

Un terremoto es un desastre natural que no solo causa pérdida de vidas humanas y animales, enfermedades y daños a la infraestructura y la economía, también produce efectos duraderos en la Salud Mental de la población afectada. Siempre se presentan casos de trastornos psicológicos tales como el Trastorno de Estrés Post-Traumático, la depresión, el trastorno cognitivo, trastornos de personalidad, etcétera, especialmente en individuos con condiciones pre-existentes de este tipo (Wang & Liu, 2012).

Riesgos Psicológicos ante las Emergencias Mayores

Las emergencias mayores producen impactos de tres tipos. Esta el impacto psicológico de la amenaza inmediata a la vida y al bienestar que enfrenta la fase aguda de la emergencia, así como los efectos a largo plazo causados por la pérdida y las privaciones o los efectos de la amenaza persistente.

En segundo lugar, mientras, por definición, las emergencias mayores impactan directamente a las personas, estas también sufren un gran impacto en lo social, lo económico y en la infraestructura de sus localidades que los puede llevar a una privación continua y al sufrimiento psicológico. En un reporte elaborado por investigadores para el Banco Mundial (Baingana et al, 2005) se estableció que la salud mental no se restablece cuando se atienden y satisfacen necesidades inmediatas como la alimentación, el refugio y la reconstrucción. Estos investigadores recomiendan la intervención psicológica como un paso esencial para lograr una recuperación económica completa, reconociendo que la recuperación económica a su vez afecta a la salud mental y al bienestar de la población. El Banco Mundial estima que un programa psicológico costaría alrededor de \$8 dólares por persona, pero mejoraría la economía en unos \$40 dólares al regresar a las personas a su actividad productiva.

En tercer lugar, las víctimas de la emergencia pueden convertirse en indigentes que han perdido su hogar y aún así seguir viviendo en su localización original o cambiarse a localidades vecinas donde vivan sus familiares o amigos, convirtiéndose en personas internamente desplazadas. Ser una persona desplazada hace que el individuo corte sus lazos con su comunidad, con su educación y otros servicios que de otra manera podrían ayudarle a su recuperación individual y colectiva. Este proceso de desplazamiento es en sí mismo psicológicamente peligroso (Holtzman & Nezam, 2004; Porter & Haslam, 2005). Y es probable que lleve a la pobreza y a más sufrimiento psicológico en un proceso retroactivo amplificado.

También debemos reconocer, que no todo desastre conlleva costos psicológicos o psico-sociales para todas las personas y que existe evidencia sobre el fenómeno del crecimiento post-traumático, con lo que nos referimos a que puede darse un bienestar de largo plazo después de una emergencia (Williams, Carr & Blampied, 2007).

1 – je_vargas@yahoo.com.mx

El Terremoto como un “trauma” relacionado con la Salud Mental

Un terremoto es el resultado de la liberación súbita de energía en las placas tectónicas que conforman la superficie del planeta, generalmente se trata de rupturas en estas placas que colisionan, pero también pueden ser efecto de otros eventos tales como la actividad volcánica o las pruebas nucleares. Para las personas que vivimos en la tierra, un terremoto es un trauma. La palabra “trauma” tiene tanto un significado médico como una definición psiquiátrica. Médicamente un “trauma” se refiere a una lesión corporal, una herida, una fractura ósea o un shock. En psiquiatría, por el otro lado, se asume que “trauma” se refiere a una experiencia que resulta emocionalmente dolorosa, molesta o impactante, la que generalmente produce efectos físicos y mentales duraderos.

Aunque los terremotos son de los desastres naturales devastadores más comunes, poca atención se le ha prestado a sus consecuencias mentales y a sus factores de riesgo asociados. Existen muy pocos estudios metodológicamente bien planeados con los sobrevivientes de un evento de estos. Por ejemplo, algunos investigadores chinos (Wang & Liu, 2012) han explorado los efectos a largo plazo del terremoto de Tangshan sobre la salud psicosomática de personas parapléjicas (que están en silla de ruedas), en ese estudio con 65 personas en esta condición se encontró que 6 de ellos (9.38%) fueron diagnosticados con Estrés Post-Traumático, mientras que no hubo ninguno en un grupo control de gente que no vivió el sismo; además se vio que los parapléjicos con este padecimiento tenían un sufrimiento mayor que otros ciudadanos (no parapléjicos) que vivieron el temblor. La severidad de estos problemas, además, les duró incluso luego de 25 años.

De manera semejante, en otro estudio con los familiares de personas que murieron en el terremoto de Tangshan se pudo observar que la hipertensión arterial y la enfermedad isquémica del cerebro fueron más comunes en comparación con otra población de personas que no vivieron el temblor o que no tuvieron pérdidas de vidas en sus familiares.

Terremoto y Depresión

La depresión y el trastorno de estrés post traumático pueden aparecer semanas o meses después de un terremoto. Los temblores provocan en la gente preocupación, aunque no hayan sido directamente afectados. También disparan tanto un deseo por ayudar como un sentimiento de incapacidad y desesperanza. Este nudo de emociones, incapacidad, desesperanza y la sensación de impotencia resultan ser síntomas clásicos de depresión. Los investigadores chinos, luego del terremoto en Tangshan, que dejó 240,000 muertos y otros miles de heridos, encontraron que había síntomas de depresión en jóvenes adultos que fueron expuestos al terremoto prenatalmente, es decir, que sus madres vivieron el temblor cuando estaban embarazadas. La literatura científica sugiere que la exposición a un estrés prenatal puede alterar el desarrollo del eje hipotálamo-pituitario-adrenal provocando efectos negativos de largo plazo en el producto (Mulder et al, 2002). La investigación en animales y humanos ha demostrado que el efecto es mayor en los varones que en las mujeres y que la probabilidad es mayor cuando las madres están en el segundo trimestre de su embarazo al momento del evento traumático (Xueyi et al, 2006). Este dato nos indica que los efectos emocionales provocados por el terremoto en las madres gestantes (como población en riesgo) son de largo plazo y permite predecir las necesidades de apoyo que surgirán con el tiempo, posibilitando que los servicios de salud mental estén preparados y puedan hacer un seguimiento apropiado de estos casos.

Terremoto y Personalidad Esquizoide

En el trastorno de personalidad esquizoide, la gente exhibe comportamientos peculiares, responde de manera inapropiada a las señales sociales y sostiene creencias peculiares. Este trastorno ocurre en un 3% de la población general y se observa comúnmente un poco más en hombres que en mujeres. Estas personas generalmente son solitarias. Se sienten extremadamente ansiosas en situaciones sociales, aunque es probable que culpen a los demás por ello. Se ven a sí mismos como 'aliens' o fuera de lugar y ésta marginación les causa sufrimiento conforme evitan las relaciones y el mundo exterior. Pueden vestirse de manera peculiar y tienen formas extrañas de ver el mundo. Frecuentemente creen en ideas inusuales. A veces, creen que pueden influir en los demás de manera misteriosa. En la adolescencia presentan signos de su personalidad esquizoide interesándose en actividades solitarias y mostrando altos niveles de ansiedad social. De niños por ser raros suelen ser víctimas de 'bullying' o rechazo.

La literatura especializada consigna que el haber experimentado un trauma aumenta la probabilidad del trastorno de personalidad esquizoide e investigaciones previas muestran que los fetos expuestos a la experiencia de un terremoto en su sexto mes de gestación tienen un gran riesgo para que de adultos cursen con este trastorno (Xueyi, et al, 2006).

Terremoto y Trastornos de la función Cognitiva

También el trauma emocional se ha visualizado como una forma significativa de comprometer el desarrollo cognoscitivo (Levine, 2007; Perry & Szalavitz, 2006). Deficiencias cognitivas como un bajo nivel de solución de problemas (no pueden pensar en las cosas o darle sentido a lo que está pasando), bajos niveles de auto-estima (que es la forma en que uno piensa de sí mismo, pensamiento de ser víctima) y desesperanza (falta de orientación al futuro) son aspectos que se han vinculado claramente con eventos traumáticos incluyendo los terremotos, la pandemia de influenza, etc. (Stein & Kendell, 2004; Steele, 2007).

Aquí también existe creciente evidencia de que el trauma emocional y el haber padecido de influenza en el segundo trimestre del embarazo se asocian con deficiencias cognitivas a la edad de 18 años. Es posible que el estrés del temblor produzca una elevación de los glucocorticoides (Guixing et al, et al, 2011) y esto afecte negativamente el desarrollo del feto. Además, la vasoconstricción en la placenta que puede haber ocurrido en las madres gestantes en el momento del sismo, tuviera efectos negativos en el desarrollo del feto (Hobel, 2003).

Una investigación demostró que las víctimas de trauma tienen un volumen disminuido de memoria en el área del hipocampo (que se usa para la comprensión y el procesamiento de la información (<http://www.nimh.nih.gov>)).

Terremoto y Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT)

El trastorno de estrés post-traumático es una dolencia emocional que se clasifica como un trastorno de ansiedad que generalmente se desarrolla como resultado de una experiencia terriblemente amenazadora donde peligra la vida, como lo es un terremoto. Otros eventos traumáticos que pueden disparar esta condición incluyen un asalto violento, los desastres naturales y los causados por los humanos, los accidentes o los escenarios de guerra. Las tasas de prevalencia de este trastorno debidas a un terremoto van del 2 al 87%.

El trastorno de estrés post-traumático puede causar diversos síntomas, los que se agrupan en tres categorías:

1. Síntomas reiterativos

- Revelaciones – donde se revive el trauma una y otra vez e incluye síntomas físicos como la taquicardia (latido rápido del corazón) y la sudoración
- Pesadillas
- Pensamientos de temor

Estos síntomas reiterativos pueden causar problemas en la rutina cotidiana de una persona. Pueden iniciarse desde las emociones y los pensamientos de la persona. Palabras, objetos y situaciones que le recuerden el evento pueden también disparar que se reviva el recuerdo traumático.

2. Síntomas de evitación

- Alejarse de lugares, eventos u objetos que le recuerden la experiencia traumática
- Sentirse emocionalmente nublado (confundido)
- Sentirse culpable, deprimido o preocupado
- Perder el interés en actividades que uno solía disfrutar
- No poder recordar con precisión lo que pasó

Las cosas que pueden recordar el suceso amargo pueden disparar síntomas de evitación. Estos síntomas pueden causar que una persona cambie su rutina personal. Por ejemplo, luego de un accidente grave de un vehículo, una persona que generalmente conducía puede evitar el viajar y el conducir un auto.

3. Síntomas de sobre-activación

- Espantarse con facilidad
- Sentirse tenso “como cuerda de violín”
- Dormir con dificultad y/o tener explosiones de coraje

Los síntomas de sobre-activación generalmente son constantes, en lugar de ser disparados por cosas que recuerdan el temblor. Pueden hacer que la persona se sienta estresada o enojada. Pueden hacer difícil realizar las tareas cotidianas, como dormir, alimentarse o concentrarse en algo.

Es natural tener algunos de estos síntomas luego de un peligroso terremoto. Sin embargo, no todos los que viven una experiencia de estas desarrollan el trastorno, incluso, algunas personas con estrés post-traumático no muestran síntomas sino semanas o meses después.

TEPT debido a terremoto en niños y jóvenes

Los niños y los jóvenes pueden tener reacciones extremas ante el trauma de un terremoto, pero sus síntomas pueden no ser como los de los adultos. En niños muy pequeños, estos síntomas incluyen:

- Mojar la cama, cuando ya habían aprendido a ir al baño correctamente
- Olvidar como o no ser capaces de hablar
- Revivir el evento representándolo en su juego libre
- Estar ‘pegado’ a alguno de sus padres u otro familiar

Los niños mayores y los jóvenes generalmente muestran síntomas más parecidos a los de los adultos. También pudieran desarrollar conductas disruptivas, actitudes retadoras, ofensivas o destructivas.

Los niños mayores y los jóvenes pueden tener sentimientos de culpa por no poder evitar las heridas y los decesos. También pueden tener ideaciones de venganza.

Las estadísticas del TEPT indican que los niños y los jóvenes, en un 40% de ellos, han vivido al menos un evento traumático, resultando en el desarrollo del TEPT en el 15% de las mujeres y el 6% de los hombres. Del 3 al 6% de los estudiantes de secundaria en los estados unidos y una cantidad entre el 30 y el 60% de los menores que han sobrevivido a un desastre específico desarrollan un TEPT (<http://www.nimh.nih.gov>).

Resiliencia Individual y Comunitaria

La 'resiliencia' es una palabra que se aplica para describir la capacidad de reponerse después del embate de acontecimientos adversos. Así, la resiliencia individual y colectiva también es un factor que afecta al grado de riesgo psicológico surgido de una emergencia mayor. Existe buena evidencia de que los siguientes factores aumentan la resiliencia, digamos, tener una imagen positiva de uno mismo, desarrollar una sensación de seguridad y dominio (que incluye la habilidad de solicitar ayuda cuando se necesita), tener una familia estable y cohesiva y contar con una red social efectiva y accesible.

Una comunidad promueve la resiliencia posee valores que alientan a que el individuo, la familia y la comunidad toda sea competente y dispuesta a responder ante los problemas, cuenta con formas de proporcionar información confiable y exacta, proporciona ayuda práctica y apoyo social, así como que promueve una visión del mundo a través de valores religiosos, políticos u otras creencias que fortalecen la autonomía individual y colectiva, así como el cuidado mutuo y la solidaridad.

En una familia fuerte y en una comunidad basada en la participación puede haber personas que queden un poco fuera (los que no tienen familia o esta es muy pequeña o se encuentra en niveles de pobreza extrema, así mismo las personas viudas o divorciadas) y estas resultan población que atender de manera especial por resultar más vulnerables.

Atención Psicológica Post-desastres

Existen diversos modelos o estrategias de intervención posterior a un desastre (Pineda & López, 2010). La Organización Mundial de la Salud (2005a) describe el enfoque denominado como '4R' que contiene una Fase de Respuesta Aguda que tiene una duración aproximada de tres semanas, seguida de una Fase de Consolidación con una duración variable dependiendo del grado de daño a la infraestructura social y económica, seguida de una Fase de Recuperación.

La Organización Mundial de la Salud sugiere que tiene muy poca utilidad un programa psicológico durante la fase de respuesta aguda, cuando lo que se tiene que hacer es intervenir en la fase de consolidación, que es cuando estos programas se requieren.

Algunos investigadores (de Jong, 2005) sugieren el uso de enfoques psico-sociales (y no psiquiátricos) para la fase aguda, con actividades como el proporcionar información sobre el desastre y psicoeducación para personas relevantes (líderes sociales y personas de influencia) con objeto de que puedan reaccionar de una manera adecuada e informar a la población sobre las reacciones normales ante situaciones anormales. Estas actividades habría que realizarlas tan pronto sea posible o cuanto antes (Williams, Carr & Blampied, 2007).

El 'Diálogo del Trauma'

En la psicología como en otros cuerpos de conocimiento y en la prensa escrita seria, hay una discusión sobre cómo y qué es lo que debe de hacerse para enfrentar los daños psicológicos de una emergencia mayor. Esta discusión también incluye quién debe intervenir y en un menor grado, cuándo es que la intervención debe llevarse a cabo. Pero hablar del suceso traumático, por la misma naturaleza bidireccional del lenguaje verbal humano, hace que se vuelva a experimentar la vivencia traumática y es una manera de victimizar nuevamente a la víctima.

La suposición de que las experiencias traumáticas hacen que muchas personas necesiten de cuidados de su salud mental resulta incorrecta. El malestar y el sufrimiento no constituyen una enfermedad mental (Petevi et al, 2001, p1). La Organización Mundial de la Salud (2005) hace notar que en las emergencias mayores, la mayoría de la población afectada se recupera por sí misma con el paso del tiempo. La predicción que hizo en ese año fue la de un incremento de entre el 5 y el 10% en los trastornos psiquiátricos para el total de la población afectada, por lo que concluye que no se requiere una intervención médico psiquiátrica para toda la población, como tampoco se requiere de un manejo masivo del estrés post-traumático o de los trastornos de ansiedad en general y menos aún en la fase aguda de la emergencia (Williams, Carr & Blampied, 2007).

Algunos Consejos Prácticos

1.- Inmediatamente después del Terremoto

¿Qué hacer?

- Pasar el tiempo con personas que nos importan
- Darse tiempo para uno mismo
- Trate de mantener su rutina de actividad
- Regrese a sus actividades normales
- Cuando esté listo , hable de cómo se siente
- Ayude en labores de limpieza, sin trabajar en exceso
- Haga cosas que le ayuden a estar tranquilo
- Haga cosas que lo mantengan alegre

¿Qué no hacer?

- No consuma alcohol u otra droga
- No trabaje o se fatigue en exceso
- No se involucre en discusiones familiares o de trabajo
- No se aíse de su familia o de sus amigos
- No deje de hacer cosas de las que disfrute
- No tome riesgos innecesarios
- No tome café

Las reacciones ante desastres como un terremoto pueden incluir confusión y desorientación además de fuertes emociones de miedo, tristeza, culpa y coraje. Las personas pueden tener dificultad para conciliar el sueño y para concentrarse. Todas estas son respuestas normales ante el shock y para la mayoría, gradualmente desaparecerán, particularmente con el apoyo de la familia y los amigos.

2.- ¿Cuándo buscar ayuda profesional?

- Cuando los malestares que hemos descrito duren más de 4 semanas, sean severos o demasiado perturbadores

3.- ¿Dónde buscar la ayuda profesional?

- En los Centros de Salud de su comunidad o en los servicios de salud mental dispuestos en apoyo de las personas afectadas por la contingencia, pasada la fase aguda, en la fase de consolidación.

4.- ¿Cómo sabemos lo que ayuda a que la gente se recupere?

- Existe una gran cantidad de evidencia generada por trabajos de investigación que muestra que tratamientos psicológicos y medicamentos son los más efectivos y en qué circunstancias, esto lo saben los profesionales de la salud mental. Los tratamientos que sí ayudan son aquellos basados en la evidencia.

BIBLIOGRAFIA

- Baingana, Bannon & Thomas (2005) Health and Conflict: Conceptual framework and approaches. Washington DC: World Bank
- De Jong (2005) Psychosocial and mental health interventions in Areas of Mass violence. Amsterdam: Médecins sans Frontières.
- Guixing, Xueyi, Lan, et al. (2011) Study on memory function impairment and structural MRI in posttraumatic stress disorder. Chin J Nerv Ment Dis, 37, 5, 269-272
- Hobel & Culhane (2003) Role of Psychosocial and Nutritional Stress on Poor Pregnancy Outcome. The American Society for Nutritional Sciences J Nutr, 133, 1709S-1717S
- Holtzman & Nezam (2004) Living in limbo: Conflict-induced displacement in Europe and Central Asia. Washington DC: World Bank
- Levine, P. A. (2007) Trauma through a child's eyes: Awakening the ordinary miracle of healing. Berkeley CA: North Atlantic books
- Mulder, Robles de Medina, Huizink, et al. (2002) Prenatal maternal stress. Effects on pregnancy and the (unborn) child. Early Human Development, 70, 3-14
- Perry & Zalavitz (2006) The boy who was raised as a dog and other stories from a child psychiatrist's notebook: What traumatized children can teach us about loss, love and healing. New York NY: Basic Books
- Petevi, Revel & Jacobs (2001) Rapid assessment of the mental health needs of populations affected by conflict and post-conflict situations. Geneva: WHO
- Pineda & López (2010) Atención Psicológica Postdesastres: Más que un "Guarda la calma".

- Una revisión de los modelos de las estrategias de intervención. *Terapia Psicológica*, 28, 2, 155-160
- Porter & Haslam (2005) Predisplacement and post-displacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons. *Journal of the American Medical Association*, 295, 5, 602-612
- Stein & Kendell (2004) Psychological trauma and the developing brain: Neurology based interventions for troubled children. New York NY: Hawthorne maltreatment and Trauma Press.
- Steele (2007) Trauma's Impact on Learning and Behavior: A case for interventions in Schools. Reprinted from *Trauma and Loss: Research and Interventions*, EVISED
- Xueyi, Jingjing, Ben, et al. (2006) Psychological status in adolescents who experienced Tangshan earthquake during fetal period. *Chinese Journal of clinical Rehabilitation*, 10, 6, 42-45
- Wang & Liu (2012) Earthquake and Mental Health, Post Traumatic Stress Disorders in a Global Context, Prof. Emilio Ovuga, Md, PhD (ed.) Disponible en: <http://www.intechopen.com/books/post-traumatic-stress-disorders-in-a-global-context/earthquake-and-mental-health>
- Williams, Carr & Blampied (2007) Psychological Intervention in Major Emergencies: An Asia-Pacific Perspective. *New Zealand Journal of Psychology*, 36, 3, 126-135
- World Health Organization (2005a) Briefing notes on psychosocial/mental health assistance to the tsunami affected region. Disponible en: http://www.alnap.org/tec/pdf/who_briefing_note_mentalhealth_Feb_2005_.pdf