traté de llevar aire a mis pulmones y poco a poco logré hacerlo, aunque con mucha dificultad. Sentí también que mi pierna derecha comenzó a adormecerse y que esta sensación persistía y aumentaba en forma continua y progresiva, hasta que finalmente dejé de sentirla por completo").

- Rescate: Desde pasividad hasta integración a las labores de salvamento; heroísmo, individuos exhaustos que no logran decrecer su necesidad de actuar. Liderazgo natural, grupos espontáneos de socorro (6: "Poco a poco se estableció la comunicación entre los que habíamos sobrevivido, tratando cada uno de exteriorizar sus angustias, sus temores, sus incertidumbres y su profundo dolor. Sentí fuera del lugar a varias personas que trataban de ayudar a los heridos, y a otras que aterradas huían del hospital. Un gran consuelo nos fué proporcionado esa noche por una de las terapistas que se refugió en el baño contiguo a la sala donde nos encontrábamos. Desde allí nos suministró agua y alguna droga que casualmente quedó a su alcance". 7: "Los excelentes médicos enviados el día anterior hacían lo que podían; lavaban con la escasa agua embarrada a los pacientes cubiertos de lodo. Tenían las caras demacradas, habían trabajado sin descanso. Y no eran suficientes para atender el creciente flujo de heridos graves". 8: En un contexto diferente es pertinente citar una emergencia de alta montaña atendida por GARUN en la que un montañista cargó, en unas condiciones por demás difíciles y a riesgo de su propia vida, a su compañero víctima de una insuficiencia respiratoria por un trecho de 2 Km. Vale agregar que el paciente era más pesado que su auxiliador. Al llegar el equipo de rescate y tomar la situación presentó ya fuertes señales de agotamiento. De haber continuado con ese ritmo muy probablemente él se habría convertido en corto plazo en otro paciente. Sin embargo, la prioridad era "salvar a mi compañero").

+ Recuperación: Prolongada, intento de reconstruir su ambiente físico y social.

Patentización del duelo, la aflicción y la deprivación: (9: "Parte del Viernes y todo el Sábado estuvo acompañado de amigos, quienes lo siguieron en su peregrinaje por todos los sitios en donde estaban recluidos los damnificados y supervivientes de la tragedia. Ninguna información logró en su búsqueda y decidió entonces viajar a Ibagué con el mismo propósito y con resultados similares. Finalmente, el Domingo fué transportado en un helicóptero hasta el sitio en donde estaba sucasa; en la terraza, uno al lado del otro, encontró los cadáveres de sus dos hijas, su hermana y su esposa, a quien le habían practicado allí mismo una cesárea para extraer una niña que también yacía sin vida al lado de la madre". 10: "El segundo caso que deseo compartir es el de una mujer, E., de 25 años, soltera con dos hijos, uno de 18 meses y otro de 8 años; estaban con ella y se perdieron en la avalancha de lodo; E. apareció inconciente en otra población cercana; fué arrastrada por entre los troncos, ramas, etc., como consecuencia le amputaron una pierna que nunca sanó, y presentaba gangrena en la otra y en el brazo derecho....En la segunda entrevista se quejaba: "Pero, qué quiere que yo le diga..?"; "Ay, mis niñitos... dónde estarán? Mire doctora, eso para mí es lo peor").

Todos los ejemplos fueron tomados (a excepción del caso de alta montaña), de situaciones ocurridas en la destrucción de la ciudad de Armero por el Volcán Nevado del Ruiz en Noviembre de 1985. La mayor parte de ellos, relacionados en la bibliografía, proviene del informe "Consecuencias Psicopatológicas y Tratamiento de Pacientes Médico quirúrgicos de la Tragedia de Armero, Intervención en Crisis - Estudio de 64 Casos - Hospital de La Samaritana en Bogotá" (Vengoechea, Sepúlveda, Padilla, 1989).

Este informe presenta además otro modelo secuencial del comportamiento humano ante una situación de desastre propuesto por Raquel Cohen, que arroja una clasificación desde el punto de vista biológico, interpersonal y social. Básicamente, se evidencian las fases de amenaza, choque, adaptación y secuelas, en una clara similitud con los esquemas anteriores. No obstante, hay aquí un componente de gran importancia, el biológico, que se transcribe a continuación:

"Se ha descrito un desorden cognoscitivo post-impacto. Se considera que en 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 exp'

perencia que puede determinar un desorden neuroquímico cerebral (entendiendo de esta manera la génesis de la alteración cognoscitiva que se presenta en los primeros días post-traumáticos -Nota del autor: Bien vale decir en las actividades posteriores al impacto: 11: "En la población nadie permanecía quieto, todos caminaban y nadie sabía para dónde; algunos intentaban dar alguna indicación que era seguida por un grupo pequeño; a los pocos metros se recibía una orden contraria y las gentes cambiaban de rumbo; los carros corrían más rápidamente y amenazaban con accidentar a la multitud de conglomerado humano que se pareciera tanto a un grupo de hormigas en desbandada. El olor sulfuroso y la ceniza nos hacían doler la garganta y los ojos."- Así, el impacto original (que hemos interpretado: lodo caliente, vidrios cortantes, olor fétido volcánico, ruidos, etc.), produce un desorden cognoscitivo inmediato. Una vez que este desorden, por el propio equilibrio homeostático, se consigue arreglar, vendrá el manejo de lo afectivo y sus pensamientos asociados."

Ofrecen también una explicación neurofisiológica: "El impacto sensorial llega en milésimas de segundos a los lóbulos frontales, que hacen una evaluación perceptual del mismo, modulando una 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 éste 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 concepto sería similar al de neurosis traumática, o tempestad de movimientos, opinión de carácter psicoanalítico."

Dentro de este desorden cognoscitivo post-impacto es pertinente mencionar también la evolución de los contenidos de la actividad onírica. Vengoechea, Sepúlveda y Padilla reportan en el mismo informe sueños con un intenso grado de negación hasta la segunda semana post-impacto (12: "Soñaba que mi familia había salido ileso."); Entre la segunda y tercera semanas un grado menor por cuanto había reconocimiento de la vivencia aunque con un despertar ansioso, alcanzando inclusive el nivel de pesadillas (13: "Un río de lodo fétido nos arrastraba a mi mamá y a mis hermanos."); hacia la cuarta semana "los contenidos eran similares a los sueños de la semana anterior, pero tenían una calidad diferente; observamos cómo los pacientes estaban reemplazando sus pesadillas por un dormir más reparador y con despertar más tranquilo." Posteriormente, relatan un decrecimiento y hasta una ausencia de la actividad onírica relacionada.

Integrando los últimos párrafos, reorganizamos en primer lugar nuestras estructuras psicofisiológicas y cognoscitivas (de percepción, análisis e interpretación de la información exterior), a partir de las propias características de personalidad y pensamiento, y luego nos ocupamos de lo afectivo. Mientras tanto nuestras respuestas pueden ser más básicas, primarias, antes que razonadas y premeditadas.

Ahora bien, los comportamientos susceptibles de sucederse en una situación de emergencia no cuentan con una rigidez secuencial ni unos parámetros claramente definibles, más allá de las tendencias descritas. Son más bien tendientes a una heterogeneidad e irregularidad entre sujetos e incluso entre grupos. Por ejemplo, es probable que ante el mismo estímulo un individuo desarrolle la conducta heroica relatada en 6, 7 u 8, mientras otro, en la misma situación, presente otra completamente opuesta (14: "Cuando en el hospital escucharon la advertencia de una nueva avalancha, todo el personal abandonó el edificio y salió corriendo o en carros hacia el aeropuerto; los heridos quedaron abandonados a su suerte."). También inciden las características mismas de la situación, que por sí mismas pueden activar respuestas disímiles en la misma persona (de acuerdo a la preparación específica, el entorno, el estado de ánimo y tantas otras variables), y, en una gran proporción, el tipo de atención brindada por el personal de rescate, con una alta incidencia en la estabilización general y la contrarrestación de la morbimortalidad, solo desde el punto de vista emocional, sin mencionar el meramente físico, de los pacientes (Cortés, 1993). Otro factor de gran importancia lo constituye la historia personal del sujeto que, desafortunadamente, no está siempre al alcance de la autoridad a cargo o el auxiliador. Igualmente, interviene también el medio cultural en el que se trabaja, con sus valores, sus intereses, sus marcos sociales, sus relaciones y sus interpretaciones sobre lo catastrófico. Sin olvidar además, ya en el caso de la atención post-impacto, el estado de choque que necesariamente conlleva una alteración comportamental, cuando nos referimos a personas heridas física, mental o socialmente.

En este punto adquiere gran pertinencia la diferenciación entre comportamiento individual y masivo, que para el caso arroja una muy probable fuente de divergencia conductual. En pocas palabras, Cortés (1992) muestra cómo en medio de la masa los valores, las formas de pensamiento y hasta los esquemas psicológicos individuales tienden a diluirse, pudiendo llegar a esta transformación: ya no es el individuo el que participa o guía en las acciones del colectivo, sino que es éste el que conduce al comportamiento individual, especialmente en situaciones de presión, altera

ción o gran descarga emocional. Es el ya mencionado comportamiento cardumen, donde cada uno de los sujetos se dirige hacia donde lo hacen y como lo hacen los demás, y a la vez ninguno, a ciencia cierta, sabe por qué o hacia qué lugar lo está haciendo. Si conectamos este concepto con la tendencia antes mencionada de desorden cognoscitivo y su consiguiente nivel primario de respuesta, podremos comprender algunas manifestaciones masivas no precisamente muy sensatas que en ocasiones pueden darse a conocer. Sin embargo, aunque la teoría y a veces la práctica puedan afirmar esta concepción, que de hecho se ha registrado en una buena cantidad de casos reales, un seguimiento a largo plazo (Ressler, Taylor y Quarantelli, 1987), nos demuestra también que la mayoría de grupos sociales son capaces de conservar un adecuado grado de cabeza fría y organización adaptativa ante una situación de desastre, con base en sus fundamentos socio-culturales, sus prioridades y recursos. Igualmente, desmienten la creencia generalizada de descomposición social, impotencia e inactividad colectiva, presentándose más bien un aumento en los índices de solidaridad, cooperación mutua y otras evidencias sociales y organizativas positivas. Es cierto que se presentan demostraciones negativas (actos delincuenciales, impasividad o desorden social), pero no en mayor medida que en tiempos de normalidad para el mismo grupo. O al menos no se ha encontrado una relación entre su aumento y la incidencia potencial o real de una situación de desastre, como sí se ha hecho respecto a las manifestaciones positivas. Es una situación parecida a la del pánico colectivo, que existe, es un fenómeno de sumo cuidado y complejidad de manejo, pero en términos reales con episodios más bien esporádicos. Además, cualquier entidad de socorro ha aprendido con la experiencia que por especializada, equipada y preparada se encuentre, siempre llegará tarde a una labor de salvamento o rehabilitación. Antes que ella la comunidad misma, o la parte de ella que quedó en capacidad de hacerlo, se ha organizado a su manera y ya se está autoayudando, como protagonista central de su propio proceso. Todo lo demás es solo un apoyo.

Para terminar, viene a colación un concepto difundido por la Acción de Urgencia Internacional, organismo vinculado a la prevención, atención y rehabilitación de catástrofes naturales, en una de sus publicaciones periódicas (1982): Los desastres sacan a flote las deficiencias de las sociedades. Así como una infraestructura de servicios inadecuada es claramente incapaz de responder a una eventualidad un grupo privado en sus necesidades primarias, no educado o no cohesionado tende

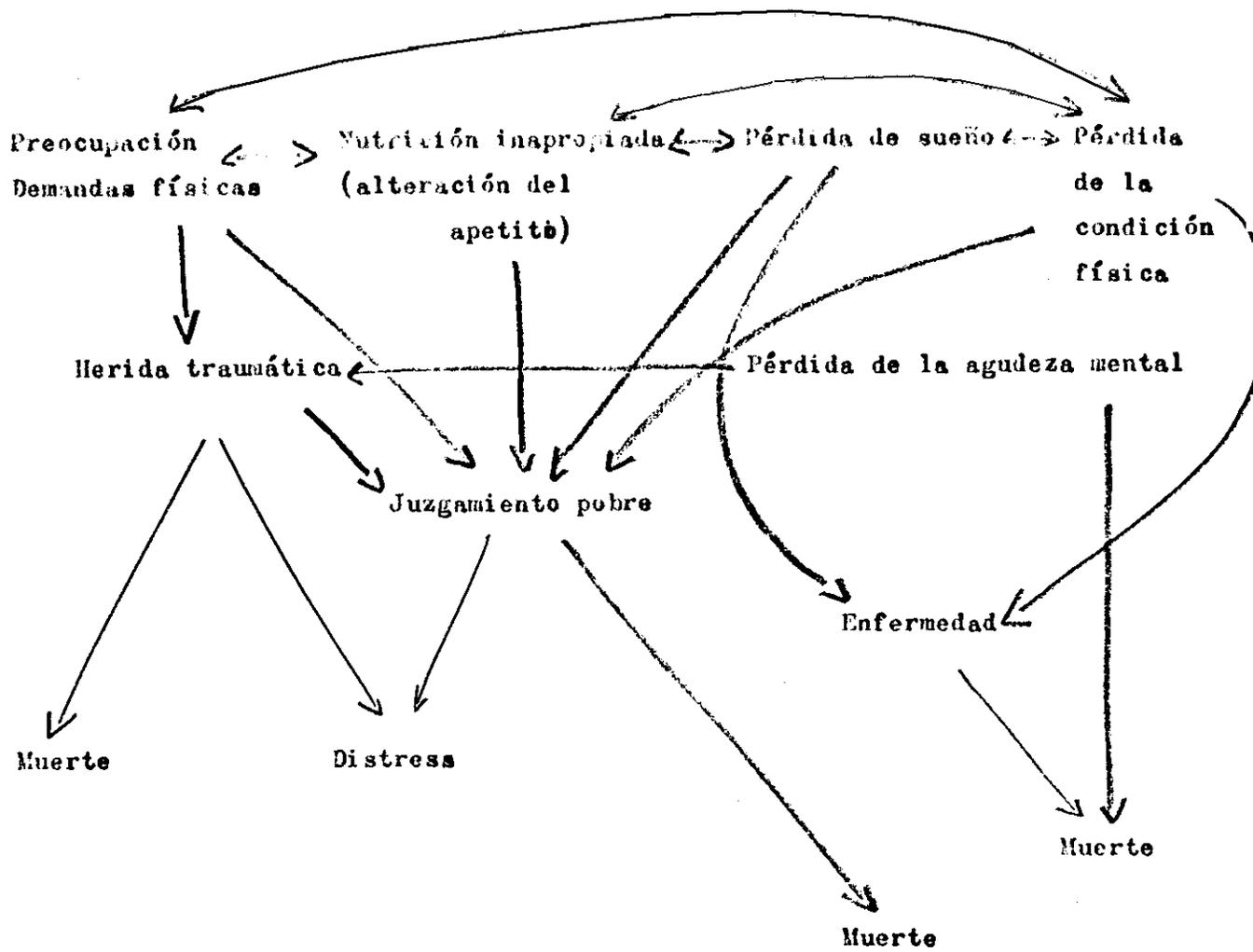


DIAGRAMA I

Flujo del stress según Sessions

BIBLIOGRAFIA

- ACTION D'URGENCE INTERNATIONALE, Action S.U.D. - Solidarité, Urgence, Developpement, N° 1, Septembre 1992, Francia.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales III-R, 1987, USA.
- CORTES, E. G., Aspectos Comportamentales, en Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres en Escenarios Deportivos y Recreativos, COL DEPORTES, 1992, Colombia.
- CORTES, E.G., Efectos de la Sensibilización Psicosensores en Trabajadores del Rescate. En prensa.
- FERNANDEZ, G., GOMEZ, P., MALAGON, V., MUNERA, I., Patiño, J. F., Aspectos Médicos de la Catástrofe Volcánica del Nevado del Ruiz, 1989, Colombia.
- PEREZ DE TUDELA, C., Comportamiento Humano ante las Catástrofes, Revista MAPFRE Seguridad, Año 9, N° 36, 1989, España.
- RESSLER, E., TAYLOR, A., QUARANTELLI, E. L., Aspects Sociaux et Sociologiques, en Prévention et Atténuation des Catastrophes / Le Point sur les Connaissances Actuelles, Vol 12, UNDRR, 1987, Geneve.
- SESSIONS, J., Managing Stress in Dog Teams on Searches, en Response; The Journal of Search, Rescue and Emergency Response, Vol. 10, N° 4, 1991, USA.
- SISTEMA NACIONAL PARA LA PREVENCION Y ATENCION DE DESASTRES, Codificación de Normas, Decreto N° 919, 1° de Mayo de 1989, Colombia.

Relación de citas vivenciales utilizadas, provenientes de Fernández, Gómez, Malagón, Múnera y Patiño en Aspectos Médicos de la Catástrofe Volcánica del Nevado del Ruiz:

- 1, 4, 12, 13: Vengoechea, Sepúlveda y Padilla: Consecuencias Psicopatológicas y Tratamiento de Pacientes Médico Quirúrgicos de la Tragedia de Armero, Intervención en Crisis - Estudio de 64 Casos - Hospital de la

Samaritana en Bogotá.

- 2, 3, 5, 6: Solano, R. H., (1989). El relato de una sobreviviente del desastre.
- 7, 11, 14: Fernández, G., Relatos sobre la Experiencia en Movilización de Personal y Auxilios y Traslado de Supervivientes.
- 9: Los editores, La Increíble Tragedia de un Médico.
- 10: Fonnegra, I., La Tragedia de Armero; Abordaje Psicoterapéutico de los Pacientes Terminales.