

Catástrofes. Repercusión en Salud Mental

La literatura sobre las consecuencias psicológicas y las repercusiones para la salud mental de los desastres y las catástrofes es muchas veces contradictoria en cuanto a sus conclusiones. Hay múltiples razones que justifican este hecho: las distintas aproximaciones metodológicas, la magnitud del desastre que se está evaluando, las repercusiones sociales y económicas del mismo, la cercanía o lejanía en el tiempo entre la catástrofe y el momento de la evaluación de sus consecuencias y los aspectos que se quieren evaluar. En este trabajo se trata de hacer una revisión del estado actual del conocimiento sobre las repercusiones psiquiátricas de estas situaciones y sus implicaciones en salud mental, haciendo especial hincapié en aquellos aspectos en los que hay acuerdo en la literatura.

Todas las situaciones de caos tienen en su presentación una serie de elementos comunes en tanto en cuanto se trata de sucesos inesperados que afectan a un determinado grupo de población. Independientemente de que se trate de desastres nucleares, erupciones volcánicas, terremotos, inundaciones, incendios, accidentes de aviación, tiroteos o revueltas ciudadanas, todos comparten una serie de elementos comunes. Los afectados muchas veces son víctimas directas de la situación y otras lo son por causa del horror, miedo, sufrimiento o peligro del que han sido espectadores. El hecho de ser sucesos repentinos, difíciles de prever, inesperados y de fatales consecuencias les confiere una alta potencialidad lesiva.

El primer aspecto a tener en cuenta es el de cuál es la población sobre la que hay que dirigir la atención para evaluar la aparición de trastornos. En este punto hay autores (1) que llaman la atención sobre la reticencia y resistencia de muchos sujetos que han sido víctimas de algún desastre a utilizar después los recursos de Salud Mental que se establecen para ayudarles. La utilización de mecanismos de negación y evitación jugaría un papel en este hecho que a veces se da precisamente en aquellos sujetos que estuvieron más expuestos al desastre y entre los que cabría esperar mayor prevalencia y gravedad de trastornos. También se dan actitudes ambivalentes de petición de ayuda y después de rechazo de la misma por no aceptar considerarse enfermos y por el deseo de olvidar los desagradables recuerdos vividos.

En segundo lugar, las consecuencias y reacciones psíquicas de las catástrofes varían según el momento en que se realice la evaluación de los afectados (2). Inmediatamente después del suceso abundan las reacciones de estrés agudo con pánico y temor, situaciones de pérdida de control, estados estuporosos y agitación o «ataques de nervios» (3). El grado y velocidad de recuperación subjetiva de los trastornos sufridos tras un desastre está en relación con la proximidad y afectación por el mismo, aunque la prevalencia de diagnóstico no siempre coincide con

ello (4). Los diagnósticos que con mayor frecuencia aparecen reflejados en la literatura son el trastorno por estrés postraumático, trastornos depresivos, trastornos por ansiedad y con menor frecuencia abuso de sustancias o trastornos psicóticos (2, 4, 5, 6).

No todos los sujetos víctimas o testigos de los desastres van a presentar trastornos psíquicos. Resulta por ello muy importante en tercer lugar investigar los posibles factores de vulnerabilidad a fin de encauzar hacia ellos las posibles estrategias preventivas. Hay coincidencia en destacar cómo la historia previa de trastornos psiquiátricos es un fuerte predictor de psicopatología postrauma. Este factor influye con mayor intensidad que otros como la naturaleza proximidad o grado de afectación por el trauma (7). Se produce un fenómeno umbral para la presentación de síntomas: la proporción de víctimas afectadas es mayor en los desastres de mayor magnitud, pero la abundancia de síntomas entre los afectados y la escasez de los mismos entre los no afectados son similares, independientemente del desastre. Es decir, parece que los seres humanos, ante situaciones de estrés, una vez que pasan un determinado umbral, presentan una respuesta emocional similar.

Por último, otros factores que influyen en la prevalencia de morbilidad psiquiátrica aumentando el riesgo de presentarla son la existencia de problemas sociales sobreañadidos (8), el menor grado de satisfacción con las relaciones sociales en general o de pareja en particular (3) y el bajo nivel socioeconómico. Este último influye en un doble sentido por tener menos recursos y menor posibilidad de recibir ayudas. Aparece también mayor riesgo en solteros, separados o viudos, frente a casados y si hay asociada enfermedad física o autopercepción de mala salud por parte de los sujetos.

Resulta evidente que las catástrofes y desastres tienen repercusiones en Salud Mental, por lo que hay que crear recursos que satisfagan las necesidades que surjan. Durante el período de impacto, hasta el 75% de los afectados se pueden sentir confusos y aturridos y del 12% al 25% mostrar comportamientos inadecuados, desde cuadros histéricos y ansiedad severa hasta psicosis (9). Con frecuencia las víctimas se ven a sí mismas como individuos normales que tienen que superar una mala experiencia y perciben al especialista en Salud Mental como proporcionador de un servicio que no necesitan. El acceso a los recursos de Salud Mental está muchas veces dificultado por el bajo nivel socioeconómico de las víctimas y por afectar con mayor frecuencia las catástrofes a países subdesarrollados sin adecuada infraestructura en Salud Mental (10). Los síntomas pueden persistir durante mucho tiempo, por lo que hacen falta además seguimientos largos de los pacientes.

La Organización Mundial de la Salud, sobre la base de los supuestos anteriormente enunciados, recomienda que la atención a las víctimas de catástrofes

COMUNICACIONES BREVES

se realice desde la Atención Primaria. Este es el marco más adecuado para satisfacer las necesidades tanto físicas como mentales tras estas situaciones. Se ha recogido en varios estudios la falta de sensibilidad en el reconocimiento de alteraciones emocionales por parte de los trabajadores de Atención Primaria (10), por lo que es necesario trabajar en su adiestramiento y sensibilización, así como ofertar el apoyo de los Servicios de Salud Mental para colaborar y solucionar conjuntamente los casos más complejos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) SCHWARTZ, E.; KOWALSKI, J., «Malignant memories. Reluctance to utilize Mental Health Services after a disaster», *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1992, 180, pp. 767-772.
- (2) SPIVAK, L. I., «Psychiatric aspects of the accident at Chernobyl Nuclear Power Station», *Eur. J. Psychiat.*, 1992, 6, 4, pp. 207-212.
- (3) GUARNACCIA, P. J.; CANINO, G.; RUBIO-STIPEC, M. A.; BRAVO, M., «The prevalence of 'ataques de nervios' in the Puerto Rico disaster study. The role of culture in psychiatric epidemiology», *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1993, 181, pp. 157-165.
- (4) SMITH, E. M.; NORTH, C. S.; MCCOOL, R. E.; SHEA, J., «Acute postdisaster disorders: identification of persons at risk», *Am. J. Psychiatry*, 1990, 147, pp. 202-206.
- (5) LIMA, B. R.; PAI, S.; SANTACRUZ, H.; LOZANO, J., «Psychiatric disorders among poor victims following a major disaster: Armero, Colombia», *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1991, 179, pp. 420-427.
- (6) GREEN, B. L.; LINDY, J. D.; GRACE, M. C.; LEONARD, A. C., «Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample», *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1992, 180, pp. 760-766.
- (7) MCFARLANE, A. C., «The aetiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors», *Br. J. Psychiatry*, 1989, 154, pp. 221-228.
- (8) MAJ, M.; STARACE, F.; CREPET, P.; LOBRACE, F.; VELTRO, F.; DE MARCO, F.; KEMALI, D., «Prevalence of psychiatric disorders among subjects exposed to a natural disaster», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1989, 79, pp. 544-549.
- (9) FISHBAIN, D. A.; ALDRICH, T. E.; GOLDBERG, M.; DUNCAN, R., «Impact of a humanmade disaster on the utilization pattern of a psychiatric emergency service», *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1991, 179, pp. 162-166.
- (10) LIMA, B. R.; CHAVEZ, H.; SAMANIEGO, N.; POMPEI, M. S.; PAI, S.; SANTACRUZ, H.; LOZANO, J., «Disaster severity and emotional disturbance: implications for primary mental health care in developing countries», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1989, 79, pp. 74-82.

* J. M. Marín Lozano. Residente Psiquiatría. Hospital La Paz, Madrid.

J. Santo-Domingo Carrasco. Jefe Servicio Psiquiatría. Hospital La Paz. Madrid.

** Fecha de recepción: 14-I-1994