

Vulnerabilidad psicosocial asociada al hecho catastrófico

Elena ALCINA ROMERO
Licenciada en Psicología

Resumen

En el presente trabajo se exponen las características más importantes referentes a las situaciones catastróficas. Estas situaciones se pueden clasificar en tres grandes grupos, las causadas por *eventos naturales* (inundaciones, terremotos, etc), las producidas como *consecuencia de accidentes tecnológicos* (explosiones de calderas, accidentes nucleares, etc) y por último las *provocadas directamente por el hombre* (actos terroristas, conflictos armados, etc). Entre los grupos más vulnerables en estas situaciones, nos encontramos: las mujeres; los desplazados, refugiados e inmigrantes; la población infantil y juvenil; el grupo de adultos mayores; los sujetos vulnerables por padecer de trastornos psíquicos o físicos previos; y por último los sujetos que realizan labores de emergencia. En cuanto a las manifestaciones psicosociales se abordan las reacciones no patológicas, los trastornos psíquicos más frecuentes y los problemas psicosociales en la población infantil y juvenil por grupos de edades. Por último, se hace referencia a la características básicas de la intervención y al enfoque más adecuado para llevarla a cabo, el de la salud mental comunitaria.

Palabras clave: situación catastrófica o desastre, vulnerabilidad psicosocial, manifestaciones psicosociales.

Abstract

In the present work there are exposed the most important characteristics relating to the catastrophic situations. These situations can be classified in three big groups, those caused by natural events (floods, earthquakes, etc), those taken place as consequence of technological accidents (explosion of boilers, nuclear accidents, etc) and finally the provoked ones directly for the man (terrorist acts, armed conflicts, etc). Among the most vulnerable groups in these situation, we can find: women; displaced, refugees and immigrants; infantile and juvenile population; the group of elderly; the vulnerable subjects who suffer from previous psychic or physical dysfunction and lastly the subjects that carry out emergency works. With regards to psycho-social manifestations, there are approached to non pathological

Dirección de la autora: C/Regino Martínez, 24, 2º B. 11201 Algeciras, Cádiz.

Correo electrónico: elenalcina@yahoo.es

Recibido: octubre 2003. *Aceptado:* diciembre 2003

reactions, the most frequent psychic dysfunctions and the psycho-social problems in the infantile and juvenile population by group of ages. Lastly reference is made to the basic characteristics of intervention and the most appropriate approach to carry it out, being the mental health community.

Key words: catastrophic situation or disaster, psycho-social vulnerability, psycho-social manifestations.

Los desastres suponen una situación de crisis generada por un evento vital externo que sobrepasa la capacidad emocional de respuesta del ser humano, de modo que sus recursos y mecanismos de afrontamiento no son suficientes para hacer frente a las demandas a las que se ve expuesto, produciéndose un desequilibrio e inadaptación psicológica que probablemente necesitará de una intervención profesional, aunque no siempre será así, ya que aquí el apoyo familiar y social juegan papel muy importante (Guardia, Jarne, de Jesús y Gutiérrez 1998).

El desastre o situación catastrófica implica dos conceptos básicos: (a) un daño brusco o súbito, con muertes y/o alteraciones físicas, mentales o sociales en una población, que puede ser de variada magnitud, y (b) que requiere ayuda especial y externa al lugar y la comunidad afectada.

Tradicionalmente se prestaba mayor atención a los efectos que estas situaciones catastróficas producen sobre lo físico y sobre lo social, pero afortunadamente en los últimos tiempos se está empezando reconocer su componente psicosocial, en referencia a sus consecuencias psíquicas: daño psicológico y otra serie de procesos tan importantes como la aflicción, el duelo, y las reacciones de pérdida del autocontrol de las conductas (como son las reacciones violentas o el consumo abusivo de sustancias adictivas).

Podemos clasificar estas situaciones catastróficas o desastres en tres gran-

des grupos según el agente causal (Organización Panamericana de la Salud, 2002). El primero se refiere a aquellos desastres producidos por un *evento natural*, como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, huracanes, sequías, etc. El otro gran grupo lo forman aquellos producidos como *consecuencia de accidentes tecnológicos* como la explosión de una industria o el tan cercano accidente marítimo del Prestige en las costas gallegas y por último, a aquellos *provocados directamente por el hombre* como son los conflictos armados, ataques terroristas, etc.

Con respecto a la génesis de los desastres naturales, hemos de reconocer que en muchas ocasiones, guardan una estrecha relación con factores de tipo económico, político, social y ambiental. Sirva de ejemplo el aumento de inundaciones en Bangladesh consecuencia en parte de las deforestaciones en Nepal (Desjarlais y cols, 1997). Fenómenos naturales como las sequías, que pueden llegar a causar hambrunas, también están condicionadas por dichos factores (De Waal, 1991).

En cuanto a los accidentes o desastres tecnológicos son aquellos que ocurren en sectores productivos especialmente peligrosos, como incendios en tanques de combustible, fugas de productos químicos, explosiones de calderas, intoxicación de personas o accidentes nucleares. La frecuencia de estos accidentes ha aumentado en los últimos veinte años como resultado de la

proliferación mundial de procesos industriales, desarrollo tecnológico, nuevas fuentes de energía, productos combustibles y la escasa legislación que ponga límites a las actividades peligrosas, debido a la presión de las grandes compañías transnacionales sobre los gobiernos y el traslado de las industrias más peligrosas a países empobrecidos donde los gobiernos son más favorables a sus intereses y la opinión pública está más silenciada. Las consecuencias de estos desastres son muy variadas: pérdidas de vidas humanas, grave impacto ambiental, daño a la salud, perjuicios económicos, efectos psicológicos en la población, etc.

Respecto a los desastres provocados por el hombre debemos señalar cómo en los últimos años los conflictos armados han visto aumentado su número al tiempo que los “daños colaterales” (pérdida de vidas humanas en la población civil) cada vez son más numerosos. Sin duda la guerra es el tipo de catástrofe causada por el hombre que produce mayor devastación y repulsión social.

La salud mental de las personas expuestas a situaciones como las que venimos señalando, sufre un gran impacto como resultado del miedo, las heridas y mutilaciones, la muerte de seres queridos, sin dejar de hacer mención a las enormes pérdidas económicas y daños a la propia salud como consecuencia directa de la forzosa emigración y convivencia en los maltrechos campos de refugiados. Es indudable que en estas circunstancias la población está sometida a un gran estrés, lo que supone un incremento de reacciones emocionales intensas. Además, la violencia generada hace que está forme parte de la sociedad como un hábito de conducta que puede llevar a que sus efectos se perpetúen y perduren en varias generaciones (Agerback, 1991).

Tanto los efectos de los desastres naturales como los de los provocados por los conflictos armados son mucho más marcados en las poblaciones empobrecidas (Agerback, 1991), ya que no disponen de los recursos necesarios para afrontarlos, tienen un acceso limitado a los servicios sociales y de salud y viven en condiciones precarias.

Un último tipo de desastre humano que merece la pena ser destacado es el terrorismo. Los actos terroristas crean un clima emocional de incertidumbre y riesgo en la población que acaba viéndose como una posible víctima, aumentando en ella el sentimiento de vulnerabilidad. Un buen ejemplo lo tenemos en la población estadounidense que ve el problema más real y cercano después de los ataques terroristas del 11-S, experimentando sentimientos de inseguridad, desconfianza, vigilancia obsesiva de cualquier acto sospechoso, miedo, etc. Y ello sin tener en cuenta que las consecuencias de los actos terroristas pueden ir más allá de sus efectos inmediatos, pudiendo incluso exacerbar enfrentamientos étnicos, religiosos, políticos y nacionalistas.

Grupos vulnerables

Dentro de la población afectada por las situaciones catastróficas o desastres encontramos determinados grupos cuya vulnerabilidad psicosocial supera a la de los demás. Nos vamos a referir específicamente a ellos.

Las mujeres

Las mujeres tienen una mayor vulnerabilidad psicosocial. Son más proclives al daño, a las pérdidas y al sufrimiento, sin olvidar que, además, en un gran número de casos tienen vetado el acceso a los recursos

materiales y sociales, agravándose aún mas su situación en casos de desastres naturales o provocados por el hombre.

En la mayoría de los casos son las mujeres quienes asumen la responsabilidad de cumplir con determinadas obligaciones que surgen con la situación de desastre, como son la preservación de la vida, la subsistencia y la protección de la familia. En muchos de estos sucesos son ellas la cabeza del núcleo familiar teniéndose que enfrentar completamente solas a los diversos problemas a los que se ven expuestas. Las situaciones catastróficas conllevan encontrar soluciones a múltiples problemas como puede ser el de superar las distintas dificultades económicas, y para responder a ellas, hay mujeres que se dedican al cultivo de la tierra o a la crianza de animales como obligación añadida a sus tareas domésticas habituales, lo que les supone un gran gasto de energía tanto física como psicológica.

Por otra parte, es habitual que sean las mujeres (junto a los niños) quienes más sufran las reacciones de violencia y rabia que pueden aparecer o verse aumentadas en las personas después de un desastre como consecuencia de las pérdidas y del sufrimiento que se genera.

En tiempos de guerra y violencia las personas intentan escapar de la devastación, del hambre y de los limitados recursos de los que se dispone en el lugar en esos momentos (Riad, Norris y Ruback, 1999). La vida de los desplazados, refugiados e inmigrantes cambia de forma drástica, no sólo por las pérdidas a las que tienen que hacer frente sino también por el hecho de romper con sus vidas cotidianas y costumbres. Pierden su sentido de independencia, se sienten indefensos y se produce aflicción psicológica. Por otra parte, las víctimas se ven agredidas en sus senti-

mientos de identidad, arraigo y de pertenencia y preservación de su cultura, que en estas situaciones se ven amenazados.

Los menores

Como ya hemos comentado los desastres son desconcertantes para todas las personas que se ven afectadas por ellos, pero, sin duda alguna, la población infantil y juvenil es la que sufre un mayor riesgo de trauma (Flynn y Nelson, 1998). Por una parte, su visión del mundo como algo predecible y seguro cambia de forma dramática. Por otra, el miedo y la ansiedad aparece en los niños como consecuencia del temor a la repetición del acontecimiento desastroso o el miedo a que a sus padres o familiares puedan resultar heridos o mueran.

Pero no sólo debemos pensar en los niños como víctimas pasivas de los conflictos armados, sino también en su papel de víctimas activas (Boyden, 1994); nos referimos a la utilización del niño/a como soldado que se hace en diversos países, tal y como sucede en Palestina e Israel, Liberia, Costa de Marfil, Colombia, entre muchos otros lugares. Estos niños se ven obligados a soportar entrenamientos durante días, largas marchas, a usar armas pesadas, etc., es decir, sufren la explotación laboral (Cohn y Goodwing-Gill, 1994). Los *niños soldados* también sufren malos tratos, violencia y esclavitud sexual. Especialmente traumático es el caso de las niñas, que además de ejercer como soldados se ven obligadas a hacer de compañeras sexuales de varios combatientes (la mayoría de éstas, sufren enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y abortos) (Sapir, 1993). Y sobre todo se ven expuestos a la violencia psicológica que sobre ellos se realiza para que ma-

ten a personas que, en ocasiones, son sus vecinos, compañeros de juego e incluso los miembros de su familia más cercana; de ahí las grandes dificultades para la rehabilitación emocional y psicosocial de los que logran escapar del frente de guerra.

Pero sin llegar a casos tan extremos, en cualquier desastre, especialmente en el caso de los conflictos armados, los derechos de los niños como son la salud, la educación, nutrición, etc se ven especialmente violados. El resultado de todo esto no es otro que la afectación del desarrollo del niño en todos los aspectos: físico, psíquico y social (Shields y Brian, 2002).

Los mayores

Otro de los grupos de población más importantes a tener en cuenta en casos de desastres son los adultos mayores. Una gran parte de ellos presentan problemas de salud o discapacidades físicas y/o psíquicas debidas a la edad. Por otra parte, los ancianos han sufrido pérdidas previas de personas significativas, y ello les supone un factor de riesgo añadido (Cohen, 2000). Por otra parte, también es importante tener en cuenta que estas personas son una fuente de experiencia y sabiduría y que a lo largo del tiempo han padecido distintas situaciones críticas. Poseen múltiples conocimientos, muy útiles en este tipo de situaciones, como pueden ser algunos métodos tradicionales de curación. Sin embargo cada vez más este importante grupo poblacional queda excluido, aislado y carece de redes de apoyo. Son tomados como seres pasivos y no productivos, creyendo que son una carga para la propia familia cuando en realidad son de gran ayuda. Todo esto hace que las manifestaciones psicosociales que presentan sean más complejas y difíciles que las de otros grupos poblacionales. En

situaciones de desastres y conflictos todas estas circunstancias se hacen más graves.

Los discapacitados y los enfermos

Otro de los grupos que presentan mayor vulnerabilidad en estas situaciones es aquel formado por aquellos sujetos que padecen de trastornos psíquicos o físicos previos. En este grupo incluimos a personas que sufren trastornos psicopatológicos, alcoholismo y otras adicciones, discapacitados y/o portadores de enfermedades crónicas, enfermos de SIDA (Cohen, 2000), etc. En situaciones de conflicto o catástrofe estas personas pueden sufrir recaídas debido a la pérdida de los sistemas de apoyo o a la incapacidad para obtener sus medicamentos diarios en una situación donde los medios y condiciones sanitarias dejan mucho que desear.

Los equipos de ayuda

Por último es necesario prestar atención a los miembros de equipos institucionales de respuesta a las situaciones de conflicto y/o desastres, como bomberos, socorristas, grupos especializados en rescate, personal sanitario y aquellos que han desarrollado labores humanitarias o han trabajado directamente en la situación de la catástrofe. No existe ningún tipo de entrenamiento o preparación previa que elimine por completo la posibilidad de que estos grupos de personas que trabajan con víctimas primarias sean afectadas por estrés postraumático (Everly, 1999). Es también probable que al terminar las labores de emergencia experimenten dificultades para regresar a la cotidianidad de sus vidas. También los grupos de voluntarios en situaciones de desastres sufren trastornos psicológicos como consecuencia del impacto afectivo (Duch, Fortuño y Lacambra, 1997).

Manifestaciones psicossociales

Reacciones no patológicas ante situaciones catastróficas en personas adultas

Cada persona es distinta y le da un significado diferente a las experiencias por las que ha pasado. Por lo tanto, ante un mismo acontecimiento traumático distintas personas responderán de diferentes formas e incluso el abanico de respuestas que una misma persona puede ofrecer ante dicho acontecimiento es variable dependiendo del momento.

Los eventos traumáticos producen un mayor nivel de tensión y angustia, pero se ha demostrado que sólo una parte de la población sufrirá algún tipo de psicopatología. La gran mayoría sólo experimenta las reacciones esperadas ante un suceso vital de este tipo.

En general las personas que se ven expuestas a estas situaciones experimentan sen-

timientos, ideas y sensaciones corporales como miedo angustia, pena, aflicción, tristeza, desesperanza, etc., aunque es comúnmente admitido que hay patrones de respuesta en función del sexo, es decir, hombres y mujeres reaccionan de distinta forma debido a los patrones sociales y culturales en los que viven. Los hombres suelen reprimir sus emociones y sentimientos de dolor y angustia. Las mujeres buscan apoyo y comprensión no sólo para ellas sino también para sus hijos. A ellas les resulta más fácil hablar y comunicarse que a los hombres; ellos, piensan que hablar de sus emociones es un indicio de debilidad. Las manifestaciones psicossociales más comunes en las personas adultas son las que se reflejan en la tabla 1.

Las manifestaciones descritas pueden ser una respuesta comprensible ante el evento traumático acontecido, pero también pueden ser indicadores de que se está pasando hacia una condición patológica. Por ello necesitamos de algunos criterios que nos pue-

Tabla 1. Manifestaciones psicossociales habituales de las personas adultas ante situaciones catastróficas (Belloch, Sandín y Ramos, 1998).

1. Nerviosismo o ansiedad.	18. Enojo y/o irritabilidad.
2. Tristeza y/o llanto.	19. Inseguridad.
3. Culpabilidad por haber sobrevivido.	20. Necesidad de estar sólo.
4. Ideas de suicidio.	21. Crisis de miedo o pánico.
5. Fatiga.	22. Disminución en la resistencia física.
6. Problemas para dormir o descansar.	23. Dificultades para retornar al nivel normal de actividad.
7. Confusión para pensar y/o problemas de concentración.	24. Sentirse aislado o abandonado.
8. Problemas de memoria.	25. Sentirse frío emocionalmente.
9. Disminución de la higiene personal .	26. Sentirse abrumado.
10. Cambios en los hábitos alimenticios.	27. Intensa preocupación por otros.
11. Pérdida de confianza en uno mismo.	28. Náuseas.
12. Culpar a los demás.	29. Dolores de pecho a cabeza.
13. Frustración .	30. Temblores musculares.
14. Desorientación en tiempo o lugar.	31. Dificultad para respirar.
15. Sentimiento de impotencia.	32. Palpitaciones o taquicardia.
16. Uso excesivo de alcohol y/o drogas .	33. Aumento de la presión sanguínea.
17. Problemas en el trabajo y/o la familia.	34. Recuerdos muy vivos del evento.

dan servir para diferenciar cuando una determinada expresión emocional puede considerarse normal o se está convirtiendo en sintomática de una patología. Son los siguientes: a) prolongación en el tiempo, b) sufrimiento intenso, c) complicaciones asociadas y d) afectación del funcionamiento social y cotidiano de la persona.

Trastornos psíquicos más frecuentes

A) Trastornos depresivos y/o de ansiedad

Los pacientes presentan una gran variedad de síntomas que se pueden incluir en cinco grandes grupos: síntomas anímicos, motivacionales y conductuales, cognitivos, interpersonales y síntomas físicos.

Algunas de las expresiones más frecuentes en caso de desastres son: estado de ánimo bajo o triste, pérdida de interés, ansiedad, temblores, trastornos del sueño, trastornos del apetito, etc. (APA, 2002).

B) Trastornos por estrés agudo

Cuadro de carácter agudo que aparece como consecuencia de la exposición al evento traumático. Se clasifica en ligero, moderado o grave en función de la intensidad y presencia de síntomas. Los síntomas aparecen en el plazo de una hora después del acontecimiento traumático y deben des-

aparecer o aliviarse en las siguientes 48 horas. Entre sus manifestaciones más importantes nos encontramos con ansiedad generalizada que incluye tensión, angustia, dificultad para la concentración, intranquilidad y algunos síntomas físicos; desesperanza y frustración, tristeza; irritabilidad; etc. (Belloch, Sandín y Ramos, 1998).

C) Conducta o ideación suicida

La conducta suicida, como consecuencia de situaciones de desastres no resulta tan frecuente; sin embargo, se observa un incremento de la ideación suicida, en relación con los sentimientos de culpa del superviviente. La evaluación del riesgo suicida es bastante compleja por eso es importante prestar atención a los factores o condiciones que lo pueden incrementar y que aparecen en la tabla 2 .

D) Trastornos disociativos o de conversión

En este tipo de trastornos existe una relación temporal entre el acontecimiento vital estresante, relacionado con conflictos subyacentes y necesidades emocionales, y el inicio o exacerbación de los síntomas. Algunas de sus características más importantes son su presencia súbita que suele estar relacionada con la situación y cir-

Tabla 2. Factores o condiciones que incrementan el riesgo de conducta suicida.

- | | |
|----|--|
| 1. | Ideación suicida intensa y persistente. |
| 2. | Intentos suicidas previos. |
| 3. | Existencia previa de trastornos psíquicos, en especial de presión intensa y persistente. |
| 4. | Alto grado de exposición al evento traumático o haber sufrido pérdidas de gran magnitud. |
| 5. | Plan suicida desarrollado y disponibilidad de medios de ejecutarlo. |
| 6. | La falta de apoyo social y familiar. |
| 7. | El consumo de alcohol u otras sustancias que limitan la capacidad de autocontrol. |
| 8. | Dificultades económicas. |
| 9. | Padecer enfermedades crónicas e invalidantes. |

cunstancias vividas, síntomas físicos poco frecuentes que no tienen causa biológica aparente que suelen ser dramáticos, aparentemente inusuales y variables que normalmente desaparecen rápido y sin dejar secuelas (OMS, 1998).

E) Trastorno psicótico agudo

En las situaciones de emergencia no se ha demostrado que exista un aumento en la incidencia de psicosis, aunque como consecuencia de experiencias traumáticas intensas pueden presentarse ocasionalmente cuadros agudos de corta evolución o descompensaciones de enfermos preexistentes. También debe descartarse una causa orgánica, pues en estas circunstancias la persona puede haber recibido un trauma o padecer una enfermedad infecciosa o tóxica. Las psicosis de larga evolución como la esquizofrenia sólo aparece como descompensaciones en sujetos que ya estaban enfermos con anterioridad. Algunas de sus manifestaciones clínicas son alucinaciones, ideas delirantes, actividad excesiva y/o comportamiento extravagante, confusión, temor y/o desconfianza, retraimiento, lenguaje desorganizado o anormal, respuestas emocionales exageradas e inestabilidad emocional (APA, 2002).

F) Los estados de pánico

Los estados colectivos de pánico, al contrario de cómo se pensaba anteriormente, son un fenómeno poco frecuente y sólo se observa en circunstancias muy específicas como por ejemplo, en un ataque terrorista (Boscardino, Galea, Ahern, Resnick y Vlahov, 2003). En estos casos el pánico se caracteriza por un alto nivel de tensión y angustia que se torna intensa, anormal e incontrolable. La conducta de las personas se desorganiza y se hace muy desadaptativa.

Lo habitual es que las personas manifiesten ansiedad, temor, intranquilidad o inseguridad sin que el cuadro llegue a constituirse en un estado de pánico.

Desde el punto de vista individual, el trastorno de pánico se describe como un episodio que se inicia bruscamente, alcanzando su máxima intensidad en segundos y tiene una duración de minutos. En cuanto a su sintomatología nos encontramos con dos grandes grupos. Por una parte, síntomas somáticos y autonómicos, entre los que tenemos palpitaciones, escalofríos, temblores, sequedad de boca, etc. Por otra, síntomas generales y psíquicos, como angustia, sensación de pérdida de control, miedo a morir, mareos y/o desmayos, sensación de irrealidad, etc (Belloch, Sandín y Ramos, 1998).

G) Trastorno por estrés traumático

Es un trastorno que aparece en el período de 6 meses o más, posterior a sufrir un evento traumático. Para aplicar el diagnóstico se exige una duración mínima de 4 semanas de los siguientes síntomas que aparecen en la tabla 3.

Problemas psicosociales en la población infantil y juvenil

Después de un desastre, los menores serán más vulnerables debido a sus limitaciones para comunicar lo que sienten y comprender lo que les ha sucedido. Según distintas investigaciones el principal problema de la guerra no es la expresión excesiva de sentimientos, sino más bien la ausencia de toda emoción. La mayoría de niños no hablan sobre lo que les ha pasado, creyendo con ello los adultos que han olvidado lo sucedido, cuando en realidad, el niño recordará y contará lo sucedido una

Tabla 3. Sintomatología del trastorno por estrés postraumático (APA, 2002).

1. Recuerdo continuado o re-experimentación del evento traumático: rememoraciones vívidas, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentar circunstancias parecidas.
2. Evasión de situaciones similares o relacionadas con el evento traumático: esfuerzos para evadir pensamientos, gente, lugares y cosas que le recuerden lo sucedido.
3. Síntomas persistentes de sobreexcitación psicológica: insomnio, sueños desagradables, irritabilidad, explosiones de enojo, dificultades en la concentración, nerviosismo, sobresaltos, miedos e inseguridad.
4. Otras manifestaciones como: disminución de interés en actividades que antes le atraían, aislamiento, se siente frío emocionalmente o deprimido, culpabilidad por haber sobrevivido, problemas en la escuela, con la familia o en el trabajo, abuso de alcohol o drogas e ideas de suicidio.

vez que sus sentimientos de miedo estén bajo control (Coffman, 1998).

Algunas de las causas más frecuentes de traumas son: (1) haber sido testigo de la muerte de padres o parientes cercanos de forma violenta; (2) haber estado expuesto y ser víctima de violencia; (3) haber sufrido heridas físicas, torturas y mutilaciones; (4) haber estado como damnificado, refugiado y desplazado; (5) la participación en grupos armados; (6) haber permanecido largo tiempo separado de la familia sin ninguna noticia de ellos o pensando que ya murieron; (7) haber sido raptado o secuestrado (Bonnerjea, 1994); y (8) haber sido testigo de combates y haber sufrido hambre, enfermedades y malas condiciones ambientales y de vida.

Reacciones sintomáticas por grupos de edades

A) Del nacimiento a los 7 años. Hasta alrededor de los dos años los niños no pueden describir ni lo que les pasa ni sus sentimientos, ya que aún no pueden hablar pero sí pueden recordar algunas imágenes, sonidos u olores. Cuando son más mayores estos recuerdos pueden surgir en el juego. Es posible que los bebés se irriten y lloren

con más facilidad y frecuencia. No entienden el concepto de pérdida permanente. Creen que las consecuencias se pueden repetir. El miedo más grande de la infancia es al abandono, por ello hay que asegurarles que se les cuidará y que no se les abandonará.

Algunas de las reacciones más características de este grupo de edad son: desamparo y pasividad, miedo generalizado, falta de concentración, sueños desagradables, conductas regresivas, juegos repetitivos sobre el evento traumático, etc.

B) Edad escolar (7 a 11 años). Con esta edad los niños ya entienden el concepto de pérdida permanente. Pueden hablar sobre los desastres y sus detalles continuamente. Es posible que no se puedan concentrar en sus estudios. En la edad escolar el entendimiento sobre la situación catastrófica es más completo, lo cual puede desembocar en una serie de reacciones como culpa o sentimientos de fracaso y enfado. Pueden volver a repetir comportamientos de edad más temprana y tener problemas para dormir y expresar su miedo y ansiedad en forma de quejas de dolores físicos. Entre los síntomas más importantes tenemos preocupación, sentimientos de responsabilidad y/o culpabilidad por el

evento, miedo a estar sólo, cambios inesperados de conducta, etc.

C) *Preadolescencia y adolescencia, de los 12 a los 18 años.* Con esta edad les gusta demostrar a su familia y amigos que tienen conocimientos y experiencia. Necesitan sentir que sus compañeros comparten sus ansiedades y miedos y que éstos son los apropiados. Es posible que practiquen comportamientos imprudentes y peligrosos al sentirse como “inmortales” por haber sobrevivido al desastre. Las reacciones de este grupo de edad son una mezcla del anterior y del de los adultos. También en ellos es común la vuelta a comportamientos de edades más tempranas. Muchos de estos niños experimentan sentimientos de culpa por haber sobrevivido, desinterés por la vida, sensación de vulnerabilidad, deseos y planes de venganza, etc.

Intervención

La intervención en situaciones de emergencia consiste en proporcionar asistencia para aminorar las reacciones postraumáticas de los damnificados. Es un servicio de procedimientos planificados que facilitan el proceso dinámico de los afectados para resolver crisis y adaptarse al nuevo entorno mejorando su capacidad de lidiar con la multiplicidad de problemas que se presentan en la etapa posterior a un desastre.

Consecuencias positivas de la atención psicológica

La atención psicológica es imprescindible en los afectados por un evento traumático. Además de evitar las consecuencias negativas sobre las víctimas directas que hemos citado anteriormente, otras consecuencias positivas de la atención psico-

lógica en caso de desastres y/o conflictos son las siguientes:

1. La atención primaria reduce de forma significativa los costos que tiene que asumir la Seguridad Social por el impacto traumático en el sujeto, ya que se reducen los síntomas y trastornos que suelen requerir atención psicológica posterior, y que en un alto porcentaje se cronifican.
2. Después de un desastre los sujetos suelen tener una reacción agresiva que buscan descargar contra la institución o empresa que creen responsable del suceso, lo que conlleva un deterioro de la imagen de la misma que produce un perjuicio a medio y largo plazo: reclamaciones económicas, pérdida de apoyo a los representantes políticos, etc. Una intervención adecuada consigue el efecto contrario. La entidad se transforma en protectora al ocuparse de las necesidades psicológicas de los sujetos.
3. Se hace necesario en este tipo de situaciones la organización de todas las personas que se desplazan para colaborar, con la dificultad añadida que implica la alta carga afectiva que suponen dichos eventos.
4. Como ya comentamos más arriba cuando hablábamos sobre los grupos vulnerables, los equipos de rescate sufren un gran impacto psicológico que puede hacer que su eficacia se vea disminuida. Durante la realización de sus tareas se puede colaborar con ellos con una adecuada intervención con técnicas intensivas, individuales o de grupo que aumentan de forma considerable la

- eficacia de su actuación y evita posteriores trastornos psicológicos.
5. Los desastres suponen cuantiosas pérdidas económicas no sólo para el estado, sino también para las empresas privadas que perciben como el rendimiento de sus empleados se ve mermado como consecuencia de los trastornos psicológicos. Evitar la aparición de dichos trastornos supone un ahorro de millones de euros.
 6. Las consecuencias psicológicas de las situaciones catastróficas tienen un efecto que aumenta de forma creciente, ya que no sólo perjudica a los afectados y familiares, sino a todas las personas que se relacionan con ellos.
- a) Detener el proceso agudo de descompensación psicológica, aliviando las manifestaciones sintomáticas y el sufrimiento.
 - b) Estabilizar al individuo y protegerlo de estrés adicional, reduciendo los sentimientos de anormalidad o enfermedad.
 - c) Evitar complicaciones adicionales.
 - d) Restaurar las funciones psíquicas y readaptar a la persona a las nuevas condiciones tan rápido como sea posible.
 - e) Prevenir o mitigar el impacto del estrés postraumático (Norwood, Ursano y Fullerton, 2000).
 - f) Facilitar u orientar la asistencia profesional a mediano o largo plazo, si fuera necesario.

Modalidades y objetivos de la intervención psicológica en situaciones de crisis

La intervención en situaciones de crisis tiene dos *modalidades* (Organización Paramericana de la Salud, 2002):

1. Primeros auxilios emocionales, diseñados para ayudar, de manera inmediata, a las personas a restaurar su equilibrio y adaptación psicosocial. Es ofrecida normalmente por personal no especializado que entra en contacto con las víctimas en los primeros momentos después de la catástrofe.
2. Intervención especializada o profesional para emergencias psiquiátricas.

En cuanto a los *objetivos* de la intervención en situaciones de crisis, nos encontramos con los siguientes:

Enfoque y estrategias generales de intervención

El *enfoque* más adecuado a la hora de intervenir en una situación de crisis es el de la salud mental comunitaria, cuyos principios fundamentales son:

- a) Necesidad de rescatar los recursos de salud presentes en las personas.
- b) La noción de crisis, como etapas de la vida por las que todo ser humano atraviesa.
- c) Implicaciones técnicas, sociales y políticas de la intervención en crisis.
- d) Socializar los conocimientos.
- e) La comunidad es el nivel de intervención más complejo e importante para la salud mental.
- f) Necesidad de transformar nuestras propias actitudes.
- g) Dar respuestas concretas a personas concretas en situaciones concretas.

- h) Idea de la rehabilitación vinculada a la cotidianidad.
- i) La dimensión del trabajo en equipo.

A la hora de llevar a cabo la intervención nos pueden servir de gran ayuda las siguientes *estrategias generales*:

1. La intervención debe ser temprana y eficiente: inmediatez en la atención y proximidad física.
2. Objetivos bien definidos a corto plazo, con expectativas realistas. La intervención será dirigida a reducir síntomas y estabilizar la situación psicológica de la persona.
3. Procedimientos simples y bien orientados.
4. Técnicas de múltiple impacto: movilizar todos los recursos (profesionales, sociales, familiares e individuales) disponibles.
5. Pragmatismo y flexibilidad.
6. Enfoque integral, además de la acción curativa o asistencial debe enfocarse con perfil preventivo y perspectiva social.

Al diseñar las estrategias de intervención deben tomarse en consideración los aspectos socioculturales de la población, sus valores, tradiciones y costumbres, así como otras características específicas acorde con grupos de edades, género, lugar de residencia, etc.

Uno de los problemas más importantes en relación con la intervención en desastres es que no existe una técnica específica para el abordaje psicoterapéutico de estas situaciones. También es importante mencionar la falta de investigaciones y publicaciones teóricas sobre el tema, debido en gran parte a factores de tipo político y eco-

nómico, y a la dificultad que entraña llevar a cabo estudios en lugares que han sido devastados y dónde investigadores, psicólogos y demás sujetos relacionados con la intervención e investigación corren un peligro, tanto físico como psíquico, constante.

Referencias

- Agerback, L. (1991). Breaking the cycle of violence: doing development in situations of conflict. *Development in Practice, 1* (3), 151-158.
- Aranda, J. A. (1997). Intervención psicológica inmediata con víctimas de una catástrofe natural. *Papeles del Psicólogo, 68*, 20-29.
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (2002). *DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1998). *Manual de psicopatología (Vols. 1 y 2)*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Bonnerjea, L. (1994). Disasters, family tracing and children's rights: some question about the best interests of separate children. *Disasters, 18*, 277-283.
- Boyden, J. (1994). Children's experience of conflict related emergencies: some implications for relief policy and practice. *Disasters, 18* (3), 254-267.
- Boscardino, J.A., Galea, S., Ahern, J., Resnick, H. y Vlahov, D. (2003). Psychiatric medication use among Manhattan residents following the World trade Center disaster. *Journal of traumatic Stress, 16* (3), 301-306.
- Coffman, S. (1998). Children's reactions to disaster. *Journal of Pediatric Nursing, 13* (6), 376-382.

- Cohen, R. (2000). *Salud mental para víctimas de desastres. Guía para instructores*. Editorial El Manual Moderno/OPS. Miami.
- Cohn, I. y Goodwin-Gill, G.S. (1994). *Child soldiers: The Role of Children in Armed Conflict*. Oxford: Oxford University Press.
- De Waal, A. (1991). Famine and human rights. *Development in practice*, 1 (2), 77-83.
- Desjarlais, R y cols. (1997). *Salud Mental en el Mundo*. Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud.
- Duchl, M.L., Fortuño, C. y Lacambra, V. (1997). Apoyo psicológico: formación e intervención con el voluntariado en desastres. *Papeles del Psicólogo*, 68, 30-33.
- Everly, G. (1995). *Innovation disaster and Trauma Psychology*. Ellicot City: Chevron Publishing Corporation.
- Everly, G. (1995). *Innovation in Disaster and trauma Psychology*. Chevron.
- Flynn, B.W. y Nelson, M.E. (1998). Understanding the needs of the children following large-scale disasters and the role of government. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7 (1), 211-227.
- Guardia, J., Jarne, A., de Jesús, J. y Gutiérrez, F.J. (1998). Desastres tecnológicos: estilo atribucional y estrés postraumático. *Anuario de Psicología*, 29 (3), 45-58
- Noji, E.K. (2000). The public health consequences of disasters. *Prehospital and Disaster Medicine*, 15 (4), 147-157.
- Norwood, A.E., Ursano, R.J. y Fullerton, C.S. (2000). Disaster psychiatry: principles and practice. *The Psychiatric Quarterly*, 71 (3), 207-226.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Meditor: Madrid.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington, D.C.: OPS.
- Riad, J.K., Norris, F.H. y Ruback, R.B. (1999). Predicting Evacuation in Two Major Disasters: Risk perception, Social Influence, and Acces to Resource. *Journal of Applied Social Psychology*, 29 (5), 918-934.
- Sapir, DG. (1993). Natural and man-made disasters: the vulnerability of women headed households and children without families. *World Health Statistics Quarterly*, 46 (4), 227-233.
- Shields, L. y Bryan, B. (2002). The effect of war on the children of Europe after World War II. *International Nursing Review*, 49, 87-98.