

INTRODUCCION

Este capítulo se refiere a la experiencia de los Doctores en el manejo inmediato y a largo plazo (dos años) de las secuelas psicológicas del desastre de Armero (13 de noviembre 1985), tragedia de características muy especiales dado que implicó para los supervivientes la pérdida de familiares, propiedades y de todo el entorno físico urbano en el que vivieron, simultáneamente con las redes de soporte social y comunitario y muchos puntos de referencia culturales.

Señalamos además que este desastre ocurrió en un país sudamericano, en una área agrícola de cultivos intensivos, habitada por personas que obtienen sus ingresos de la agricultura y de la prestación de servicios a la estructura agrícola que también, fue destruida en una gran extensión. Las creencias religiosas predominantes en la zona son las católicas.

La avalancha de lodo, ceniza volcánica, piedras y nieve derretida destruyó casi totalmente el casco urbano y la mayoría de las personas que sobrevivieron, cuyo número se calcula entre 4 y 8.000 pertenecían a grupos socioeconómicos bajos.

MANEJO DE LOS EFECTOS PSICOLOGICOS INMEDIATOS Y TARDIOS:

En los días posteriores al desastre los pacientes presentaban las características del Trastorno por Stress Postraumático Agudo: sentimientos de lejanía y extrañeza frente a los demás, disminución grave del interés en actividades previamente importantes para el sujeto, sentimientos y vivencias súbitos de que el acontecimiento traumático estuviera presente nuevamente, generalmente en conexión con algún estímulo ambiental que lo evocara; alarma exagerada insomnio, sentimientos de culpa por sobrevivir o por la conducta que condujo a la supervivencia, hipomnesia e hipoprosexia, etc.

Los pacientes se mostraron en las primeras 72 horas, indiferentes, bradipsícos, con escaso contacto emocional, apáticos y en los días subsiguientes fue evidente la negación que se expresó con frecuencia por la exageración, a veces omnipotente, de su comportamiento en el momento de la catástrofe: las acciones valerosas o heroicas que el sujeto llevó a cabo para salvarse o intentar salvar a otros; la resistencia que se exhibió frente al dolor físico provocado por fracturas, quemaduras o heridas etc. La posibilidad de aprovechar ese material para iniciar la elaboración del duelo en el marco de una psicoterapia breve que sigue los fundamentos teóricos psicodinámicos y que pretende mostrar la realidad de las pérdidas, fue efectiva incluso, en pacientes con graves lesiones físicas, tal como lo mostró Vengoechea y Cols. (1986) en su trabajo "Consecuencias Psicopatológicas y Tratamiento en Pacientes Médico Quirúrgicos de la Tragedia de Armero: Intervención en Crisis".

En el trabajo mencionado la búsqueda de la catarsis y la asociación de medicamentos antidepresivos tricíclicos fue muy útil.

En el manejo de los trastornos de sueño las reacciones de hiperalarma y la hipoprosia, hiponoxia y bradipsiquia, como elementos nucleares del desorden cognoscitivo asociado fueron muy útiles las fenotiazinas sedativas de cadena lateral alifática (Clorpromazina 10 a 50 mg /12 horas, Levomepromazina 10 a 20 mg/8-12horas) en pacientes en los que la medicación anterior no fue plenamente efectiva se agregaron antidepresivos tricíclicos del subgrupo del dibenzo cicloheptano, con excelentes resultados. Fue un problema intenso y que merece consideración aparte el manejo del insomnio, que en algunos supervivientes era de muy difícil control; no se conseguía una cantidad normal de sueño con dosis altas de fenotiazínicos, ni de benzodiacepínicos. Ese insomnio llamativamente desapareció cuando el paciente pudo obtener compañía de algún familiar que durmiera en su misma habitación o incluso en la misma cama. Puede comprenderse esto como consecuencia de la satisfacción de necesidades regresivas que aparecen como defensa frente al peligro evocado constantemente y la sensación de riesgo más elevada en las horas de la noche dado que la tragedia ocurrió a las 11:00 p.m. En las semanas siguientes e incluso varios meses después pudimos observar que el insomnio determinaba una conducta grupal en los campamentos de refugiados: la gente no dormía y se reunía alrededor de mesas en las que se jugaba domino o parchís hasta la madrugada. Las conversaciones, en esos grupos sobre

lo perdido no eran fácilmente admitidas, y el consumo de alcohol, frecuente.

La elaboración del duelo siguiendo las fases características conocidas, tuvo en muchos supervivientes dificultades serias, que han determinado que una gran cantidad de ellos presente en un cuadro compatible con un Trastorno por Stress Postraumático Crónico o Retrasado, que en muchos llega a tener características próximas al Trastorno Depresivo Mayor y al Trastorno por Ansiedad Generalizada. Creemos que a esto contribuyen varios factores que describiremos y comentaremos a continuación:

- La imposibilidad de recuperar los cadáveres de los fallecidos que en su inmensa mayoría fueron arrastrados a gran distancia y sepultados por toneladas de arena y escombros, impidió la realización de las ceremonias habituales en nuestra cultura y en particular, la celebración de las ceremonias religiosas funerarias que tiene gran arraigo, y que contribuye a la elaboración inicial del duelo. Esto permitió que muchos meses después los familiares fueran ilusionados por informes o rumores de que el desaparecido había sido visto en zonas cercanas o distantes, vagabundeando, perdido "loco"; cada una de esas informaciones falsas originaba nuevas esperanzas seguidas siempre por nuevas decepciones. Dos años después de la tragedia, el encuentro de cadáveres cuya identificación ha sido posible movilizó a otras familias que acuden a buscar todavía los restos de sus deudos, para entonces poder efectuar los ritos culturales y religiosos acostumbrados.

En los lugares en donde estuvieron las casas de la población, y que ahora pueden ubicarse con mayor facilidad, que en los meses inmediatos al desastre, se encuentran lápidas mortuorias con los nombres de los fallecidos ante las cuales los parientes depositan flores y rezan sus oraciones. Esto se constituye en una tumba simbólica sobre la que la familia superviviente puede tardíamente hacer un simulacro de las actividades evocativas habituales.

- Todos los trabajos e investigaciones que se han hecho sobre la evolución del duelo desde los primeros trabajos freudianos, hacen referencia a pérdidas únicas o múltiples de seres queridos, en este caso como señalamos antes la pérdida fue para algunos de toda la familia, amigos, bienes y toda la red de soporte y referencia sociocultural. Es un duelo múltiple, que incluye la desaparición hasta del entorno físico en que los damnificados crecieron y vivieron. Algunos de ellos además tuvieron que elaborar pérdidas anatómicas o funcionales de gravedad variable.

- Un factor que a nuestro juicio agravó enormemente la situación psicológica de los sobrevivientes fue, que para los más pobres que eran la mayoría, la permanencia en campamentos y albergues improvisados se prolongó por más de un año, y unos pocos todavía ahora continúan en esa situación. La incertidumbre respecto a su futura vivienda, la falta de trabajo,

y la soledad de muchos bloqueo la recuperación que se habría facilitado por la creación de nuevos intereses y de nuevos vínculos afectivos.

- Los damnificados recibieron ayuda inmaterial por parte de una Entidad Oficial creada por el Gobierno para atender las consecuencias del desastre situación que se prolongó por un año; esto fomentó una situación de ocio y dependencia disminuyó la posibilidad de acudir al trabajo que sabemos tiene efectos terapéuticos "per se", y propició la afirmación y expresión de rasgos de personalidad pasivo-dependientes, que parece ser de acuerdo al trabajo de Vengoechea y Cols. ya mencionado, el tipo de personalidad patológica más común (40%) de la muestra por él estudiada de supervivientes.

- Luego de la erupción del 13 de noviembre de 1985 la actividad volcánica continuó y continúa hasta ahora; eso ha determinado frecuentes alarmas y la amenaza de nuevos episodios destructivos no ha desaparecido del todo haciendo que los supervivientes que habitan ahora los pueblos cercanos al área de desastre, continúen bajo el efecto del medio, y la expectativa ansiosa.

- Se observó desde pocas semanas después del desastre un incremento del consumo de alcohol y más tarde también de marihuana y pasta básica de cocaína fumada (Basuco) que siendo consecuencia del trastorno postraumático contribuyen a impedir la elaboración del duelo agravando aún más la circunstan-

cia de desorganización social.

- Cuando una pérdida afectiva mayor ocurre, la cultura provee una serie de mecanismos y personas (Médicos, Sacerdotes, etc.) que ayudan a la elaboración del duelo. En el caso de la tragedia de Armero esos mecanismos y esas personas desaparecieron y las ayudas externas, bien intensificadas desde luego no suplieron el conjunto sociocultural originario perdido.

Por todos los puntos que hemos señalado antes creemos que una experiencia traumática como la descrita es de difícil, larga y en algunos casos imposible elaboración. Nuestra experiencia en pacientes sometidos a psicoterapia prolongada nos muestra que logran un aparente bienestar, trabajan y reanudan relaciones significativas con objetos sustitutivos de los perdidos recuperan el sueño se espacian y desaparecen las pesadillas evocadoras de la tragedia, en fin, están asintomáticos. Pero inesperadamente, un recuerdo cualquiera una fotografía, un objeto desencadenan crisis de llanto, dolor y reagudización de los sentimientos de pérdida con una sensación que repiten los sentimientos de pocas semanas después de la misma; estos episodios sorprenden al mismo paciente que los vive como extraños e incomprensibles parecería como si el duelo en vez de elaborarse totalmente se "enquistara" y estuviera, latente dispuesto a emerger a la conciencia súbitamente y con intensidad no aplacada, si bien la duración de estos episodios tiende a ser breve.

COMPLICACIONES:

La gravedad del trauma psíquico y las circunstancias posteriores desfavorables han causado reacciones postraumáticas prolongadas que pueden entenderse como duelos patológicos y complicados, suficientes para ser calificados incluso como trastornos depresivos mayores, que por otra parte no siempre fueron diagnosticados con exactitud por el personal de atención primaria. Por razones socioculturales por los prejuicios respecto a solicitar consulta psiquiátrica y por la naturaleza depresiva de muchos de estos cuadros clínicos los afectados no buscan ayuda.

La consecuencia más protuberante de todo esto es el elevado número de suicidios entre los supervivientes, que se presentaron todos, luego del primer año de la tragedia. Es posible que esta cifra sea más elevada dado que el suicidio tiende a ser ocultado o disfrazado como accidente.

Otra complicación evidente es el abuso de alcohol y otras sustancias (Marihuana basuco"), como se ha descrito antes, aunque hay que aclarar que el consumo de alcohol es común en este ámbito cultural.

El tercer grupo de complicaciones importantes fueron los trastornos psicósomáticos que se presentaron con elevada frecuencia desde poco después del acontecimiento traumático, hasta la actualidad. Las perturbaciones psicósomáticas más comunes fueron referidas al aparato cardiovascular, al aparato gastrointestinal y al osteomuscular en orden decreciente.

CONCLUSIONES

1. Un desastre de la magnitud descrita causa pérdidas múltiples que muy difícilmente pueden ser elaboradas, aún a largo plazo. El trastorno de stress postraumático crónico y grave es la secuela más frecuente (55% de los supervivientes).
2. La pérdida de las redes de sustentación sociofamiliar complica la recuperación y la elaboración del duelo.
3. Un factor muy importante en la gravedad y duración de las secuelas psicopatológicas es la pérdida de bienes e incluso del entorno urbano y de la tierra cultivable, en gran extensión.
4. El desempleo y desocupación favorecidos por la destrucción de las fuentes de trabajo y por el auxilio en dinero recibido por los damnificados parecen ser otro obstáculo para la recuperación de los damnificados.
5. La imposibilidad de recuperar los cadáveres parece ser un factor muy importante para bloquear la normal elaboración del duelo.
6. En los pacientes víctimas de un Trastorno por Stress Postraumático

Agudo , la utilización de sedativos fenotiazínicos y antidepresivos tricíclicos es útil, en particular para mejorar los concomitantes cognoscitivos del cuadro clínico.

7. La utilización psicoterapia breve intensiva que favorece la catástrofe, y fortalece los mecanismos defensivos del yo es muy útil.

8. Las condiciones de vida y características socioculturales y económicas precarias de la población afectada, previas a la tragedia, seguramente contribuyen a la gravedad, intensidad y duración de los efectos psicopatológicos de un desastre.

9. Los trabajadores de atención primaria en salud deben ser capacitados para optimizar sus capacidades diagnósticas en el área de Salud Mental.

10. En un grupo numerosos de pacientes se puede observar que el duelo no elaborado sufre un especie de "Enquistamiento", que si bien permite al paciente una recuperación aparente satisfactoria, podría ser causa de enfermedad psicosomática, o explicar suicidios de personas que estaban supuestamente "bien".