

LECCIONES APRENDIDAS DURANTE DESASTRES NATURALES: 1970-2007

Raquel E. Cohen*

RESUMEN

Los desastres naturales impactan vidas y propiedades, devastando comunidades por largos periodos. En este artículo se presenta, cómo algunos conocimientos basados en experiencias y el avance de la ciencia biológica, psicosocial y de la conducta, siguen ayudándonos a entender el comportamiento del sobreviviente. La capacidad de poder aplicar lineamientos y operaciones de ayuda, obtener datos y prácticas basadas en evidencias, así como estudios empíricos en el ámbito de desastres, es un proceso evolutivo para los profesionales en este campo.

Palabras clave: Salud mental; Desastres naturales; Trastornos de estrés traumático; Apoyo social; Personal de salud (fuente: DeCS BIREME).

LESSONS LEARNED DURING NATURAL DISASTERS: 1970-2007

ABSTRACT

Natural disasters affect lives and property, devastating communities for extended periods. This paper shows how some knowledge based on experiences and progress of science biological, psychosocial and behavioural, are still helping us to understand the behaviour of the survivor. The ability to implement guidelines and aid operations, data and practices based on evidence and empirical studies in the field of disaster is an evolutionary process for professionals in this field.

Key words: Mental health; Natural disasters; Traumatic stress disorders; Social support; Health personnel (source: DeCS BIREME).

Los desastres naturales impactan vidas y propiedades, devastando comunidades por largos periodos. A menudo, son eventos que están más allá de nuestra habilidad de predecir, prevenir o controlar, como por ejemplo el terremoto en la región de Ica, Perú 2007. Los desastres convierten a los ciudadanos, incluyendo niños, adultos mayores, enfermos crónicos y discapacitados, en sobrevivientes que deben lidiar con traumas, pérdidas y situaciones de crisis, para poder después reconstruir sus vidas. En muchas situaciones los profesionales de la salud sobrevivientes, son al mismo tiempo, víctimas del evento y deben regresar a sus responsabilidades de emergencia y ayuda.

Para organizar e implementar programas de salud mental postdesastre, se debe contar con servicios integrados, interactivos con coordinación flexible entre todas las agencias de emergencia como defensa civil, policías, bomberos, profesionales de salud y representantes del gobierno. Es importante conocer

que mientras las brigadas de salud mental se están organizando para ayudar a los sobrevivientes, muchas otras actividades están lideradas por otras agencias dentro de los sistemas de gobierno/ ONG/ agencias privadas. También, estas agencias emitirán decisiones que afectarán la salud mental de los sobrevivientes que tienen otras prioridades y responsabilidades como albergues, transporte o reconstrucción de vecindarios.

PRIMERAS LECCIONES / BASE CONCEPTUAL

La ciencia y arte de poder comprender las reacciones humanas y como ayudar a los sobrevivientes, continua evolucionando a través del tiempo. Con el pasar de los años y a medida que adquirimos más conocimientos, los programas de salud mental en desastres han estado evolucionando y estableciendo lineamientos para planificar y organizar la ayuda a los sobrevivientes, cada

* Médico psiquiatra salubrista, consultora en salud mental en desastres de la Organización Panamericana de la Salud. Faculty of Medicine, Miami University, Miami, USA.

vez más efectiva debido al incremento de conocimientos prácticos, conceptuales y científicos.

En este artículo se presenta, cómo algunos conocimientos basados en experiencias y el avance de la ciencia biológica, psicosocial y de la conducta, siguen ayudándonos a entender el comportamiento del sobreviviente. La capacidad de poder aplicar lineamientos y operaciones de ayuda, obtener datos y prácticas basadas en evidencias, así como estudios empíricos en el ámbito de desastres, es un proceso evolutivo para los profesionales en este campo.

Cuando me percaté de las necesidades de los sobrevivientes en 1970, después del terremoto que azotó al Callejón de Huaylas en el Perú, y trate de encontrar publicaciones científicas en qué basar un programa de ayuda en salud mental, encontré muy poco material. A través de los años, el contenido compartido por muchos profesionales que laboran en el área de trauma, estrés y desastres, ha permitido la posibilidad de reconocer y categorizar las reacciones, conductas y necesidades de los sobrevivientes. También pudimos observar las diferencias y las semejanzas culturales universales en algunas áreas claves de las reacciones humanas que se presentan en acontecimientos catastróficos mundiales.

En 1972 ocurrió un terremoto que arrasó Managua, Nicaragua y tuve la ocasión de empezar a aplicar conocimientos científicos y adaptarlos a las lecciones que empezaba a aprender de las necesidades de los sobrevivientes. El equipo de profesionales bilingües y biculturales que viajó desde Boston, USA para ofrecer ayuda, encontró que se pudo relacionar fácilmente con los profesionales que se acoplaron al equipo, existían lazos culturales y el lenguaje en común. También pude notar que los sobrevivientes y los profesionales de las agencias de emergencia estaban confundidos cuando se les presentó conocimientos técnicos y temas como: a) el estado de crisis debido al estresor del terremoto y sus consecuencias, b) las reacciones del trauma psicológico, c) los procesos de afrontamiento, y d) los procesos de cambio, resignación y adaptación. Me di cuenta que si queríamos aumentar los equipos de asistencia tendríamos que educar y capacitar a todos los niveles del programa de asistencia de emergencia, porque el conocimiento de ayuda en salud mental a los sobrevivientes todavía no era bien conocida. Desde entonces, los componentes de programas de capacitación, educación y consultoría para profesionales de emergencia son parte de todo programa de ayuda en desastres ⁽¹⁾.

En 1974 el gobierno estadounidense promulgó una ley de emergencia, ordenando que en todo programa de ayuda

en desastres exista un componente de salud mental ⁽²⁾; sin embargo, en esa época todavía no se conocía qué componentes tendrían que ser incorporados en una capacitación para salud mental en desastres. El gobierno me pidió que capacitara a un número de profesionales en varios estados de los Estados Unidos, lo que me dio la oportunidad de producir un currículo.

Como psiquiatra peruana especializada en el área infantil y de la comunidad, combine varios temas de salud mental con conocimientos bio-psicológicos y socio-culturales; esto incluyó temas de reacciones traumáticas, situación en crisis, capacidad de afrontamiento, pérdida-duelo y adaptación dentro de un marco cultural de la población. Estos temas eran conocidos por los profesionales, ya que los usaban en situaciones clínicas, generalmente en oficinas y hospitales. Lo que era desconocido, era cómo aplicarlas a la práctica en las áreas desoladas de albergues, vecindarios destrozados y sobrevivientes confusos y desorganizados después del impacto del evento.

Este enfoque fue evolucionando a medida que los profesionales fueron al encuentro de los sobrevivientes, ya que ellos generalmente no buscan ayuda psicológica, como me paso a mí después de las experiencias en los terremotos de Managua ⁽³⁾ y San Salvador ⁽⁴⁾, la erupción del volcán Ruiz en Armero, Colombia ⁽⁵⁾, la nevada y maremoto en Massachusetts, USA ⁽⁶⁾, el huracán Hugo en Puerto Rico, el huracán Mitch en Nicaragua y Honduras, el terremoto en Armenia, Colombia, entre muchas otras experiencias de los últimos años que se encuentra disponibles en www.raquelcohendisaster.com.

LECCIONES APRENDIDAS CON BASES CONCEPTUALES Y CIENTÍFICAS

A través de los años seguí aprendiendo lecciones, obtenidas en la práctica y en temas conceptuales y científicos producidos por investigaciones en todas partes del mundo. Cada tema que incluía en mi práctica, a medida que se incrementaban los conocimientos, continuaba influenciando mis conceptos que a su vez tenía un efecto retroalimentador y enriquecía la práctica del programa de ayuda en desastres. Las investigaciones científicas ofrecieron una base más sólida a nuestros conocimientos, especialmente las que constituían los componentes biológicos que mostraban los cambios funcionales en el cerebro, por ejemplo, aclarando los procesos de estrés-reacción al estrés traumático, aprendizaje y memoria, duelo, ansiedad y miedo ⁽⁷⁾.

Durante los últimos 20 años, el conocimiento, la comprensión y el reconocimiento crecientes de los

eventos emocionales y psicológicos en desastres, ha conducido a la aparición de la respuesta psicosocial asistida para los sobrevivientes. Aunque cada desastre tiene características únicas, la respuesta humana universal al cambio catastrófico, permite el desarrollo de la información, aplicación y asistencia.

CONCEPTOS UNIVERSALES

Los siguientes temas son algunas de las áreas que han contribuido a reforzar nuestros conocimientos y ofrecen una base sólida en que apoyar los programas de ayuda:

- Conceptos de adjudicar al sobreviviente reacciones patológicas (enfermo) en lugar de procesos de adaptación.
- Contribuciones de las ciencias del comportamiento-componentes biológicos.
- Nuevos roles y dificultades para los trabajadores psicosociales de salud mental en desastres.
- Conceptos y ayuda de soporte socio-cultural/espiritual

CONCEPTOS DE ADJUDICACIÓN DIAGNÓSTICA

Para describir un grupo de signos y de síntomas, el uso de la nomenclatura clínica puede no ser apropiado en un proceso cuando la reacción es normal para la situación anormal, producida por un desastre catastrófico. Esto presenta un desafío a los trabajadores en la tarea de asistir a sobrevivientes con síntomas de trauma postdesastre. Los profesionales necesitan comunicar la disfunción (comportamiento normativo postdesastre) en sus archivos sin las "etiquetas" asociadas con psicopatología clínica. Los profesionales en el campo de la salud mental, están entrenados para organizar observaciones a lo largo de las categorías clínicas, que sirven como pautas para la intervención. En desastres, la observación y documentación de síntomas necesita ser interpretada como procesos y manifestaciones de estrés postdesastre, esfuerzos de adaptación y afrontamiento manifestado por el sobreviviente en su capacidad de adaptarse al entorno desorganizado que los rodea ⁽⁸⁾.

Este cambio de perspectiva influencia nuestros objetivos y procedimientos de ayuda y enfoca plenamente al ciudadano que está tratando de estabilizarse después del golpe desestabilizador recibido por el desastre. Sus sistemas de adaptación, inherentes en todo individuo, están procesando el trauma que ha desorganizado su capacidad, pero no es un enfermo, no obstante necesita ayuda para equilibrarse. Aunque la mayoría de la población se va a recuperar, siempre queda un grupo de sobrevivientes que se van a enfermar física o psicológicamente después de un desastre catastrófico.

Esto es debido a muchas situaciones adversas que afectan su capacidad de adaptarse a las dificultades producidas por el evento y cambios en sus vidas y entorno. El conocimiento de la relación entre el trauma psíquico y las expresiones múltiples de la respuesta al estrés y trauma, es clave para entender el comportamiento de un sobreviviente.

Las manifestaciones emocionales y de conducta guían a los profesionales que están en el "campo" para cambiar su enfoque y la conceptualización de sus metodologías e intervención de la ayuda. La aceptación de la perspectiva bio-psico-sociocultural de los sistemas humanos, que ayuda a identificar los mecanismos a través de los cuales el estrés psicosocial afecta el comportamiento, ha ofrecido nuevas pautas al profesional para entender el comportamiento postdesastre. Este enfoque promueve el uso de nuevas modalidades terapéuticas que incluye los primeros auxilios psicológicos, la intervención de crisis, conserjería, medicación, asesoramiento, educación y trabajo de grupo ⁽⁹⁾.

AVANCES EN LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO Y NEUROCIENCIAS ⁽⁷⁾

¿Qué conceptos se usan como pautas para reconocer reacciones individuales postdesastre?

A través de los años observamos que las reacciones de los sobrevivientes cambiaban a medida que pasaba el tiempo. Se notaba mucha variación en pensamientos, emociones y conducta, pero los cambios parecían seguir procesos congruentes con fases y etapas de adaptación y recuperación. Estos tiempos se han categorizado en las siguientes nomenclaturas: Etapas preimpacto, impacto a corto plazo y reconstrucción. Los procesos de reacciones y conducta dentro de cada etapa, manifestaban cambios en todos los sistemas biológico-psicológicos y eran expresados por los sobrevivientes dentro de sus enfoques socioculturales/espirituales (religión).

A través del pasaje del tiempo todas las reacciones resultan de la combinación del impacto en los cambios internos y del entorno (como y con qué rapidez son ayudados y dado soporte a los sobrevivientes, se recoge los escombros y se reconstruye el vecindario). Hemos aprendido lecciones que muestran una relación entre la situación personal y la reconstrucción del entorno, especialmente en adultos mayores ⁽¹⁰⁾.

CONDUCTAS UNIVERSALES POSTDESASTRE

Con los años, empezamos a identificar tres tipos de reacciones psicosociales y conductas universales,

manifestadas por sobrevivientes, estas tres áreas reaparecen en toda situación de desastre, como fundamentales en el proceso de recuperación y adaptación:

- **Factores estresantes y reacción de estrés.** Afectan la conducta dependiendo del tipo del evento traumático, la percepción y significado para su sobrevivencia más las consecuencias de cambio en su entorno ⁽¹¹⁾.
- **Estilos de conducta de afrontación.** Capacidad del individuo de afrontar los cambios personales producidos por el desastre y el de su entorno, de manera apropiada y saludable ⁽¹²⁾.
- **Sistemas de conducta y apoyo social.** Ayuda y redes de soporte que ayudan de manera específica, apropiada y eficientemente al sobreviviente ⁽¹³⁾.

REACCIONES PSICOSOCIALES DEL SOBREVIVIENTE (ESTRESORES Y ESTRÉS A CAUSA DE UN DESASTRE)

Los factores estresantes son estímulos intensos que imparten energía y excitan al sistema nervioso central, desarrollando reacciones psicofisiológicas particulares de los sistemas programados para sobrevivir. La respuesta al estrés activa el sistema autonómico y el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal y la conducta de "lucha o escape" es la conducta observable a una situación peligrosa como un terremoto. El organismo depende de estos mecanismos biológicos para sobrevivir y si existe funciones de estos mecanismos inadecuados o excesivos puede presentar condiciones de conducta deficiente.

La reacción de estrés es la respuesta a un evento que se interpreta como amenazador y que evoca reacciones fisiológicas, psicológicas y de conducta. Variables genéticas, de salud y personalidad, las características del evento y traumas adicionales van a influenciar las reacciones del sobreviviente. La presencia de factores estresantes y traumáticos puede iniciar, modificar y continuar el progreso de un síndrome biológico que depende de variables que tiene influencia bidireccional.

El cerebro es el centro que controla la interpretación de los estímulos estresantes, al mismo tiempo que responde y organiza reacciones fisiológicas y de conducta. Tiene la capacidad plástica de remodelar dendritas que cambian los sentimientos y conducta, dependiendo de los estímulos en el ambiente. El cerebro a su vez, es víctima de los sistemas fisiológicos del estrés, al igual que otros sistemas del organismo –cardiovascular, inmunológico. Las hormonas del estrés median reacciones adaptativas o mal adaptativas. El sistema hipotálamo-hipófiso-adrenal, el sistema autonómico y los neurotransmisores que median los cambios fisiológicos de estrés sobre el

cuerpo, tienen efectos protectivos, efectivos y reversibles a corto tiempo, pero pueden acelerar reacciones patológicas cuando se produce un incremento o éste no se discontinúa, afectando la excitabilidad neuronal y la estructura plástica cerebral que es reversible.

El sistema de la respuesta al estrés tiene las siguientes características. Es un sistema genético fundamental que responde a las necesidades de la supervivencia del individuo y activa el despertar y la respuesta al estímulo físico y psicosocial del exterior y a los signos internalizados de peligro. Los sistemas de la memoria están implicados de manera intrincada para asistir este proceso. El sistema cognitivo y afectivo responden y las funciones de identificación/evaluación ante el peligro se enfocan en la sobrevivencia.

Cuando la modalidad operativa –es decir la conducta usual del sobreviviente se modifica como consecuencias de experiencias estresantes, esta se manifiesta como cambios en pensamientos, emociones y conducta. Estos cambios de conducta se pueden interpretar como indicio de que las funciones biológicas están perturbadas en el sobreviviente que está sufriendo por el cambio repentino a su vida debido al efecto del desastre sobre su persona y el entorno familiar.

Estrés agudo frente al estrés crónico, manifestación diferencial de sobrevivientes ⁽¹⁴⁾

El estrés agudo está asociado con fuertes emociones, consolida la memoria del evento que amenaza al organismo para evadirlo la próxima vez. El estrés crónico provoca una adopción plástica cerebral, produciendo cambios estructurales y funcionales (Tabla 1) que contribuyen al daño de funciones cognitivas. Las diferencias individuales en las reacciones orgánicas a las hormonas del estrés están relacionadas con los niveles de habituación y producción de ansiedad, influenciada a su vez, por la genética individual de cada sobreviviente.

Tabla 1. Reacciones de estrés crónico

- Sistemas alterados de la memoria.
- Esquemas cognitivos disfuncionales.
- Reacciones emocionales difíciles de controlar.
- Sentido distorsionado de relaciones sociales.
- La reacción de miedo condicionado (Ej. la reacción de sobresalto en TEPT).
- Pensamientos obsesivos de fragmentos de lo sucedido.
- Disminución de la capacidad de funcionar en su mundo.
- Confusión cognoscitiva y emocional.
- Reactividad disfuncional e hipersensibilidad del sistema nervioso, con consecuencias en la salud física y mental.

TEPT: Transtorno de estrés postraumático.

Papel de la memoria y el aprendizaje afectado por el estrés ⁽¹⁵⁾

El aprendizaje es continuo, registra estímulos y constituye el origen de la memoria en el ser humano. Las experiencias estresantes se consolidan en la memoria por el efecto de las hormonas del estrés. Las interacciones psicológicas y las experiencias humanas son situaciones estresantes poderosas -por ejemplo la anticipación de las consecuencias de un terremoto, las réplicas, el miedo de un tsunami, la pérdida de un ser querido o una propiedad- todas éstas encontradas en el terremoto de Pisco, Perú (2007).

Hipótesis de procesos interactivos psicosociales y biológicos que presentan cronicidad traumática ⁽¹⁶⁾

El sistema nervioso central está organizado para reaccionar automáticamente en situaciones traumáticas activando el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, pero pierde la capacidad de controlar el desequilibrio producido por el impacto del evento. Existe una interacción circular entre los componentes psicológicos y fisiológicos que procesan el evento traumático, las consecuencias de esta interacción generalmente son autolimitadas y desaparecen si son de corta duración; pero si esta reacción se prolonga, los mecanismos se pueden desorganizar y desregularizar. Cuando nuevas amenazas estimulan reacciones psicobiológicas (influencias nuevas = conexiones cerebrales) se activan las memorias explícitas e implícitas. Esto incrementa la intensidad de las memorias traumáticas y estimula una conducta compensatoria o de adaptación negativa.

Esto ocurre cuando hay problemas en los procesos reparativos psicofisiológicos normales y en la protección interna o externa de sobrevivencia. Sucede cuando hay ausencia de ayuda social y terapéutica, también sucede cuando hay problemas en las fases de recuperación y adaptación debido a la ineficiencia de los mecanismos del sistema reactivo humano que se activó pero no se apagó después del evento.

Principios y técnicas para mitigar el estrés en desastres ⁽¹⁷⁾

Esta son algunas de las técnicas que tienden a disminuir el nivel de estrés, aliviando la sobrecarga de los sistemas de confrontación, dando soporte emocional y promoviendo la posibilidad de que las funciones de adaptación que todo sobreviviente posee, tomen un curso saludable y al retorno de su bienestar. Estas intervenciones ayudan a reorganizar y reconformar la psicología y neurobiología de la persona traumatizada:

- Ofrecer confort dentro de las posibilidades ocasionadas por la situación traumática.
- Dar y esclarecer información clave que pueda ayudar a calmar al sobreviviente.
- Orientar en el nuevo entorno para encontrar los recursos necesarios para recuperarse.
- Brindar esperanza y alivio a través de una actitud positiva del trabajador.
- Incrementar y fortalecer redes sociales, encontrando y aceptando ayuda apropiada.
- Ayudar a resolver problemas personales, familiares y de trabajo
- Asistir en aceptar y entender los tipos de cambio de vida en el nuevo entorno.

AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN ⁽¹⁸⁾

El afrontamiento es la conducta que protege al sobreviviente contra el estrés interno y externo. Esta conducta implica adaptación, defensa y control. El uso de los procesos de afrontación, protege al sobreviviente de la desorganización psicológica y fisiológica, usando procesos cognoscitivos, emocionales y perceptivos. El sobreviviente trata de encontrar modos de adaptarse, por ejemplo, mediante la negación, evasión, creencias religiosas o resignación. En esencia, estos procesos son esfuerzos para mantener la carga del estrés dentro de límites funcionales y tratar de adaptarse a la penosa realidad. Si el sobreviviente no puede lograr este fin, es posible que desarrolle reacciones patológicas agudas o crónicas.

Estilos de afrontamiento

Cada sobreviviente presenta características individuales para manejar la terrible situación que confronta después del desastre, para ello usa los métodos usuales a su disposición. Hay mucha variación en la capacidad de afrontamiento individual en término de la capacidad o incapacidad de adaptación que tenga. Las siguientes son variables que influyen el nivel funcional de adaptación:

- Características personales.
- Herencia genética.
- Experiencias infantiles, eventos traumáticos.
- Situación económica y social.
- La pena ante la desaparición de personas u objetos significativos/ simbólicos, una aflicción intensa puede complicar el duelo.
- Tipos de asistencia terapéutica sensibles a los valores culturales

Cuáles son las nuevas funciones para los trabajadores de salud mental para desastres ⁽¹⁷⁾

Los trabajadores que forman los equipos de ayuda en desastres, necesitan tener un concepto claro del cambio de enfoque y conceptualización de sus deberes y responsabilidades. Este cambio de la función influenciará su papel como miembro del equipo de desastres. Al adquirir esta nueva función, necesitan ampliar su comprensión de cómo las circunstancias múltiples desencadenadas por el evento traumático, impactan al sobreviviente. Debe idear un nuevo acercamiento interactivo con el sobreviviente, para desarrollar las técnicas terapéuticas que toman todos estos nuevos conceptos en consideración, de esta manera el trabajador continuamente incorporará un nuevo cuerpo de conocimientos. Estos conocimientos incluyen la identificación de las reacciones cambiantes de los individuos a través del tiempo y de los sitios de reubicación, en donde se juntarán buscando seguridad, alimentos y abrigo. Es importante que los trabajadores aprecien lo siguiente:

- Creencia de que los sobrevivientes están reaccionando normalmente ante situaciones muy anormales y penosas.
- Las conductas y reacciones son, en la mayoría de los casos, expresiones de sus esfuerzos tentativos de afrontar no sólo el impacto del desastre sino los trágicos cambios en su vida diaria como consecuencia de las pérdidas y sufrimientos.

Generalmente los trabajadores se reclutan de los grupos de profesionales de salud mental que tienen conocimientos básicos importantes para participar en programas de ayuda en desastres. Muchos se preguntan ¿que áreas son iguales y cuales son diferentes cuando se ayuda a un individuo en situaciones catastróficas después de un desastre?

Los siguientes temas son algunos de los que necesitan ser conceptualizados de una manera diferente:

- La concordancia con el conocimiento profesional pero la actitud y procedimientos difieren.
- Función profesional diversa y nueva debido a la situación de emergencia.
- Ritmo que cambia de puesto y horario del trabajo debido al ambiente caótico e impredecible.
- Evolución en expectativas no realistas y actitudes de los trabajadores para desastres que no pertenecen a salud mental.
- Límites profesionales y confusión de las pautas de responsabilidad y conducta.

- Responsabilidades de los trabajadores para desastres, que no pertenecen a salud mental, son diferentes de las de los trabajadores de salud mental porque cada agencia tiene sus reglas.
- La naturaleza y el ritmo del trabajo cambia continuamente como resultado de:
 1. La secuencia de procesos emocionales y procesos tipo "afrontamiento" del sobreviviente a medida que transcurre el tiempo.
 2. El índice de recuperación en la comunidad, en función de cómo se reorganiza luego del desastre y reconstruye los vecindarios.
 3. Con el pasar del tiempo las demandas para la acción y la ayuda disminuyen gradualmente en intensidad y los tipos de problemas son más crónicos y difíciles de resolver.

Problemas que enfrentan los trabajadores

Los trabajadores de salud mental en desastres, son reclutados de diversas instituciones o agencias. La mayoría tiene poca experiencia ayudando a sobrevivientes dentro de un ambiente caótico, incomodo, inseguro y doloroso. Dependiendo del grado de capacitación, usarán sus conocimientos sobre las técnicas de ayuda llevados por el deseo de encontrar una forma de paliar el destino trágico del sobreviviente. Por eso priorizan las necesidades de los ciudadanos y no prestan atención a sus propias necesidades, esto conduce a problemas psicológicos y fisiológicos que deben ser vigilados por los dirigentes del programa asistencial. Entre los más graves problemas está el de agotamiento. Este término describe los múltiples elementos del tipo de estrés ocupacional que experimentan los profesionales socorristas.

EL PAPEL DEL SISTEMA SOCIAL – CULTURAL / RELIGIOSO DE SOPORTE POSTRAUMA ⁽¹⁹⁾

La calidad de la red de apoyo y ayuda durante la situación estresante que enfrenta el sobreviviente influye de manera considerable en el desenlace y adaptación a las difíciles tareas necesarias para recuperarse. La manera eficiente de apoyar al individuo tiene un papel importante en asistir a los procesos de recuperación. Los recursos sociales y emocionales tienen que ser congruentes con las creencias y tradiciones del grupo cultural al que se desea ayudar. Estos conocimientos le permiten al trabajador poder enfocar los recursos que necesita el sobreviviente de una manera digna, sensible y eficaz. Generalmente, los grupos sociales, tradicionales y estables que podrían ser de gran ayuda pueden alterarse y desaparecer en un desastre catastrófico. Uno de los esfuerzos más apreciados, es cuando el

trabajador puede encontrar y unir a los miembros de una familia o compañeros, a partir de grupos dispersos que tenían poca posibilidad de encontrarse. La calidad de la red social y el entorno sociocultural es un soporte importante para contener la extensión del estrés, angustia y sufrimiento. La red de relaciones humanas, puede ser decisiva o no, de acuerdo con la sensibilidad y eficacia de los esfuerzos de ayuda.

Consideraciones de soporte socio-culturales / espirituales

En todo desastre se encuentra una variedad de grupos cuyas características culturales, económicas, étnicas, de lenguaje y religión varía. Estas características tienen que ser tomadas en cuenta no sólo para enfocar el uso de las técnicas de ayuda, si no principalmente para poder ofrecer el soporte humano imprescindible en todo programa de ayuda a los sobrevivientes en desastres.

El contenido basado en la experiencia y el conocimiento, se debe incorporar en todas las actividades, dependiendo de la región y de la población específica afectada por el desastre. Los trabajadores traen el conocimiento, las actitudes y las habilidades obtenidos en sus experiencias anteriores, unidas con su propio fondo cultural/espiritual. Ocasionalmente el trabajador no está conciente de sus prejuicios y su enfoque esta en disyuntiva con lo que el sobreviviente le comunica y por ende el proceso de ayuda fracasa.

El asistir y el participar en situaciones postrauma que afectan a grupos multiculturales, exige el conocimiento de la respuesta cultural de los individuos de diversos orígenes. Algunas son:

- Expresión de la pena, pérdida y duelo de acuerdo a diferentes modalidades culturales/religiosas.
- Aceptación de la ayuda y uso de la ayuda de acuerdo con sus creencias.
- Actividad y creencias religiosas.

El conocimiento, actitud y habilidades al trabajar con los sobrevivientes de diversas culturales, demanda comprensión de las variables que se deben reconocer y respetar puesto que influyen fuertemente su:

- Estilo de comunicación, la expresión compleja de emociones, de la actitud y del comportamiento pueden representar las variables culturales que expresan dimensiones de la respuesta al trauma.
- Proceso de acercamiento para establecer relaciones terapéuticas de ayuda.
- Percepciones de la respuesta de los sobrevivientes basadas en necesidades únicas del individuo.

El nivel socioeconómico y educativo influyen en cómo los individuos -ayudantes y damnificados- perciben e interpretan acontecimientos traumáticos y afecta también la respuesta de ellos, sus familias y sus comunidades dependiendo de los siguientes factores:

- Estado de la inmigración.
- Dificultades en el lenguaje de la mayoría (castellano frente al quechua o aimara).
- Carencia de información.
- Carencia de seguro médico.
- Discriminación.
- Dificultades de acceso que tienen a los servicios de desastre.
- Carencia de recursos financieros y de transporte.

En resumen, las siguientes variables definen la calidad del soporte sensitivo y cultural:

- *Presentes y activos*, agentes humanos (terapéuticos) satisfactorios y congruentes.
- *Características sociales*, reconocimiento de la familia, cultura y religión.
- *Vulnerabilidad a los efectos de la pérdida y separación del entorno*, reconocimiento cultural y vital para los procesos de relaciones personales afectivas.
- *Relación del entorno y procesos de trauma*, situación personal, social y económica.
- Pérdida de seres queridos y duelo como impacto traumático, redes de sostén religioso, social efectivas y constantes durante las etapas del duelo.

¿CÓMO SE APLICAN LOS CONOCIMIENTOS APRENDIDOS A TRAVÉS DE LOS AÑOS A LAS OPERACIONES DE AYUDA EN DESASTRES? ^(20,21)

Los siguientes son algunos ejemplos evidenciados por las lecciones aprendidas y los conocimientos actuales:

La relación entre el tiempo transcurrido (fases) y los cambios de conducta, emociones y pensamiento, que van cambiando y eventualmente desapareciendo, nos guía en la aplicación de diferentes técnicas y procedimientos en consonancia con los cambios para ser más eficientes. La experiencia de haber podido documentar estadísticas que demuestran que la mayoría de la población se recupera después de un periodo, demuestra que los cambios están relacionados con el objetivo de adaptación al nuevo entorno ⁽²²⁾.

La gran diversidad de manifestaciones y reacciones de individuos que demuestran conductas influenciadas

por variables como edad, sexo, nivel socioeconómico, raza o cultura, esclarece la situación del sobreviviente que aunque las respuestas al estrés/ crisis tiene una base psicobiológica, las manifestaciones van ser influenciadas por características individuales. Entre estas características también hemos aprendido que hay poblaciones que tienen manifestaciones de trauma diferentes y por eso las intervenciones de ayuda difieren. Entre estas poblaciones están los niños, adultos mayores, discapacitados, enfermos mentales y enfermos crónicos ⁽²³⁾.

La gama de niveles de adaptación que se encuentran entre los métodos saludables/apropiados y las reacciones disfuncionales son muy variables. Es importante reconocer que muchos síntomas de desorganización de los sistemas humanos, producidos por los efectos traumáticos del desastre, se parecen a síntomas patológicos del sistema clínico. Necesitamos tiempo para poder diferenciarlas y categorizarlas como reacciones normales dentro de la situación estresante en que se encuentra el sobreviviente o si es una manifestación patológica y clínica, que necesita ayuda médica. Los nuevos conceptos que asocian los procesos de trauma y estrés, después de un desastre, a enfermedades físicas crónicas, han abierto un nuevo capítulo hacia la medicina preventiva y psicosomática ⁽²⁴⁾.

La extensión geográfica y el nivel de sufrimiento y reacciones de estrés, dependen si el impacto fue directo o si fue indirecto (familia, amigos, colegas); debido a la rápida información virtual (Internet, teléfono, televisión, radio) numerosos grupos sufren, por cariño y empatía, el destino de los sobrevivientes y es posible que manifiesten síntomas de angustia y depresión ⁽²⁵⁾.

El efecto positivo de la ayuda humanitaria, dando asistencia, soporte, recursos y esfuerzos de reconstrucción para reforzar la capacidad de aguante y afrontamiento. Existe un consenso de que la rápida e inmediata intervención terapéutica, empezando con técnicas de primeros auxilios psicológicos, asistencia en crisis, consejería, y un uso limitado en medicamentos (especialmente para poder paliar el sueño perdido por los efectos del desastre) ayuda a reducir la desorganización psicocognitiva y afectiva, e incrementa la capacidad de afrontar las consecuencias del desastre ⁽²⁶⁾.

Comprendiendo los efectos de los estresores y reacciones de estrés, en ocasiones hay posibles respuestas de estrés inicial y aprendizaje incorporado en centros cerebrales que vuelven a ser estimulados debido a la aparición de estresores continuos y repetidos (como las réplicas del terremoto en Pisco, Perú) seguidos de nuevos episodios traumáticos (dolor, separación, pérdidas físicas). Efectos

de estos estímulos producen recuerdos o asociaciones dolorosas del evento traumático que todavía siguen vigentes, debido a condiciones patológicas. Los mediadores hormonales y químicos liberados como respuesta al recuerdo del evento traumático, pueden llegar a producir síntomas debido al fracaso de controlar los mecanismos relacionados con la sobrevivencia y reacciones de estrés por efecto de trauma continuo o estímulos recordatorios lo cual produce un desequilibrio que resulta en reacciones inapropiadas de "alarma continua" (hipersensibilidad, paranoia) ⁽²⁷⁾.

Regularmente sucede, que a medida que la labor y funcionamiento de los trabajadores de ayuda en desastres se establezca y sea aceptado por la población, se hace evidente que ellos también necesitan ayuda. Los trabajadores no sólo tienen que resolver los problemas originados por el desastre en su comunidad, sino también tienen que reportar sus asignaciones día tras día. Este esfuerzo requiere la capacidad profesional de manejar muchos niveles de estrés. Hoy en día todo equipo de trabajadores debe recibir ayuda, guía y soporte durante y después de terminar con sus responsabilidades ⁽²⁸⁾.

A medida que reconocemos los efectos de estrés y trauma sobre el organismo humano, producido por efectos de desastres, estamos empezando a promover la posibilidad de que toda esta área de medicina y psicología pertenezca al campo de salud pública. La posibilidad de prevención de los efectos traumáticos puede ser mayor, si nos enfocamos en los numerosos conocimientos adquiridos en los últimos 20 años. Recopilando la historia de las catástrofes en América Latina podemos obtener datos que muestran las vulnerabilidades geográficas y de la naturaleza (huracanes, erupción de volcanes, terremotos, inundaciones) que se repiten año tras año ⁽²⁹⁾.

Se están empezando a promover nuevos métodos de capacitación, educación y consultoría a distancia, dando la posibilidad de enlazar centros de desastres o en riesgo con profesionales y técnicos preparados en todos los aspectos de planificación, ayuda, rehabilitación y reconstrucción en desastres del mundo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Cohen RE.** Educación y consultoría en programas de desastre. En: Lima BR, Gaviria M, Las consecuencias psicosociales de los desastres: La experiencia latinoamericana. Chicago: Hispanic American Family Center; 1989.
2. **US, Public Law.** Disaster Relief Act, P.L.93-288; 1974.
3. **Cohen RE.** Post-disaster mobilization of a crisis intervention team: The Managua experience. In: Parad HJ, Resnick

- HLP, Parad (eds), Emergency and disaster management: a mental health source-book. Bowie, Maryland: Charles Press; 1976.
4. **Cohen RE.** Lecciones de desastres naturales (Terremoto San Salvador). Miami: El Miami Herald; 1987, Jan 7.
 5. **Cohen RE.** The Armero tragedy: lessons for mental health professionals. Hosp Community Psychiatry. 1987; 38(12):1316-21.
 6. **Cohen RE.** Post-disaster intervention program: The Massachusetts blizzard of 1978. Boston: Report to the State Emergency Department; 1978.
 7. **McEwen BS.** Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. Physiol Rev. 2007; 87(3): 873-904.
 8. **Flynn WB.** Disaster mental health: The U.S. experience and beyond. In: Leaning J, Briggs SM, Chen LC (eds), Humanitarian crises: the medical and public health response. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1999. p. 97-123.
 9. **Cohen RE.** Intervening with disaster victims. In: Shulberg HC, Killilea M (eds), Modern practice in community mental health. San Francisco: Jossey-Bass; 1982.
 10. **Cohen RE.** Reacciones individuales ante desastres naturales. Bol Oficina Santi Panam. 1985; 98(2): 171-80.
 11. **Hobfoll SE.** Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. Am Psychol. 1989; 44(3): 513-24.
 12. **Benight CC, Harper ML.** Coping self-efficacy perceptions as a mediator between acute stress response and long-term distress following natural disasters. J Trauma Stress. 2002; 15(3): 177-86.
 13. **Cook JD, Bickman L.** Social support and psychological symptomatology following natural disaster. J Trauma Stress. 1990; 3(4): 541-56.
 14. **Trumbull R, Appley MH.** A conceptual model for the examination of stress dynamics. In: Appley MH, Trumbull R (eds), Dynamics of stress: physiological, psychological and social perspectives. New York: Plenum Press 1986.
 15. **Kandel ER.** In search of memory: the emergence of a new science of mind. New York: Norton & Company; 2006.
 16. **Charney DS.** Psychobiological mechanisms of resiliency and vulnerability: implications for successful adaptations to extreme stress. Am J Psychiatry. 2004; 161(2): 195-216.
 17. **Barron RA.** Psychological trauma and relief workers In: Leaning J, Briggs SM, Chen LC (eds), Humanitarian crises: the medical and public health response. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1999. p. 143-75.
 18. **Bjorck JP, Klewicki LL.** The effects of stressor type on projected coping. Int J Trauma Stress. 1997; 10(3): 481-97.
 19. **Cohen RE.** Training mental health professionals to work with families in diverse cultural context. In: Austin LS (ed). Responding to disaster. A guide to mental health professionals. Washington DC: American Psychiatry Press; 1992.
 20. **Cohen RE.** Salud mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
 21. **Cohen RE.** Salud mental para víctimas de desastres. Guía para instructores. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
 22. **Reshetnikov MM, Baranov IuA, Mukhin AP, Chermianin SV.** [The psychophysiological aspects of status, behavior, and activities of people in foci of disasters and catastrophes]. Voen Med Zh. 1991; 9: 11-16. [in Russian]
 23. **Terr LC.** Childhood traumas: an outline and overview. Am J Psychiatry. 1991; 148(1): 10-20.
 24. **Sternberg EM, Gold PW.** The mind body interaction in disease. Sci Am. 1996; 7(1): 8-15.
 25. **Shultz JM, Espinel Z, Flynn BW, Hoffman Y, Cohen RE.** DEEP PREP: All-hazards disaster behavioral health training. Tampa, FL: Disaster Life Support Press; 2007.
 26. **DeWolfe DJ.** Training manual for human service workers in major disasters. 2nd ed. Washington DC: National Mental Health Services; 2000. DHHS Publication ADM 90-538.
 27. **Bremner JD.** The relationship between cognitive and brain changes in posttraumatic stress disorder. Ann NY Acad Sci. 2006; 1071: 80-86.
 28. **Hartsough DM, Myers DG.** Disaster work and mental health: prevention and control of stress among workers. Maryland: U.S: National Institute of Mental Health; 1985. DHHS Publication ADM 85-1422
 29. **Cohen RE.** Implementation of mental health programs for survivors of natural disasters in Latin America. In: Reyes G, Jacobs GA (eds), Handbook of international disaster psychology. Westport, Conn: Praeger Publishers; 2006. Vol.2.
-
- Correspondencia:** Dra. Raquel Eidelman Cohen, Profesora emérita, Medicine School, Miami University, Florida, USA.
 Dirección: 1385 Biscaya Drive, Surfside, Florida, 33154, USA.
 Teléfono: 305 335 0145
 Correo electrónico: raquelcohen@aol.com