

Respuestas emocionales frente a un atentado dinamitero

Constanza Forero P.^a

Liria Pérez P.^b

Paula Andrea Anduquía V.^c

Alex Flórez B.^d

RESUMEN

En el Parque Lleras de Medellín ocurrió, en el año 2001, una explosión dinamitera que causó daños en los inmuebles y múltiples lesiones a quienes se encontraban presentes. Se hace un estudio descriptivo y retrospectivo de sus efectos en la infraestructura, las lesiones físicas y las manifestaciones psicoafectivas de las personas afectadas.

A partir de las manifestaciones psicoafectivas se decidió preparar este artículo, donde se intenta profundizar en el análisis de aquellas más frecuentes en los lesionados y afectados y cómo han repercutido en sus vidas. Además, hacer una propuesta educativa que proporcione elementos al profesional de enfermería en el cuidado de individuos y colectivos que estén en riesgo o hayan vivido un atentado

En la literatura social, el término *manifestaciones psicoafectivas* se ha usado de manera creciente; y no se trata de aspectos patológicos o trastornos mentales; son las respuestas orgánicas y emocionales del ser humano ante una situación física, psicológica o social que causa desequilibrio y desarmonía. Desde esta perspectiva se analizaron las manifestaciones más evidentes y comunes en las personas que vivieron el atentado.

Palabras clave: *heridas y lesiones, traumatismo por explosión, trastornos emocionales, miedo, estrés, odio, Medellín*

Forero C. Pérez L. Anduquía PA. Flórez A. Respuestas emocionales frente a un atentado dinamitero. *Invest Educ Enferm* 2004; 22 (2): 76-85.

Recibido: 29 de abril de 2004
Aceptado: 25 de agosto de 2004

INTRODUCCIÓN

Los atentados dinamiteros son actos que afectan la infraestructura y las personas. La sociedad colombiana y de la ciudad de Medellín han estado expuestas a múltiples atentados y con repercusiones graves, especialmente sobre las personas. La situación de conflicto que se vive en Colombia causa cada vez mayor preocupación en la ciudadanía que ve cómo se deteriora la organización social, se destruyen total o parcialmente sus viviendas y negocios sin que haya claras manifestaciones de apoyo del gobierno nacional, departamental y municipal respecto a la atención de la salud y la reconstrucción de la red social y de los inmuebles. En cuanto a los lesionados y sus familias, sus condiciones se tornan más difíciles por el alto costo de los tratamientos médicos y de rehabilitación y por las secuelas físicas y psicoafectivas que padecen.

En el Parque Lleras de Medellín ocurrió, en el año 2001, un atentado dinamitero que causó graves daños en los inmuebles y múltiples y graves lesiones a quienes se encontraban presentes. A raíz de este hecho se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo, de las repercusiones psicoafectivas y físicas del atentado. Teniendo en cuenta los hallazgos del estudio respecto a las manifestaciones psicoafectivas de las personas, se preparó el siguiente artículo, donde se intenta profundizar en el análisis de las que se presentaron con mayor frecuencia en los lesionados y afectados.

a Enfermera. Especialista en Salud ocupacional. Magíster en Salud Pública. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia Correo electrónico: cforero@tone.udea.edu.co

b Enfermera. Magíster en Psicoorientación. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia

c Estudiante del octavo nivel. Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia

d Estudiante del sexto nivel. Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia

Emotional responses to a dynamite attempt

Constanza Forero P.
Liria Pérez P.
Paula Andrea Anduquía V.
Alex Flórez B.

ABSTRACT

In the year 2001 in Lleras Park, Medellín, Colombia, a terrorist dynamite explosion occurred, damaging buildings. Many people were injured as well.

This article deals with the descriptive and retroactive study about the effects of the blast in the buildings, the injuries and the psycho-affective emotions of the affected persons.

This article was prepared bearing in mind the psycho-affective emotions of the affected persons. It deals with the analysis of the deepest feelings of the injured and affected people regarding the repercussions of that incident in their lives and it embodies an educational proposal providing professional nurses with elements for the care of individuals and groups that live in risky conditions or that have endured terrorist acts.

In social literature “psycho-affective emotions” is becoming a more frequent term and it has nothing in common with “desequilibrium” or “disharmony”. From this perspective the more evident and common emotions of the survivors were analysed

Key Words: *wounds and injuries, explosion trauma, emotional disorder, fear, stress, hate, Medellín*

La población de referencia estuvo conformada por 100 personas presentes al momento de la explosión, de las cuales 53 fueron lesionados y 47 no; además se encuestaron 53 administradores o dueños de los inmuebles que no se encontraban en el momento de la explosión, lo que conforma una población de estudio de 153 afectados.

De los encuestados, el 47% eran clientes; el 30% propietarios, administradores o empleados de los establecimientos; el 11% residentes del sector; el 7% transeúntes y el 5% trabajadores independientes y vigilantes.

Las manifestaciones psicoafectivas se analizan desde la perspectiva que en sentido amplio se le da a la psiquis, y que se aplica a todo fenómeno mental a través del cual se transmite la emoción, considerada como un estado complejo de los sentimientos, con componentes psíquicos, somáticos y comportamentales¹.

GENERALIDADES

En la literatura social la expresión *manifestaciones psicoafectivas* se ha venido usando de manera creciente, y no se trata de aspectos psicopatológicos o de trastornos mentales sino de una respuesta orgánica y emocional del ser humano ante una situación física, psicológica o social que produce desequilibrio y desarmonía. Desde esta perspectiva hemos trabajado las manifestaciones psicoafectivas más evidentes y comunes en las personas que vivieron el atentado porque, según lo expresa Triandis², “ningún comportamiento se da en el vacío, ocurre dentro del contexto de una situación social y va acompañado de necesidades y condiciones situacionales”.

Las manifestaciones psicoafectivas de las víctimas un año más tarde nos permiten presentar algunas propuestas que pueden ser útiles en el desarrollo de programas de preparación para la atención en desastres. Según Morse³, los primeros momentos después de un accidente la persona “soporta” y no está en condiciones de reflexionar acerca de su experiencia. Lo anterior nos permite precisar que la información obtenida tiene más recuerdo que la que nos podrían haber ofrecido inmediatamente ocurrido el hecho. Es necesario reforzar el apoyo psicoafectivo en los primeros momentos para atenuar el sufrimiento y disminuir las secuelas.

Las manifestaciones psicoafectivas son similares y variadas; no obstante, hubo algunas que se presentaron con mayor frecuencia en los tres grupos estudiados: lesionados, no lesionados y afectados. Es de resaltar que los porcentajes en los lesionados y no lesionados son un poco mayores que en las personas solamente afectadas.

Un análisis detallado de cada una de las manifestaciones mostró que el miedo fue común a los tres grupos y la más sentida de estas manifestaciones, según lo expresaron el 88% de los lesionados, el 85% de los no lesionados y el 68% de los afectados. Posiblemente el miedo que sintieron los lesionados fue mayor, porque la experiencia les dejó heridas, contusiones y fracturas que pusieron en riesgo sus vidas y tuvieron que someterse a largos tratamientos y a rehabilitación. La inseguridad tuvo porcentajes muy similares: en los lesionados 65%, en los afectados 64%, y en los no lesionados 74%. El tercer lugar lo ocuparon variados trastornos del sueño.

En la encuesta se buscó que la persona respondiera teniendo en cuenta los cambios que experimentó a partir del momento del atentado. Se encontró que en el grupo de los no lesionados el 53% tuvo trastornos en sus hábitos de sueño, seguido de los lesionados con el 47% y los afectados el 21%.

Las crisis de llanto en los lesionados, fueron de 47%, y en los no lesionados de 40%, mientras que en los afectados fue de 23%, un poco menor pero significativo, teniendo en cuenta que en nuestra sociedad el llanto es visto como signo de inseguridad y temor, y quien presencia el comportamiento se siente incómodo y limitado para dar algún tipo de ayuda o respuesta, situación que se agudiza si quien tiene dicha manifestación es una persona del sexo masculino.

Es notorio que en una sociedad permeada por tantos y diferentes miedos y donde culturalmente nos sentimos agredidos y agresores, lo cual aumenta el miedo, las manifestaciones de odio que experimentaron los tres grupos tuvieron porcentajes menores que otras manifestaciones. En algunos casos el miedo crea redes de odio y venganza donde, de alguna manera, tratamos de encontrar un responsable que se haga cargo de todas las culpas, cuando en realidad los miembros de una sociedad tenemos una responsabilidad colectiva. Esto nos ha hecho reflexionar que quienes sufrieron personalmente el atentado y sintieron tan de cerca la muerte, han podido entender la fragilidad del ser humano y comprender que por encima de todo está el don de la vida y lograron elaborar el duelo ante el evento que les dejó tantas pérdidas.

Las personas incluidas en el estudio también experimentaron dificultad para concentrarse, irritabilidad y sentimientos de soledad, manifestaciones que tuvieron porcentajes un poco menores y variados, en los distintos grupos.

Los estándares emocionales y conductuales pueden aparecer como respuesta a acontecimientos estresantes de la vida cotidiana; si aparecen dentro de los tres meses siguientes al inicio del factor de estrés, se evidencia un notable malestar que puede ser superior al esperado de acuerdo con la exposición al estímulo y causar perturbación para el funcionamiento social, laboral, académico y familiar de quienes lo experimentan⁴.

Las manifestaciones psicoafectivas varían en cuanto a su expresión y agudización; no obstante, algunas ocurren más frecuentemente que otras y pensamos que en ello juega un papel importante el desarrollo de la personalidad, de la cual forman parte los procesos fisiológicos y patológicos, las frustraciones externas y los conflictos internos que resultan de las amenazas experimentadas en la niñez. Esto, en parte, puede explicar la forma y agudización de las diferentes manifestaciones encontradas. También se deben considerar la edad, el sexo, el ambiente social, cultural, las responsabilidades personales, el apoyo recibido de la familia, los amigos,

Las personas incluidas en el estudio también experimentaron dificultad para concentrarse, irritabilidad y sentimientos de soledad, manifestaciones que tuvieron porcentajes un poco menores y variados, en los distintos grupos

vecinos y comunidad. Otros aspectos que influyen son la densidad de la población afectada y su solidaridad y grado de cohesión.

ESTRÉS

Un atentado dinamitero es un evento rápido y dramático que perturba la vida, trae secuelas como pérdida de vidas humanas, lesiones físicas y afectivas y repercusiones que se manifiestan de múltiples maneras, alteran la cotidianidad y causan estrés.

El concepto de estrés varía de acuerdo con la visión del enfoque; desde el punto de vista fisiológico y bioquímico ocurre como respuesta fisiológica, mientras que desde lo psicológico y psicosocial se considera un estímulo focalizado en un fenómeno externo. El estrés no debe considerarse en sí mismo como bueno o malo; de hecho, algunos autores se refieren a esta respuesta como *eutrés*, que conduce a algo positivo. El término estrés es de reciente inclusión en la terminología de salud; en la física designa fuerza y resistencia. Actualmente se define, como “conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo”⁵. De manera general se entiende que el estrés se produce cuando se rompe el equilibrio, lo que algunos autores denominan como la homeostasis del organismo; ante su pérdida, el organismo responde de diferentes maneras y sus manifestaciones varían de una persona a otra y están relacionadas con el tipo de pérdida experimentada.

En la fase inicial, denominada de impacto en situaciones de desastre, la primera reacción puede ser de huida, correr, alertar a otros. Uno de los entrevistados, decía: “No sé en qué momento salí, pero sí recuerdo que muchos pedían auxilio, y yo sólo pensaba en ayudar a mi amiga que estaba muy herida”. Otra etapa, descrita por los autores, es la denominada por algunos como negación y por otros como bloqueo. Se caracteriza porque las personas hacen esfuerzos para evitar pensamientos que les recuerden la situación vivida. Alguno de los afectados se expresó así: “La reacción fue de silencio, estaba elevada”; otro dijo: “Quedé negado para el esquema social, me alejé de los amigos”. El estrés es el resultado no específico de cualquier demanda sobre el organismo, que acarrea un efecto mental o somático.

De manera general se entiende que el estrés se produce cuando se rompe el equilibrio, lo que algunos autores denominan como la homeostasis del organismo; ante su pérdida, el organismo responde de diferentes maneras y sus manifestaciones varían de una persona a otra y están relacionadas con el tipo de pérdida experimentada



Sargento Ronald A. Wilson, *Anatomía de un "Dustoff"*, Vietnam, 1967. Defense Audiovisual Agency, Washington DC.

El estrés causa en quien lo experimenta diferentes reacciones fisiológicas y psicológicas, con algunos cambios orgánicos, entre los cuales se pueden mencionar los cardiovasculares, con aumento en el ritmo cardíaco, aumento de la presión arterial y en algunos, arritmias cardíacas; también se da incremento en la tensión muscular que produce espasmos, dolores en espalda y cuello, y hay alteración en la respiración y la sudoración. “Presenté hemorragia del tracto digestivo por el estrés”; “En el momento de la explosión yo sentí un pequeño dolor de cabeza e inmediatamente me paré, pero me caí. Creo que fue ahí donde me acabé de quebrar”. Es tal la magnitud de la respuesta fisiológica ante el estrés que aunque esta persona tenía una fractura en la pierna, no sintió dolor allí sino en la cabeza.

En cuanto a los efectos psicológicos asociados al estrés se consideran tres categorías: la cognoscitiva, donde la persona experimenta deterioro de la concentración y la atención, puede también sufrir deterioro de la memoria, existen cambios en la reacción, aumento en la frecuencia de errores, deterioro en la capacidad de organización y planeación. La segunda categoría tiene que ver con los trastornos emocionales; se presenta tensión física y psicológica, puede haber hipersensibilidad y hostilidad hacia los acontecimientos y personas y pérdida de la autoestima: “El niño era tranquilo, no insultaba a nadie, luego del atentado reaccionó con enojo”. La última categoría se refiere a las dificultades conductuales, o sea aquellas relacionadas con los intereses y el entusiasmo, que puede conducir a ausentismo laboral, aumento de sustancias como alcohol, cigarrillo, café, medicamentos prescritos o drogas ilícitas. En esta categoría también se ubican los trastornos del sueño, la tendencia a inculpar a otros, ignorar información pertinente y, en algunos casos, falta de interés: “Comencé a presentar problemas psicoafectivos, por tal razón decidí cerrar el almacén”; “No volvió”. Son evocaciones del momento que les causó tanto dolor y amenaza a sus vidas. No volver al sitio puede tener la connotación de autoprotgerse.

En cuanto a los efectos psicológicos asociados al estrés se consideran tres categorías: la cognoscitiva, donde la persona experimenta deterioro de la concentración y la atención; puede también sufrir deterioro de la memoria, existen cambios en la reacción, aumento en la frecuencia de errores, deterioro en la capacidad de organización y planeación

La persona sometida a una situación de estrés y cuyos comportamientos afectan su calidad de vida, debe buscar formas positivas de afrontar las situaciones dentro del contexto y teniendo en cuenta lo expresado por Zuluaga⁶ quien asigna dos funciones principales al afrontamiento, una focalizada en el problema y otra en la emoción. La primera trata de cambiar la relación ambiente-persona y busca manejar o alterar la fuente generadora de estrés; el afrontamiento focalizado en la emoción, busca cambiar el mundo en que se trata o interpreta lo ocurrido para mitigar o mejorar el estrés.

Las maneras de afrontar el estrés son múltiples y su utilidad depende del uso que se les dé. La confrontación implica medidas directas hacia la situación o persona causante del estrés. Con el distanciamiento se trata de olvidar la situación o no tomarla en serio, comportándose como si nada hubiera ocurrido; por esto no fue posible entrevistar a muchas personas; se encontraban en el exterior; sus posibilidades les permitían poner distancia con el país.

La búsqueda de apoyo social es una forma de afrontamiento que permite compartir con alguien, buscar ser escuchado y tener la capacidad de aceptar la responsabilidad para conservar el autocontrol y autocriticarse. La situación se puede afrontar mediante el escape-avoidance-, y conduce a limitar el contacto con la gente, a esperar que todo cambie sin hacer nada personal o limitarse a ingerir alcohol y drogas. “No volví al Parque Lleras”; “Utilicé calmantes distintos a fármacos”. Estos comportamientos impiden que la persona establezca un plan de acción para

que las condiciones cambien y logre mejorar y madurar como persona. Es evidente que sólo un esfuerzo personal para comprender la situación permite afrontar de manera positiva el estrés y lograr la calidad de vida. Algunas personas pidieron ayuda psicológica pero el sistema de salud no se las proporcionó: “Me hubiera gustado recibir una ayuda siquiátrica pues yo no puedo costearla”. En alguna medida tratan de buscar los apoyos que requieren para mejorar su situación: “Buscó la ayuda del bioenergético”; “A través de la Internet me conecté con un grupo de personas que tienen el mismo problema”. Lo anterior refleja la inexistencia de programas de ayuda que contribuyan a la solución de la crisis. “Mucha tristeza”, esto agrava la condición de la persona, porque con el desafecto, la tristeza y la falta de apoyo se puede llegar a la depresión. Otros se negaron la posibilidad de compartir y de recibir ayuda. “Quedé negado...me alejé de los amigos”. El aislamiento conduce a encerrarse en sí mismo y causa desórdenes emocionales.

MIEDO

En un país atravesado por la violencia no es sorprendente que en quienes han sufrido un atentado dinamitero la mayor y más frecuente reacción sea el miedo porque, como lo expresa Hobbes, citado por María Teresa Uribe⁷, “el miedo es esencialmente moderno, miedo a los otros hombres en tanto que son libres e iguales, miedo racional que calcula, prevé y, en consecuencia, miedo que se representa y se imagina lo que el otro puede hacer”

El vocablo *miedo*, según la Real Academia de la Lengua⁸, proviene del latín *metus* y se define como “la perturbación angustiosa del ánimo, por un riesgo o daño real o imaginario; también, como un recelo o aprensión que uno tiene de que le suceda una cosa contraria a lo que desea”.

El miedo lo experimentamos todos los seres humanos y cada uno lo siente frente a diferentes situaciones. La sensación de miedo va acompañada de reacciones afectivas y fisiológicas bien descritas por Stefan Zweig⁹ en su obra *El Miedo*. El autor describe muchas reacciones que de alguna manera expresan las víctimas de un atentado dinamitero.

Zweig describe el miedo como una creciente inquietud, un ominoso presentimiento; temblor y frialdad en las manos, prisa nerviosa, agitación. El miedo se adueña del individuo, el corazón late de prisa, la respiración se hace agitada, se siente algo amargo y náuseas; y al mismo tiempo, aparece una furia insensata y sorda que crea barrotes alrededor de la experiencia.

El miedo que crea barrotes alrededor de la existencia es posiblemente lo que algunos de los afectados y lesionados en el acto terrorista manifiestan cuando expresan: “No volví al Parque; alguien que no haya estado allí no entiende los miedos y limitaciones que vienen a rodearlo a uno” y otra persona dijo: “En mi familia les costaba entender que yo no quisiera ir al centro comercial, yo centralicé el miedo allí y en sitios concurridos”.

Ante estas vivencias puede aparecer otro fenómeno posterior al miedo y es aquel donde se aplasta o desaparece lo real y crece una sensación de peligro que paulatinamente se va apoderando del imaginario colectivo. “Revivo la imagen” decía alguno, y es que cuando se trata de recuerdos que han impactado, al evocarlos en algún momento se sienten como en el instante en que ocurrieron.

El miedo lo experimentamos todos los seres humanos y cada uno lo siente frente a diferentes situaciones. La sensación de miedo va acompañada de reacciones afectivas y fisiológicas bien descritas por Stefan Zweig, en su obra *El Miedo*

En otras circunstancias, las comunidades parecen buscar seguridad y certeza antes que venganza y miedos, lo cual contribuye a reconstruir el tejido social y re-crear la fe y la esperanza en el futuro. Las personas buscan el apoyo inicialmente en el Estado: “Mucha tristeza, no vale la pena vivir en Colombia”; “Una abogada me dijo que llevara unos papeles para la Red de Solidaridad. Yo llené todos los papeles y nunca me llamaron. Al principio del año fui a preguntar y la niña que me atendió me dijo: ¿Usted perdió un brazo o una pierna? Yo le dije: “no perdí nada, pero estoy en tratamiento”. Ella me respondió: ¡“Ah!, no hay plata, si acaso le dan \$500.000”.

Para poder enfrentar el miedo, algunos autores proponen ritualizarlo, es decir, crear imágenes y representaciones que internamente den fortaleza y seguridad individual y poco a poco hacerlas parte del imaginario colectivo, que puede traducirse en símbolos, metáforas y hasta acciones rituales, como los realizados en el Parque Lleras y en otras ciudades en momentos posteriores a un atentado: luces, cantos, frases, todo un ritual para exorcizar el miedo.

El ser humano trata de conocer las razones de su miedo. Es una tarea difícil, máxime cuando en nuestra cultura está muy arraigada la concepción de que la sociedad se divide en “buenos” y “malos”, como lo pregonan algunas frases donde se rechaza la violencia. Por lo tanto, es una tarea impostergable trabajar con individuos y grupos para que cada uno conozca y afronte sus miedos en el aquí y ahora de sus vivencias sociales.

El miedo a la muerte es universal, compartido por las culturas y religiones que han elaborado ritos y grados de negación diferentes. La muerte es difícil de entender, más aún cuando se albergan ilusiones de vivir por muchos años y se llega a la necesidad de negar esa realidad.

Con base en las expresiones de las personas entrevistadas es importante hacer algunas reflexiones acerca del duelo, entendido como la respuesta a una pérdida o separación, de un lugar, objeto o persona.

Según Bob Wright¹⁰, el duelo consta de cuatro fases:

1. Fase de shock, insensibilidad, en la cual nada puede ser verdad para el doliente. Es una etapa de falsa serenidad que desconecta al doliente de su propia realidad. Esta fase la expresa una persona cuya compañera falleció: “Mi compañera sólo se desmayó, la llevaron a la clínica y allí dizque murió, no sé por qué, no he sido capaz de preguntarle a la familia”.
2. Segunda fase: En ella aparece el sentimiento de culpa relacionado con la pérdida, como un fenómeno de autocastigo y autorrecriminación, cosas que no hizo, sentimientos que no expresó, acciones que ocasionaron daño a la persona que ya no está. La respuesta más universal es el llanto, que indica que algo le duele a la persona y necesita una respuesta de cercanía y protección, como un intento de recuperar la pérdida y al mismo tiempo, de expresar dolor y descargar sentimientos internos.
3. Tercera fase: Se vive la resistencia a volver a la vida habitual. El doliente se siente sin fuerzas, débil e incapaz de afrontar nuevas situaciones y decisiones. Esta fase se evidenció claramente en las personas que expresaron: “Quedé negado para el esquema social, me alejé de los amigos” ó “Decidí cerrar el almacén”.

El ser humano trata de conocer las razones de su miedo. Es una tarea difícil, máxime cuando en nuestra cultura está muy arraigada la concepción de que la sociedad se divide en “buenos” y “malos” como lo pregonan algunas frases donde se rechaza la violencia

4. Cuarta fase o de afirmación de la realidad y recuperación: Gradualmente se va abriendo paso a la esperanza, se recupera el sentido de sí mismo al aceptar la pérdida y habituarse a una nueva forma de vivir, “Ahora, casi un año después, me siento bien”, “Me tomó casi seis meses vencer el miedo”. La elaboración adecuada de esta fase implica que la persona ha tenido que asumir nuevos roles y adquirido habilidades que le permiten sentirse independiente y mirar al futuro con optimismo.

El duelo ha sido resuelto cuando el doliente acepta la realidad, expresa sus sentimientos, los identifica y los comprende. Oigamos a alguien en esta circunstancia: “Tres de las personas que estaban conmigo murieron; después de salir del hospital puedo hablar de lo que sea respecto a las personas que murieron en ese atentado”.

El hombre siempre se ha enfrentado, con mayor o menor éxito de acuerdo con las diferentes culturas, al misterio de la muerte, que ha sido rechazada, sobre todo en la sociedad occidental, y es temida y escondida en la sociedad moderna; no obstante, frente a la muerte, y de manera especial aquella que llega súbita y violentamente, el hombre no logra entender, menos aceptar, y por eso las frecuentes expresiones de miedo en quienes padecen un atentado; con frecuencia les causa incredulidad, como lo expresa la compañera de uno de los fallecidos: “No sufrió lesión, sólo se desmayó, la llevaron a la clínica y allá dizque murió”

El miedo a la muerte trae aparejada una ansiedad latente o manifiesta que es componente de la condición humana. “La ansiedad”, dice Colombero,¹¹ “es una señal de alarma y nace de ese sentimiento de inseguridad que todo viviente prueba ante lo desconocido del mundo circundante”. Además, el miedo a la muerte en estos casos es muy fuerte porque el individuo se da cuenta de que no tiene poder sobre el ambiente externo que se presenta amenazante. Esto lo expresa de alguna manera uno de los lesionados, “Ante lo ocurrido, haber quedado con vida era lo más importante; de pronto ya no me gusta salir adonde hay tumultos”. El hecho de no salir parece darle un poco de dominio sobre el ambiente externo incierto, y sobre el cual no tiene poder físico ni social.

Todo individuo tiene una necesidad básica de mantener su integridad y sentirse dueño de sí. Quien vive con miedo a la muerte y con inseguridad sobre su integridad física tiene multitud de sentimientos, reacciones y ansiedades que lo conducen a perder su estabilidad emocional y a llevar una vida llena de limitaciones y temores. Teniendo en cuenta que el miedo a la muerte es universal, las personas que lo manifiestan, sea real o no su causa, deben recibir atención profesional para que logren expresar sus sentimientos sin sentirse amenazados o menospreciados.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

Los trastornos del sueño se manifiestan como la incapacidad para dormir o permanecer despierto; el más significativo es el insomnio, pero éste, más que un trastorno en sí mismo, es un síntoma que se desencadena por diferentes causas.

De acuerdo con el momento de presentación del trastorno, se clasifica en: insomnio de conciliación¹² cuando hay dificultad para dormirse; de mantenimiento, el cual se caracteriza por despertares frecuentes; y terminal cuando se presenta en la última parte de la noche.

Todo individuo tiene una necesidad básica de mantener su integridad y sentirse dueño de sí. Quien vive con miedo a la muerte y con inseguridad sobre su integridad física, tiene multitud de sentimientos, reacciones y ansiedades que lo conducen a perder su estabilidad emocional y a llevar una vida llena de limitaciones y temores

Los trastornos de ansiedad, como las crisis de pánico y los pensamientos catastróficos (“aún me despierto por el posible sonido de una explosión”), afectan la fase de conciliación y desencadenan el insomnio.

Así mismo, la depresión y los problemas situacionales originados por causas patológicas y eventos tormentosos, producen comúnmente insomnio terminal lo que se evidencia en este testimonio: “Al principio no dormía, pasaba despierta toda la noche, me dormía por ahí a las cinco de la mañana, hasta las diez.”

ODIO

Tanto la antropología como la psicología acumulan pruebas de que en el hombre habitan pulsiones destructivas tan intensas que parecen superar a las de otros seres vivos. Los comportamientos de los seres humanos indican que las iniciativas humanas parecen brotar inicialmente de los aspectos destructivos denominados tanáticos; por ejemplo: primero se violaron los derechos humanos y luego surgieron las organizaciones que los defienden.

Para Freud¹³ la pulsión de muerte, *thanatos*, es aquella que nos precipita a la destrucción y la muerte. Ella se manifiesta en el goce de la violencia y la desaparición del otro. Hay momentos en la historia de los pueblos en los que se hace más evidente esta pulsión tanática. El odio es una de sus manifestaciones y genera el miedo que conduce a comportamientos extraños, inapropiados y a la evitación del contacto con los demás.

El odio se puede presentar en forma de malhumor, irritabilidad e ira, y constituye un disfraz o defensa contra un estado oculto de aprensión. Es un sentimiento que genera deseos de venganza, o sea de causarle efectivo daño al otro. No es posible determinar si en las expresiones de odio de las personas afectadas por el atentado se trata de rabia o de una manifestación de miedo. Según Hobbes¹⁴, “éste es un miedo que razona, que piensa, que calcula, que induce a sopesar posibilidades o riesgos; que diseña futuros posibles y deseables; en fin, es miedo razonable, que se fundamenta en hechos y que busca soluciones adecuadas en un horizonte de posibilidades reales; es un miedo con objeto definido”.

PROYECTO EDUCATIVO

La salud mental es la integración placentera del hombre con su entorno. Quienes han vivido un atentado tienen la sensación de que van a ser atacados en cualquier momento y por ello experimentan miedo.

El profesional de enfermería, como miembro de un equipo interdisciplinario, tiene el compromiso de brindar un cuidado integral; de manera muy especial debe atender las diferentes manifestaciones psicoafectivas de las personas que han sido víctimas de los atentados. Para ellas, la vida carece de sentido, porque han tenido que renunciar a las ilusiones y sueños, sentimiento que se hace más intenso cuando se ha perdido un ser querido. El acompañamiento es fundamental para reencontrar sentido a la vida. Por lo tanto es necesario implementar programas educativos para los diferentes grupos de la comunidad, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

Objetivo: Desarrollar en las personas y sus familias habilidades cognitivas, emocionales, conductuales, sociales y organizacionales, que les permitan un afrontamiento efectivo de las situaciones críticas o de soporte a la adversidad, en forma positiva.

Estrategias: El proyecto debe ser diseñado de acuerdo con las condiciones de cada una de las comunidades y las situaciones que las llevaron a la crisis. Se deben tener en cuenta algunos aspectos generales que presentamos a continuación y son el resultado de la revisión de otros trabajos, y lo expresado por los afectados y lesionados del atentado del Parque Lleras.

- Las comunidades deben conocer las situaciones de riesgo y ser partícipes activas en la elaboración de los planes de emergencia. Esto les permitirá diseñar propuestas de prevención, mitigación y preparación, y así lograr el desaprendizaje del miedo, que en un momento dado se generaliza en los grupos sociales sometidos a riesgo.
- El proyecto debe incluir un trabajo de reflexión acerca de las estrategias que las personas utilizan para enfrentar el miedo, al igual que los motivos que lo activan y las medidas que ofrecen seguridad.
- Es necesario que, a través de talleres vivenciales, los grupos adquieran habilidades cognitivas, emocionales, conductuales, sociales y organizacionales que les permitan avanzar en el afrontamiento de las crisis.
- Considerar las personas lesionadas y afectadas en algún atentado, como un grupo especial, teniendo en cuenta que su proceso de duelo puede variar con base en el recuerdo, su impotencia física o síquica para afrontar la realidad y la culpabilidad de haber sobrevivido.

- El concepto de ciudadanía, entendido como el vínculo político del sujeto social con los individuos y la comunidad, permite que el sujeto sea miembro pleno de una comunidad a la cual le debe lealtad. El respeto por el otro, la autoestima, son temas que deben incluirse en el trabajo educativo desde la escuela, la familia y los colectivos.

CONCLUSIONES

Para lograr efectividad en los programas educativos se deben considerar algunas propuestas que permitan a las comunidades estar mejor preparadas para enfrentar las crisis

- Crear y mantener sistemas de apoyo social. Ésta es una responsabilidad de las organizaciones comunitarias y del Estado.
- Realizar estudios acerca de las concepciones mítico-religiosas, para construir propuestas que permitan proyectos acordes con la realidad y elaborar consensos y disensos en torno a las creencias.
- Conformar equipos de intervención disponibles que tengan reconocimiento, legitimidad y profesionalidad frente a la comunidad
- Fomentar discusiones y análisis de situaciones con el fin de disminuir los rumores que inciden en la efectividad de las acciones de prevención y atención física y psicoafectiva. **E**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Sinopsis de psiquiatría, 7ª ed. Buenos Aires: Médica Interamericana; 1996. p. 311.
2. Triandes HC. Actitudes y cambio de actitudes. Barcelona: Toray; 1974. p. 213.
3. Morse JM. Los métodos cualitativos: el estado del arte. Traducción. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.cqe.udq.mx/revistaudq/ruq17/2metodos.html>. Acceso el: 21 de Octubre 2003.
4. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Sinopsis de psiquiatría, 7ª ed. Buenos Aires: Médica Interamericana; 1996. p. 311.
5. Peña Albarracín S. Breve psicopatología sobre el estrés, trastornos por estrés. [Sitio en Internet] Disponible en: http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/manual/a7n8.htm. Acceso el: 23 de Octubre 2003.
6. Zuluaga Mejía D. El estrés y su afrontamiento. En: Calderón JH, Amézquita Medina ME. Salud mental, sociedad y cotidianidad. Manizales: Universidad de Caldas; 2001. p. 122.
7. Uribe MT. Las incidencias del miedo en la política: una mirada desde Hobbes. En: Seminario: Construcción social del miedo, 2001 Agos 13, 14 y 15, Medellín: Corporación Región; 2001.
8. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Madrid: Espasa; 1992. p. 1369.
9. Zweig S. Miedo. En: obras completas. Barcelona: Juventud; 1976. pp. 395-436.
10. Wright B. La muerte y el duelo. New York: Macmillan; 1991. p.180.
11. Colombero G. La enfermedad, tiempo para la valentía. Santa Fe de Bogotá: Ediciones Paulinas; 1996 p. 56.
12. Toro GR, Yepes QL. Psiquiatría, 3ª ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB; 1996. p. 58.
13. Freud S. Más allá del principio del placer. Tomo VII. Madrid: Biblioteca Nueva; (sf) p. 2507-2541.
13. Uribe MT. Las incidencias del miedo en la política: una mirada desde Hobbes. En: seminario: construcción social del miedo; 2001 Agos 13, 14 y 15 Medellín: Corporación región; 2001.