

Desastres y salud mental

Flora de la Barra, Hernán Silva*

Resumen

Las catástrofes naturales tienen un impacto en la salud mental de la comunidad a mediano y a largo plazo. En estas circunstancias el apoyo familiar y la solidaridad social son significativos; de igual manera la atención primaria para efectuar las intervenciones de urgencia necesarias. Los equipos de salud también están expuestos a una gran sobrecarga emocional y física. La población infantil es particularmente vulnerable a las catástrofes; entre los factores que influyen en la respuesta de los niños ante los desastres está la forma como perciben y comprenden las conductas de sus padres. Por todo ello, la atención de salud mental debiera estar inserta en la red de atención primaria.

Abstract

Natural disasters have an impact on the mental health of the population involved. There are various responses ranging from an absolute paralysis state to a flight response. Among the factors that influence children's response to disasters is the way they perceive and understand the behavior of their parents. The maintenance of physical symptoms, persistent sleep disturbances, intrusive thoughts or concerns, a recurring fear of dying, anxiety when separated from parents or going to school, are sufficient indicators of the need to consult a mental health professional.

Palabras clave.– Evolución biológica, pre-exposición traumática, estrés, trastornos ansiosos, benzodiazepinas, síntomas somáticos y autonómicos, hiperexcitabilidad y agitación psicomotora, estrés postraumático.

Keywords.– Biological evolution, pre-exposure traumatic stress, anxiety disorders, benzodiazepines, somatic and autonomic symptoms, and psychomotor agitation hyperexcitability, post-traumatic stress disorder.

Los desastres naturales, siempre producen un impacto en la salud mental de la población comprometida, que es particularmente intenso con los terremotos. Las perturbaciones psicológicas que generan estas circunstancias se expresan ya sea a corto, mediano o largo plazo. Sin embargo, las reacciones naturales inmediatas a la catástrofe tienen un patrón que está determinado por la evolución biológica y han sido diseñadas para maximizar la supervivencia individual y colectiva. Así, las reacciones de temor o pánico sólo representan la activación de conductas fisiológicas que tienden a proteger al individuo de la muerte. Existen variadas respuestas automáticas que van de

estados de paralización absoluta, hasta conductas de huida. La mantención, exacerbación, o la resolución de estas conductas agudas, están determinadas por factores hereditarios, pre-exposiciones traumáticas, y la condición psiquiátrica de la persona, también dependen del género, o del contexto socio-cultural del afectado. Se ha observado que las personas de menor desarrollo social constituyen la población más vulnerable y en particular las mujeres y los niños.

Durante los primeros momentos o en los días que siguen al desastre, predomina el temor y la angustia. Se altera el ritmo vigilia-sueño, también el apetito y

hay clara disminución de la energía. Durante los meses siguientes tanto los sobrevivientes como el personal de rescate experimentan sensación de tristeza, también irritabilidad y frustración. Se desarrollan procesos de duelo que perturban el desempeño de los afectados. En el largo plazo, —meses o años después del desastre—, la mayor parte de la población retorna a su nivel funcional previo. Sin embargo, algunas personas mantienen síntomas persistentes de estrés.

Si se analizan los estados patológicos de los distintos momentos de esta "enfermedad" se puede establecer que en el período inmediato al desastre predominan los trastornos ansiosos. Reaparecen estados de pánico individual y/o colectivo con un alto nivel de tensión y angustia que pueden tornarse incontrolables. También surgen reacciones de violencia y agresividad, así como actitudes temerarias. Los individuos en pánico muestran inquietud extrema, angustia, miedo a morir y sensación de irrealidad, que se asocian a síntomas somáticos y autonómicos. Las crisis de pánico son inesperadas y se inician bruscamente para alcanzar su máxima intensidad en segundos y duran minutos u horas. Para estos estados agudos es útil el empleo de benzodiazepinas de absorción rápida, sublingual o inyectable. Sin embargo, para la mayoría la intervención psicológica debe orientarse a tranquilizar a las personas, permitiéndoles que expresen libremente su sentir, buscando transmitirles nuestro apoyo, brindándoles confianza y seguridad. Siempre se debe evaluar el riesgo de suicidio y la posible influencia de su estado en enfermedades físicas preexistentes o concomitantes.

Los trastornos por estrés agudo tienen una intensidad y duración que varía en cada persona. Angustia e intranquilidad persistente, irritabilidad, y a veces tendencia al aislamiento asociados a distintas manifestaciones físicas, son las condiciones que definen estos estados, que en algunos sujetos se pueden acompañar de desorientación o estrechamiento de la conciencia y asociarse a trastornos disociativos o de conversión, que se manifiestan por síntomas corporales sin causas biológicas identificables, como crisis de apariencia epiléptica, hiperexcitabilidad y agitación psicomotora, estados de amnesia absoluta, pseudo-parálisis y confusiones de identidad, entre otras. En

esta condición se ha detectado como factores agravantes la ideación suicida, la mantención de un alto grado de exposición al suceso traumático, las pérdidas de gran magnitud y la falta de apoyo social o familiar. Esta condición clínica requiere intervención psicoterapéutica y suele ser necesario el empleo de antidepresivos y ansiolíticos. Es recomendable animar al paciente a retomar sus actividades habituales lo antes posible. En estas circunstancias el apoyo familiar y la solidaridad social son muy significativos para reconfortar a las personas afectadas, favoreciendo la pronta recuperación. Ocasionalmente se pueden presentar trastornos sicóticos agudos de corta duración, o la descompensación de cuadros psicóticos preexistentes. En estos casos, debe atenderse primariamente la enfermedad de base y puede ser necesario el empleo de antipsicóticos o el aumento de dosis en los pacientes bajo tratamiento.

Los síndromes de estrés postraumático que hacen su aparición meses después del evento, generalmente se asocian al recuerdo continuo de los acontecimientos y a la re-experimentación de la situación vivida, sueños recurrentes y también a la prevención casi obsesiva de situaciones similares o relacionadas con el acontecimiento. También se observa pacientes con amnesia total o parcial del suceso, en los que persiste una sobre excitación psicológica, irritabilidad, desconcentración, miedo inmotivado, inseguridad, insomnio y pesadillas. Todos requieren tratamiento especializado por personal de salud mental. Por otra parte el manejo del duelo tiene especial importancia en situaciones de desastres y emergencias, en las cuales frecuentemente se experimentan grandes pérdidas. Es necesario procurar la ayuda psicológica para estas persona en su proceso de duelo, proceso que en general dura entre tres y doce meses, excepto en los casos complicados en que la duración puede ser mayor.

En las situaciones de catástrofe, las intervenciones de salud mental deben efectuarse lo antes posible y mantenerse todo el tiempo necesario. Es deseable en estos casos que el personal médico de atención primaria esté preparado para efectuar las intervenciones de urgencia necesarias. Debe tenerse presente que en estas situaciones, los equipos de salud están expues-

tos a una gran sobrecarga emocional y física. En consecuencia, también deben considerarse medidas de apoyo y protección psicológica a sus integrantes.

Por último, es necesario tener presentes algunos principios orientadores. En situaciones de desastre aumenta la frecuencia de trastornos psiquiátricos, pero también de manifestaciones emocionales que pueden considerarse como normales ante situaciones anormales. Sin embargo, siempre existe un grupo de personas que necesita apoyo específico y tratamiento especializado, que es necesario identificar tempranamente. Las atenciones de salud mental debieran estar insertas en la red de atención primaria, con un enfoque amplio y no centrado exclusivamente en el trauma. La principal prioridad en salud mental es reintegrar a su vida normal a las personas.

Como hemos visto las grandes catástrofes siempre tienen un impacto en la salud mental de la comunidad a mediano y a largo plazo, por lo que debe preverse un trabajo de recuperación después de la fase crítica. Existen modalidades de intervenciones sociales y psicológicas que han sido consensuados por la experiencia y que cuentan con el acuerdo de expertos. Un plan de acción de salud mental en situaciones de desastre debiera fundamentarse en esos principios pragmáticos, flexibles y de amplia aceptación.

Como les afecta a los niños

Un terremoto afecta a adultos y niños por igual. Es muy importante explicarles lo ocurrido con palabras que los niños puedan entender, sin eludir los aspectos de los terremotos que provocan miedo.

Entre los factores que influyen la respuesta de los niños ante los desastres está la forma como perciben y comprenden las conductas de sus padres. La forma natural del aprendizaje es la observación y la imitación y ellos como todos, aprenden mirando la reacción de sus padres y escuchando lo que se dice. La mayor parte del tiempo, los niños detectan las aprensiones o preocupaciones de sus padres, pero son especialmente sensibles a ellas, durante las crisis. Los

padres deben extremar sus habilidades para enfrentar el suceso, evitando descontrolarse, dando indicaciones firmes pero tranquilas acerca de lo que los miembros de la familia deben hacer, sin gritar ni llorar. Deben cuidar las palabras que usan durante o posteriormente al sismo.

Después del sismo, se requiere crear un ambiente positivo y de apoyo, en el que los niños se atrevan a plantear sus preguntas, sin forzarlos a hablar si no quieren. Es necesario entregarles respuestas e informaciones reales, ya que ellos detectan si sus parientes tergiversan la realidad y eso les hace perder confianza. Los grandes terremotos mantienen réplicas por muchos días, es recomendable entregarles una explicación científica sencilla de la causa de los sismos, acompañada de frases tranquilizadoras respecto a su probable magnitud y a la forma de protegerse de posibles daños.

Los padres deben prepararse para tener que repetir las explicaciones muchas veces, ya que algunas informaciones son difíciles de aceptar. Los niños necesitan sentir que los padres validan sus miedos y que sus preguntas e inquietudes son escuchadas. Ellos tienden a personalizar sus miedos en otros, preocupándose excesivamente de sus padres, de su familia, o de parientes que viven lejos, etc. Es indispensable tener una actitud tranquilizadora, y hacerlos sentirse seguros tanto en su casa como en el colegio, pero no se deben hacerse promesas irreales, como prometer que no volverá a temblar.

Por otra parte, resulta conveniente ayudarlos a que encuentren vías de expresión de lo que sienten. Pueden no querer hablar, pero se los puede estimular a dibujar o escribir sus experiencias, o a través de juegos desahogar sus miedos.

Es recomendable que los niños pequeños no vean las noticias, y que los niños en edad de comprender los contenidos, las vean por un tiempo acotado y acompañados de sus padres, quienes deben comentar con ellos los aspectos generales y contextuales de lo que muestran los medios de comunicación. La repetición de escenas desgarradoras puede perturbarlos y confundirlos.

Es relevante que los niños participen en labores de solidaridad hacia las personas afectadas, de acuerdo a su edad y nivel de desarrollo, exaltando la capacidad de ayudar y el grado de organización que muestra la comunidad. Es la oportunidad para que se enteren que frente a grandes problemas, muchas personas deben ayudar y ellos también.

Los niños que han experimentado traumas o pérdidas anteriores son más vulnerables para experimentar reacciones más intensas y prolongadas ante noticias o imágenes de desastres naturales. Estos niños pueden necesitar apoyo y atención especial.

Muchos niños canalizan su angustia mediante síntomas físicos, como cefaleas o dolor abdominal. El aumento de estos síntomas físicos, sin causa médica aparente, puede ser un signo de que ese niño se siente angustiado o agobiado. La mantención de síntomas físicos, las alteraciones persistente del sueño, pensamientos o preocupaciones intrusivas, un miedo recurrente de morir, angustia al separarse de los padres o

al ir al colegio, son indicadores suficientes de la necesidad de consultar a un profesional de salud mental.

Referencias bibliográficas

- [1] Silove D, Steel Z. *Understanding community psychosocial needs after disasters: implications for mental health services*. J Postgrad Med 2006; 52 (2): 121-5.
- [2] Somasundaram D J, van de Put W A. *Management of trauma in special populations after a disaster*. J Clin Psychiatry 2006; 67 Suppl 2: 64-73
- [3] Davidson J R, McFarlane A C. *The extent and impact of mental health problems after disaster*. J Clin Psychiatry 2006; 67 Suppl 2: 9-14.
- [4] Fassler D. Médico psiquiatra de niños y adolescentes de la Universidad de Vermont. *Talking to children about earthquakes and natural disasters*. Academia Americana de psiquiatría de Niños y Adolescentes
<http://www.aacap.org>
- [5] Academia Americana de psiquiatría de Niños y Adolescentes
<http://www.aacap.org/cs/DisasterTrauma.ResourceCenter>
- [6] PAHO. (2006) *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*
<http://www.paho.org/desastres>
- [7] Colegio de Psicólogos de Chile A.G. *Recomendaciones para la recuperación emocional a la población en general*
- [8] Colegio de Psicólogos de Chile A.G. *Las niñas y los desastres guía de autoayuda para familiares*
- [9] Chile crece Contigo. *Recomendaciones generales después del terremoto para padres, madres y cuidadores de niños(as)*