

**RESPUESTA EMOCIONAL TRAS EL PASO DEL HURACÁN DENNIS.
ÁREA VI MUNICIPIO DE CIENFUEGOS**

AUTORES:

- *Dr. Víctor René Navarro Machado**
- **Dra. Belkys Martínez Sosa.**
- ***Dra. Yamelys Garrido Martínez.**
- ****Lic. Xiomara Larramendi Arrowsmith.**

- * Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna y Medicina Intensiva y Emergencias. Instructor**
- ** Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Psiquiatría.**
- *** Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.**
- **** Licenciada en Psicología.**

**Dirección Provincial de Salud Cienfuegos
Avenida 38 final Cienfuegos Cuba CP 55100
Teléfonos: 512871 y 512872
Correspondencia:
Dr. Víctor R. Navarro Machado
Calle 65 No 601 entre 6 y 8 Cienfuegos Cuba. CP 55100
E-mail: victor@jagua.cfg.sld.cu**

RESUMEN:

Fundamento: La salud mental de las personas expuestas a situaciones que ocasionan estrés como el caso de desastres, puede modificarse dando lugar al incremento de reacciones emocionales intensas. **Objetivo:** Evaluar la respuesta emocional de los afectados por el Huracán Dennis. **Métodos:** Se realizó una entrevista semiestructurada a 104 adultos damnificados en el Area VI del municipio de Cienfuegos, a la semana de ocurrido el evento. **Resultados:** Los principales síntomas ante la inminencia del ciclón fueron la preocupación (41,3 %) y el miedo (28,8) aunque un 23,1 % no refirió ningún síntoma de la esfera psíquica. A la semana del huracán, el 11,5 % mostraba síntomas de un trastorno por estrés agudo ligero con predominio de síntomas como la tristeza (12,5 %), manifestaciones psicósomáticas (10,6 %), angustia y trastornos del sueño (9,6 %), estadísticamente asociados solo a daños severos en el hogar y al sexo femenino. No hubo cuadros psicóticos agudos ni descompensación de los casos crónicos. La experiencia previa, el conocimiento del evento (97,1 %), la ausencia de víctimas fatales o lesionados graves, la confianza en la solución definitiva de los problemas materiales y económicos (82,7 %) por el estado y la garantía de los servicios de salud parecen estar relacionados a la baja incidencia de los trastornos psicológicos encontrados. **Conclusiones:** Ante un desastre, la intervención oportuna sobre los factores estresantes tanto primarios como secundarios reduce la aparición de síntomas graves y/o tardíos en la esfera psíquica, la diversidad de necesidades que surgen plantea una actuación multidisciplinaria temprana y con base comunitaria.

Descriptores (DeCs): Desastres, Trastorno por estrés agudo, **Síndrome por estrés postraumático.**

INTRODUCCIÓN:

Hasta la década de los años 70, el tema de la salud mental en situaciones de desastres era poco reconocido y carente de importancia y de estrategias de intervención (1,2). En 1977, Brownstone y colaboradores propusieron que se concediera a los aspectos de salud mental la misma importancia que se brindaba a la atención física de víctimas y supervivientes de los desastres, lo cual dio inicio al enfoque psicosocial para la intervención de las consecuencias emocionales a corto mediano y largo plazo en este grupo de personas. Sin embargo, fue luego de las catástrofes de México y Colombia en 1985, cuando los aspectos psicológicos en situaciones de emergencias realmente han venido a ocupar el lugar adecuado (2)

Los desastres suponen una situación de crisis generada por un evento vital externo que sobrepasa la capacidad de respuesta, incluida la emocional, del ser humano; en tal sentido, ello produce un desequilibrio e inadaptación psicológica que probablemente necesitarán de apoyo familiar, social o intervención profesional (3).

La salud mental de las personas expuestas a situaciones de fuerte estrés como el caso de desastres sufre un gran impacto como resultado del miedo, la violencia, las heridas o mutilaciones, los eventos relacionados a la muerte de personas cercanas, las pérdidas

económicas, en especial lo relacionado a viviendas e infraestructura social, el desplazamiento e inmigración y la convivencia con refugiados. Todo ello condiciona el incremento de las reacciones emocionales intensas.

Las investigaciones han demostrado (1,4) que después de un acontecimiento traumático, el tiempo de cicatrización de las heridas psicológicas es de mucha mayor duración que la de las heridas físicas y la asimilación de un sufrimiento psicológico es una tarea prolongada y compleja para cualquier individuo o comunidad.

El ciclón Dennis afectó la provincia de Cienfuegos el día 8 de julio del 2005; y el área VI del municipio de Cienfuegos fue una de las más afectadas; por ello se decidió por la Dirección Provincial de Salud el envío de una brigada médica integral de la cual formaron parte los autores, la que entre otras direcciones trabajó los aspectos psicológicos de la población afectada.

Es objetivo de este trabajo la valoración de la respuesta emocional de las personas afectadas, tras el paso del ciclón Dennis en el área de salud No VI del municipio de Cienfuegos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó un estudio descriptivo sobre la respuesta emocional de los pobladores adultos del área VI del municipio de Cienfuegos, provincia de igual nombre tras el paso del ciclón Dennis (Día 8 de julio del 2005)

El universo de la investigación lo constituyeron la totalidad de los núcleos familiares (472) de los asentamientos más dañados por el ciclón (comunidades de El Perché, El Castillo, La Loma y el Campamento 7), incluidos los que estaban evacuados, quienes fueron visitados en el terreno por la brigada integral de salud. La muestra fue seleccionada al azar simple y estuvo constituida por 104 adultos, representantes del 22 % de los núcleos familiares afectados y del 3.2 % del total de la población de esos asentamientos.

El grupo de trabajo elaboró una entrevista semiestructurada la cual fue realizada durante la visita de terreno a las personas adultas de los lugares antes mencionados. La misma se aplicó a la semana de acontecido el evento por los autores (miembros de una brigada médica integral de salud) e incluyó los siguientes aspectos: edad, sexo, escolaridad, antecedentes de trastornos nerviosos, conocimiento previo del ciclón, síntomas ante la inminencia del mismo, si fue evacuado, clasificación de los daños sufridos a la vivienda y confianza en su solución, fallecidos o traumatizados adyacentes, daños físicos y síntomas actuales.

Para el diagnóstico y clasificación de posibles trastornos psíquicos se utilizó el manual de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría 4ta edición revisada del 2004. (5)

El diagnóstico y manejo posterior de estos casos, se realizó por la psiquiatra y psicóloga del equipo de trabajo. A los casos detectados se les brindó primera asistencia psicológica en el terreno y se les remitió al grupo de psicología del área de salud para su seguimiento.

Los datos obtenidos se procesaron mediante el programa estadístico EPINFO 5.01; los resultados se muestran en frecuencias absolutas (números absolutos) y frecuencias relativas (porcentajes) los que fueron calculados con el mismo procesador con un intervalo de confianza del 95 %.

RESULTADOS:

La muestra estuvo constituida (Tabla No 1) por 104 personas adultas, con ligero predominio del sexo femenino (61,5 %) y del grupo etáreo comprendido entre los 30 y 44 años (45,2 %).

Los principales síntomas ante la inminencia del ciclón (Gráfico No 1) fueron la preocupación (41,3 %) y el miedo (28,8 %) aunque un 23,1 % no refirió ningún síntoma de la esfera psíquica.

Un 11,5 % de los encuestados referían síntomas que conformaban el diagnóstico de un trastorno por estrés agudo entre los que se destacaban la tristeza (12,5 %), síntomas psicósomáticos (10,6 %) y angustia y trastornos del sueño (9,6 %) (Gráfico No 2)

Dentro de los factores posiblemente asociados a la aparición del trastorno por estrés agudo (Tabla No 2) se encuentran los daños severos en el hogar y el sexo femenino, otros aspectos considerados carecieron de asociación estadística.

Otros elementos recogidos en la encuesta fueron: el 97,1 % de los encuestados refirieron conocimiento previo del ciclón (características y curso), el 90,4 % tenía confianza en que su problema de vivienda y económico sería resuelto por el estado en semanas (26,9 %) o meses (55,8 %) a pesar que el 36,4 % aún permanecía en el campamento de evacuados. De igual manera, todos manifestaron tener garantizada la accesibilidad a los servicios de salud. Nadie tuvo experiencias desagradables relacionadas con la muerte o lesiones de familiares o personas cercanas y casi todos habían tenido experiencia previa en la preparación ante eventos similares.

Como parte del trabajo del grupo se visitó además a los pacientes dispensarizados por enfermedades psiquiátricas y no se detectaron cambios en su conducta motivados por el evento meteorológico ni hubo necesidad de hacer cambios en su tratamiento.

DISCUSIÓN:

En la literatura (1,2), las posibles reacciones psicológicas ante los desastres oscilan en alrededor de 140 manifestaciones o quejas las cuales se agrupan en desorganización psíquica, duelo y colapso narcicístico. Las más frecuentes en el momento de los hechos según estudio en Guatemala son el miedo (31 %) y la tristeza (29 %) por efectos de las

pérdidas y la violencia. También se refieren al hambre y sufrimiento extremo (21 %), profundos sentimientos de injusticia por las muertes (15,4 %) y enfermedades psicomáticas (15 %) (2).

En nuestro estudio, los síntomas ante la inminencia del evento se focalizaron en preocupación y miedo, tal vez asociados a que el 97,1 % conocía sobre el huracán y sus características.

Después de un desastre, los sobrevivientes describen, además, que la violencia les produce mucha impotencia (12,5 %) y perspectivas negativas hacia el futuro (8,1 %); En menor medida, los testimonios recogen cambios en la visión de sí mismo o el mundo (2,6 %) y sentimientos de soledad por la pérdida de familiares (3,2 %) (2) aspectos no encontrados en nuestro estudio. Coincidimos en que cuando ocurre un desastre natural, la conducta de los afectados rara vez evoluciona al pánico generalizado o la espera aturdida, tan pronto los sobrevivientes se recuperan de la conmoción inicial comienzan a actuar de forma positiva para alcanzar metas personales bien definidas, se incrementa la acción individual espontánea pero sumamente organizada (6).

En la respuesta emocional al desastre, se describen 4 fases, la primera o de impacto en la que en los primeros días los individuos se sienten aturdidos, entumecidos, escépticos y algo confundidos, la segunda o de crisis, después del impacto inicial, los individuos pueden experimentar varios sentimientos (rechazo, síntomas somáticos, enojo, irritabilidad, apatía, y el retiro social). La tercera de la resolución: el pesar, culpa, y depresión son a menudo prominentes durante el primer año, y los individuos continúan cubriendo sus pérdidas. Y por último la fase de la reconstrucción: caracterizadas por la reevaluación, asignación del significado, y la integración del evento en un nuevo concepto (7).

La reacción psicológica ante la situación vivida depende, entre otras variables, de la intensidad y las circunstancias del trauma, la edad, del historial de agresiones previas, de la estabilidad emocional anterior, de los recursos psicológicos propios, de la autoestima, del apoyo social y familiar y de las relaciones afectivas actuales. Todos estos elementos, asociados a valores culturales, patrones familiares y educacionales, interactúan de forma variable en cada caso y configuran las diferencias individuales que se constatan entre las víctimas de un mismo hecho traumático. (8-10)

No tuvimos trastornos psicóticos agudos ni aún descompensación de los pacientes psicóticos crónicos que se encontraban en la comunidad, también llama la atención que a la semana el 65,4 % de los encuestados no referían síntomas asociados al evento, lo que coincide con el trabajo de Lubit R (7) quien describe poca frecuencia de enfermedades mentales severas en la minoría de la población (1 %).

En situaciones de emergencias, las patologías psíquicas más observadas son de tipo depresivo y de ansiedad, así como los trastornos por estrés agudo (TEA) y el síndrome por estrés postraumático (SEPT) (2).

Entre los encuestados, solo 12 presentaban un cortejo sintomático compatible con lo antes descrito, pero solo para el diagnóstico de TEA ligero; no podemos afirmar lo relacionado al SEPT pues para su confirmación hace falta la presencia de síntomas al menos en el primer mes y la entrevista se realizó al concluir la primera semana. Es de destacar que no encontramos los síntomas disociativos (desrealización, despersonalización y amnesia disociativa) que se describen en el TEA (7), los demás estuvieron presentes pero no todos ni en todos los enfermos.

Los principales factores de riesgo para el desarrollo del TEA y SEPT son la pérdida de un ser querido, sufrir lesiones o trauma, ser testigos de escenas horribles (aspectos no presentes en nuestro caso), los individuos con antecedentes psiquiátricos o con trauma previo (no relevantes en nuestro estudio), la pérdida de la vivienda o la comunidad, la exposición extensa al peligro y los individuos sin y con soporte social comprometido (7,11)

Se cita (8), que el SEPT puede afectar del 15 al 30 % de los sobrevivientes a catástrofes pero también lo padecen las víctimas de delitos (25 %) en especial mujeres agredidas sexualmente (50-60 %) y los sujetos implicados en accidentes de tránsito (29 %). En general, el trastorno tiende a ser más grave y duradero cuando el suceso sufrido es más intenso y cuando las causas son obra del ser humano y no meramente accidentales.

En investigación entre 200 evacuados (9) la tasa de prevalencia de trastornos emocionales fue del 55 % (principalmente SEPT, cuadros depresivos mayores y ansiedad generalizada), pero 30 meses después los trastornos prevalecían en el 55 – 78 % asociados principalmente a estancia prolongada en albergues, el desempleo, falta de apoyo comunitario y social e insuficiencia de los programas de ayuda. En tal sentido, estos aspectos no tuvieron relevancia en nuestra casuística, el estudio fue a la semana pero ya para esa fecha los evacuados estaban regresando paulatinamente a sus hogares los cuales reconstruían con materiales entregados gratuitamente y con el apoyo de la comunidad y brigadas de constructores y a los trabajadores se les dieron días libres para ello sin perder su empleo; por otro lado, se reforzó el programa comunitario de salud, con incremento de las visitas de terreno y seguimiento estrecho de los casos más vulnerables. Ello puede explicar que a la semana el 65,4 % de los encuestados refirieron estar libres de síntomas de la esfera psicológica.

En estudio luego del paso del huracán MITCH en Honduras se encontró que el episodio depresivo mayor estuvo presente en un 19,5 % de la población. (2) Las zonas de alta exposición tenían una tasa de un 24,2 %, contra un 14,2% en los barrios menos expuestos. La presencia de SEPT se encontró en un 10,6 % de la población; en el 7,9 % del grupo de baja exposición y el 13,4 % de la muestra sumamente expuesta. Sin embargo, la tasa de síntomas de SEPT relacionados con el huracán fue mucho mayor (23,0 %) cuando se excluyeron los criterios de duración y discapacidad. La tasa de comorbilidad (SEPT y episodio depresivo mayor) fue de un 6,9 %; un 8,9 % en el grupo de alta exposición y 4,9 % en el grupo de baja exposición. (2)

Se plantea también la no existencia de una relación lineal entre la intensidad del suceso o la cantidad de las pérdidas y la respuesta de estrés. Más bien lo que resulta predictivo de este cuadro clínico son, por una parte, algunas dimensiones de personalidad (la introversión y el neuroticismo), las alteraciones psicopatológicas previas (depresión, pensamientos intrusivos, etc.) y una historia familiar de trastornos psiquiátricos (8) aspectos no relacionados al menos estadísticamente en nuestra serie. Al comparar los casos con diagnóstico de TEA con otros estudios, observamos que la incidencia y la severidad de los síntomas fueron menores en nuestro estudio, ello puede estar relacionado con que por acciones oportunas de la Defensa Civil, no hubo fallecidos ni lesionados graves, el 97 % de los entrevistados refirieron estar debidamente informados sobre el fenómeno, se tenía experiencia previa de enfrentamiento a huracanes y el 89,4 % de los encuestados tenían seguridad de que tendrían por el nivel gubernamental una solución a los problemas económicos y de vivienda a mediano o largo plazo; asimismo, todos refirieron tener garantizada una cobertura médica incluso superior a tiempos normales.

La literatura disponible y la experiencia nos enseñan que el abordaje temprano de los problemas de salud mental es la mejor prevención de trastornos más graves que aparecen a mediano y/o largo plazo o se hacen crónicos. (2,12) Los principios básicos de intervención ante un trauma emocional (1,7) deben incluir: La reducción del estrés (proporcionar un ambiente seguro, promover el contacto con los seres queridos y otras fuentes de soporte, promover la autoestima, ayudar a las personas en focalizarse en sus necesidades más importantes, promover mecanismos para solucionar problemas y medicar si necesario). Evitar el estrés (evitar discusiones o temas sobre aspectos que no tengan solución, respetar los puntos de vista y no forzar la realidad en quienes no estén listos para ello, brindar informes puede ser útil). Compartir la experiencia con personas que quieran hacerlo, identificar personas de riesgo para trastornos más graves, asegurar el proceso normal de cicatrización y la promoción de redes de soporte.

En un metaanálisis multidimensional sobre psicoterapia en el SEPT se concluye que esta forma terapéutica es efectiva en más de la mitad de los pacientes (13). Otros (12) aconsejan la combinación de lo anterior con medicamentos en especial en individuos con intenso estrés como mejor alternativa terapéutica, además de hacer énfasis en el desarrollo de estrategias de prevención secundaria.

La experiencia adquirida ha demostrado que los planes de salud mental no pueden limitarse para estos casos a ampliar y/o mejorar los servicios especializados que se ofrecen de manera directa a los afectados. La Declaración de Caracas (1991) y posteriores Resoluciones del Consejo Directivo de la OPS (1997 y 2001) enfatizan el desarrollo de servicios de salud mental de bases comunitarias y descentralizados. Consecuentemente, el hospital psiquiátrico deja de ser el eje de las acciones de atención en salud mental. También se requiere que los profesionales que participen en programas de emergencia deben tener una formación mínima en la temática psicosocial. (2)

Nuestros pacientes, fueron manejados en el ámbito comunitario (de hecho, ningún paciente fue remitido al hospital) con seguimiento por el grupo básico del área de salud,

sin descuidar los problemas psicosociales (capaces de interferir negativamente en la eficacia del tratamiento psicológico) (8), ni los trastornos psicopatológicos o enfermedades psiquiátricas evidentes. También fue minimizado el desorden social, la violencia y consumo de alcohol en especial en los albergues de evacuados.

Los individuos sujetos a un estrés secundario quizás sean más vulnerables y mantengan índices mayores de estrés postraumático, depresión, discapacidad y malestar psicológico. Aquellos individuos en riesgo y con factores que pueden mediar, necesitan identificarse para que puedan implementarse los servicios e intervenciones adecuadas. (2) En nuestra casuística, no hubo exposición a violencia posterior al huracán lo que pudiera considerarse un factor protector a la aparición de síntomas más severos o mayor afectación de la población y para el caso de los evacuados, los mismos se movilizaron antes de ocurrir el evento y las necesidades básicas siempre estuvieron garantizadas.

CONCLUSIONES:

Ante un desastre, la intervención oportuna sobre los factores estresantes tanto primarios como secundarios reduce la aparición de síntomas graves y/o tardíos en la esfera psíquica, la diversidad de necesidades que surgen plantea una actuación multidisciplinaria temprana y con base comunitaria.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1)- Lorenzo Ruiz A. Apoyo Psicológico en desastres. En: Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres. Gerencia de desastres en Cuba: Una compilación de artículos contribuidos por el Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres. Kingston: Red caribeña para información sobre desastres; 2003. p.10-6.
- 2)- Organización Panamericana de la Salud. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Washington DC: OPS; 2002. p. 96 (Serie Manuales y Guías sobre Desastres, No.1).
- 3)- Alcina E. Vulnerabilidad psicosocial asociada al hecho catastrófico. Apuntes de Psicología. 2003;21(2):377-89.
- 4)- Sagi A, Van IJzendoorn MH, Joels T, Scharf M. Disorganized reasoning in Holocaust survivors. Am J Orthopsychiatry. 2002 Apr;72(2):194-203.
- 5)- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text rev. Washington: American Psychiatric Association; 2000:469-72
- 6)- Organización Panamericana de la Salud. Los desastres naturales y la protección de la salud. Washington, DC: OPS; 2000. (Publicación Científica; No. 575).

7)- Lubit R. Acute Treatment of Disaster Survivors. [en línea]. 2005 [24 noviembre 2005] Emedicine.com april 2005. URL disponible en: <http://www.emedicine.com/med/topic3540.htm>

8)- Echeburúa E. Avances en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*. 1997; 3(2-3): 249-64.

9)- Lima BR. La atención comunitaria en salud mental en situaciones de desastre. En: Levan I. *Temas de salud mental en la comunidad*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 218-36. (Serie Paltex para Ejecutores de Programas de salud; No. 19).

10)- Alvares González MA. Stress. Generalidades. En: *Stress. Un enfoque integral*. Ciudad de la Habana: Científico-Técnica; 2000. p.17-34.

11)- Freedman SA, Brandes D, Peri T, Shalev A. Predictors of chronic post-traumatic stress disorder. A prospective study. *Br J Psychiatry*. 1999 Apr;174:353-9

12)- Ducrocq F, Vaiva G. From the biology of trauma to secondary preventive pharmacological measures for post-traumatic stress disorders. *Encephale*. 2005 Mar-Apr;31(2):212-26

13)- Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*. 2005 Feb;162(2):214-27.

Tabla No 1
Distribución de los encuestados por grupos etáreos y sexo
Area VI municipio de Cienfuegos

Grupos etáreos	Sexo		Total	
	Masculino	Femenino	No	%
15 – 29 años	7	19	26	25,0
30 – 44 años	20	27	47	45,2
45 – 59 años	9	11	20	19,2
≥ 60 años	4	7	11	10,6
Total	40 (38,5 %)	64 (61,5 %)	104	100

Gráfico No 1
Distribución porcentual de síntomas ante la inminencia del ciclón

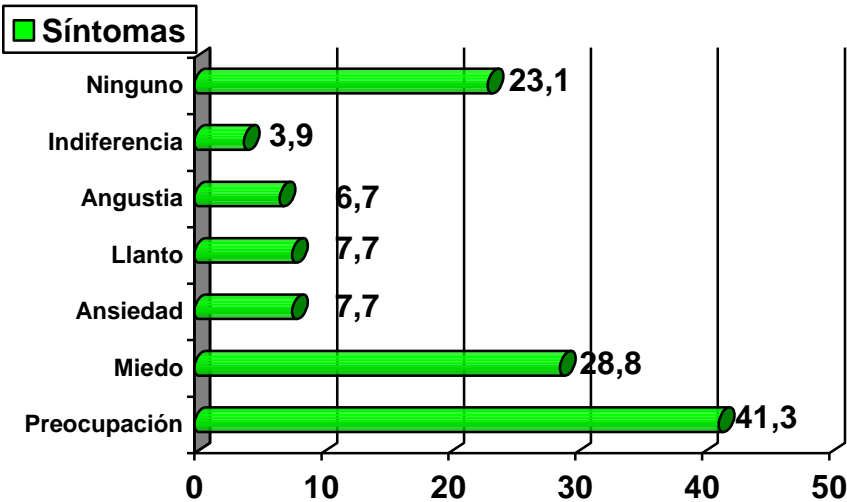


Gráfico No 2. Distribución porcentual de los principales síntomas al séptimo día posterior al evento

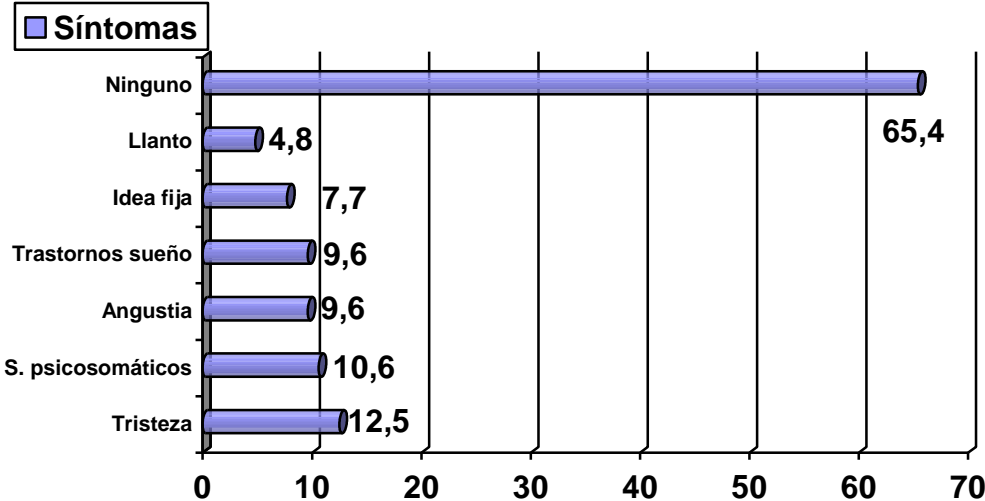


Tabla No 2
Factores relacionados a Trastornos por Estrés Agudo.
Prevalencia en el área VI del municipio de Cienfuegos

Factores	Trastorno de estrés agudo		
	Si N=12	No N=92	
Daños severos al hogar	7 (58,3 %)	12 (10,1 %)	p=0.00013*
Sexo femenino	11 (91,7 %)	53 (57,6 %)	p=0.022 **
Trastornos neuróticos previos	2 (16,7 %)	0 (0 %)	p=n/s
Evacuados	6 (50,0 %)	30 (32,6 %)	p=n/s
Inseguridad solución problemas	2 (16,7 %)	8 (8,7 %)	p=n/s
Baja escolaridad (6to grado)	2 (16,7 %)	15 (16,3 %)	p=n/s
Ancianos (≥60 años)	2 (16,7 %)	9 (9,8 %)	p=n/s

*- Odds ratio 9,33 (2,18<OR<41,74)

	Chi-cuadrado	valor de p
No corregido	14,58	0,0001348
Corregido Yates	11,71	0,0006226

** - Odds ratio 8,09 (1,00<OR<174,65)

	Chi-cuadrado	valor de p
No corregido	5,20	0,0001348
Corregido Yates	3,86	0,0493647