



Reflexiones después de una catástrofe

Máximo Mari



A fines de 1998 concluía un intenso período de trabajo acerca del trauma colectivo posterior al terremoto de 1997 en las Marche y Umbria (regiones de Italia), con el artículo presentado por Psychomedia y titulado “Catástrofe y cambio” llegando entonces a las conclusiones que enseguida presentaré. Otras reflexiones y experiencias han madurado con el tiempo las que me gustaría compartir con quien pueda estar interesado.

En 1998 escribía:

Conclusiones y nuevas aperturas

Fue muy agotador y doloroso escribir la palabra conclusión en esta experiencia colectiva en la cual compañeros de trabajo y amigos me acompañaron – con tanto placer, entusiasmo y entretenimiento-“en el infierno de mis terremotos personales” , única sede útil para compartir (con-dividere) una tan trágica experiencia de catástrofe.

Juntos tuvimos que volver a ver imágenes traumáticas que-para sobrevivir- habíamos evitado prudentemente, produciendo quizás comportamientos gravemente sintomáticos pero útiles para sobrevivir.

Juntos tuvimos que volver a verlas para poder separarnos de ellas, si bien en el fondo, aquello de lo cual nos separábamos eran los objetos que hace un tiempo habíamos amado: separarnos para no volvernos esclavos crónicos aunque fuese de nostalgias destructivas.

En este camino nos acompañaron expertos que con humildad-sin querer imponerlas- nos confrontaron y ayudaron con sus experiencias y con su ejemplo. Nos siguieron maestros sin querer precedernos e indicarnos caminos sino ayudándonos a poner a punto el camino que buscábamos emprender.

Tengo la viva esperanza de que lo que yo haya escrito sea patrimonio común de quien ha vivido y trabajado en la experiencia del terremoto y que-por lo tanto- mi rol sea-un tanto presuntuosamente- el de portavoz de un grupo de trabajo y de una experiencia colectiva. En otras palabras, espero que la verticalidad de mi subjetividad haya coincidido- por lo menos en parte- con la horizontalidad del grupo de trabajo con el cual he cooperado. Si estas condiciones se han verificado deberían aparecer nuevas transversalidades, proyectos de

verificación acerca de lo obrado, reflexiones sobre los errores cometidos (sólo aquel que no opera no comete errores) y progresión del trabajo.

A decir verdad, siendo esta una investigación aplicada necesita controles y evaluaciones precisas, esperemos poder obtener los fondos para terminar este trabajo. Mientras tanto se abren preguntas estimulantes y atisbos de reflexión: ¿Habrán sido esta una experiencia de desarrollo de simples y liberadoras catarsis, útiles para desahogarnos de algunas ansiedades excesivas, o-por lo menos en parte- hemos acompañado a algunos hacia una toma de conciencia, base de un cambio más estructural? ¿Acaso se desarrollará en la población y en las instituciones implicadas un aprendizaje operativo con la elaboración de estrategias de prevención o se seguirá en una pasividad que en extremo taponan las emergencias? ¿Se volverán a pensar los modos reales de información a la población mediante los medios de comunicación de masas o seguiremos con estos mecanismos entre lo compasivo y voyerista a los cuales lamentablemente a menudo- aun cuando no siempre- hemos asistido?

¿Se pensarán estrategias de discusión, participación de la población cuidando la cultura y el conocimiento de las tácticas idóneas para la reconstrucción con el fin de que participen de manera transparente en las elecciones, o bien se depositará la responsabilidad en las autoridades de turno? ¿La población participará en el debate o delegará en otros?

Retengo que de estas preguntas que aparecieron en los centros de escucha y en los seminarios dependa la real operatividad de nuestra investigación aplicada. Estamos muy concientes de que cada investigador influye en el campo observado participando en él, esperemos que la relatividad de nuestro punto de vista pueda ser cribada con aperturas de nuevos campos de investigación-intervención. Esperemos que lo vivido no termine, robando las palabras a un conocido poema, “como lágrimas en la lluvia”.

Podríamos por lo tanto cerrar el trabajo con una interrogante o si se prefiere, con una apuesta: ¿Ha sido nuestra experiencia tan sólo una vivencia de catástrofe y catarsis o una experiencia de catástrofe con márgenes de cambio? ¿Hemos construido cierto espacio interno para la reconstrucción?

Había muchas preguntas entonces, hoy, a tres años de distancia quisiera hacer un balance de la situación volviendo a ver algunos trabajos presentados en congresos y-dentro de lo posible- vueltos a pensar colectivamente.

Las dificultades de los primeros días posteriores a la catástrofe

En 1998, en colaboración con los colegas del Departamento de Salud Mental de Foligno, en Terni se hizo una comunicación referente a algunos datos emergentes de la práctica clínica de los primeros momentos de intervención. En particular desarrollé cuatro puntos:

-1) La descripción de los primeros momentos después del primer impacto del trauma colectivo con el juego peculiar de roles alrededor de la figura del héroe (ver Catástrofe y

cambio en Psychomedia). Estas personas son descritas en literatura como traumatizadas de tercer nivel, todas aquellas que se expusieron a tal régimen, en nuestra zona, tuvieron necesidad posteriormente de una consulta psicológica y algunos, de cierto soporte farmacológico.

-2) La intensa resistencia como mentalidad de varios grupos de voluntariado que asumieron instrumentos y métodos de escucha del dolor mental.

De 9 asociaciones de voluntariado implicadas en el campo, de hecho tan sólo una participó completamente en la formación necesaria para una correcta función de escucha, otras lo hicieron esporádicamente.

El trabajo sobre esta mentalidad necesitará de una profundizada intervención preventiva de formación en las políticas de las asociaciones de voluntariado.

-3) Fue necesaria una adaptación de la función de escucha al ambiente peculiar constituido por un trauma colectivo, la primera cosa útil fueron los folletos distribuidos oportunamente a la población y referentes a la descripción de posibles síntomas de stress post-traumático, por lo tanto una escucha activa a quien está momentáneamente bajo shock desde el punto de vista psico-social. Además fue necesario un trabajo continuo de toma de distancia de la experiencia de parte de los voluntarios con diversos métodos: el trabajo continuo por lo menos en pareja y el compartir sentimientos y emociones, los grupos de elaboración de la tarde del material del día, los grupos de formación working progress semanales para la elaboración de frecuentes duelos.

-4) En el equipo de primera intervención se constituye una profunda, necesaria e íntima cohesión en tiempos muy breves, una suerte de fraternidad muy profunda basada en lo que los autores franceses llaman “la ilusión grupal”, que se sostiene en un fuerte sentido de omnipotencia colectiva y una negación de la competitividad y agresividad de sus miembros. Cada ilusión termina-fatalmente- después de un poco, en desilusión con una dispersión de los miembros (Que-por otra parte- no olvidarán nunca la experiencia). Sería necesario algo de formación común y una función coordinante con el objeto de poder señalar tal dimensión psicológica.

“Los tres momentos colectivos de elaboración de un trauma”

En el Congreso bienal de la Protección Civil sostenido en Terni con el título :”Reacciones humanas a las catástrofes: una emergencia psico-social”; a la luz de las primeras revelaciones estadísticas sobre la población traumatizada de Serravalle y de una experiencia de acogida de 200 prófugos kosovares en nuestras montañas en Frontignano di Ussita, hice esta comunicación:

Máximo Mari- Responsable Departamento de Salud Mental ASL10 de Camerino (Marche)

Observaciones sobre la población terremoteada de Serravalle y sobre la intervención asamblear en dos comunidades traumatizadas.

Quisiera reflexionar con ustedes acerca de dos tipos de observación:

- la primera no analizada aun lo suficiente estadísticamente pero por cierto sugerente con respecto a la salud mental de la población de Serravalle;
- La segunda concierne a datos acerca de nuestra intervención a nivel comunitario, cuando fuimos intervenidos en la asamblea de Serravalle y Cesi.

1) Observación sobre la comunidad de Serravalle

Comenzaré con la primera, presentando los datos estadísticos que tenemos.

Estos datos fueron obtenidos en Camerino y Urbino. En la comuna de Camerino analizamos sobre todo la fracción de Serravalle, en Urbino una fracción análoga montañesa cercana a una pequeña localidad en la que no hubo terremoto. Queríamos saber cuál es la diferencia entre una población que ha soportado un trauma colectivo y una población que recientemente no lo ha sufrido.

Usamos una muestra aleatoria probada en Serravalle y una muestra completamente casual en Urbino. Analizamos 100 personas que dieron su residencia en Camerino y 50, en Urbino. Hubiese sido mejor analizar más cantidad pero nuestros fondos eran los que eran.

Otro elemento importante es que estas dos poblaciones fueron analizadas con el test de Croq puesto a nuestra disposición por el Centro Eos de Pavía, suministrado por dos psicólogas que estudiaron tanto los casos de Camerino como los de Urbino. Por lo tanto los investigadores eran los mismos, siendo esto para nosotros un criterio de mayor confiabilidad que el de la investigación en la misma población.

Con respecto a lo que concierne a la elaboración estadística de los datos, hemos recién empezado a hacerlo y espero que logremos llevarlo adelante de manera más orgánica tomando en cuenta los 400 casos analizados en Foligno, comenzamos a hacerlo con el Dr. Petrelli y la Dra. Grappasonni del Instituto de Higiene de la Universidad de Camerino.

Decía 100 casos en Serravalle y 51 en Urbino. La población de Urbino presentaba 15 personas que habían sufrido un trauma leve, 6 un trauma mediano y uno un trauma grave porque no se puede decir que los traumas son tan solo el terremoto. La población de Camerino eran todas personas traumatizadas de las cuales 50 de un nivel leve, 49 de nivel mediano y uno de nivel grave. Hay otro valor en la escala que es muy grave, no habiendo ningún entrevistado en este nivel.

Les presentaré sólo algunos datos en los cuales la evidencia numérica es más relevante.

Existe una evaluación clínica de cómo está la población con tres grupos de 5 parámetros cada uno:

-riqueza del síndrome de repetición, vivencia psíquica del síndrome de repetición, síntomas neurovegetativos, frecuencia de las repeticiones, sensibilidad a los estímulos.

- ansiedad general, astenia, síntomas psiconeuróticos, trastornos psicósomáticos, trastornos del comportamiento.

- estado de alerta, síndrome de evitación, pérdida de interés, regresión narcisista y relaciones sociales.

El test de Croq intenta medir estos campos. Cada parámetro tiene un puntaje máximo de 5 y un puntaje mínimo de cero.

Es evidente que el síndrome de repetición tiene un puntaje medio de 3.12 en Camerino mientras que en Urbino tan sólo de 0.50. Es así que existe una evidencia de 3.47 contra 1.30 en la vivencia psíquica del síndrome de repetición. La frecuencia de las repeticiones, es decir, del retorno del recuerdo es de 4.03 en Camerino mientras que en Urbino es de 1.39. También la reactividad a los estímulos es de 2.20 en Camerino con respecto a 0.96 en Urbino. Por lo tanto- a mi parecer- existe una diferencia significativa.

Hay una mayor problemática de trastornos del comportamiento en Camerino. Igualmente en lo que concierne al estado de alerta, al síndrome de evitación, pérdida de interés y daños en las relaciones sociales.

En todos estos casos se obtuvo una diferencia mayor de 0.50 puntos que- a nuestro parecer- podría estar probando una diferencia estadísticamente significativa (aún por calcular).

No hemos comparado diferencias, y esto es bastante interesante, ansiedad general, astenia, síntomas psiconeuróticos y disturbios psicósomáticos. En todas estas variables no podemos decir que no haya diferencia, no podemos hacer afirmaciones ciertas, pero esperábamos, de acuerdo a la literatura, que- por ejemplo- en la ansiedad general, en la astenia y en los disturbios psicósomáticos hubiese habido una gran diferencia, en cambio no la encontramos.

Nuestro proyecto de investigación será el de comparar la población de Pavía y de Urbino en donde no hubo traumas, catástrofes naturales recientes, con la población de Camerino donde hubo prevención durante los tres primeros meses después del terremoto, la población de Foligno, de Gualdo Ladino que tuvo una prevención que comenzó más tarde y duró más en el tiempo. Será interesante ver los éxitos de estas intervenciones aún cuando la parrilla de indagaciones debe ser entendida en grueso en el sentido que las revelaciones no serán obviamente demasiado precisas.

Sin embargo ya empezamos a tener este dato muy interesante con respecto al síndrome de repetición.

Las indagaciones se hicieron en la población traumatizada con distancia de un año desde el inicio del terremoto y se terminaron en alrededor 2/3 meses. En la población no

traumatizada, no habiendo un trauma reciente, el tiempo no tenía importancia, se hicieron después, terminadas en Junio de este año, por lo tanto un año y medio después del evento traumático. Los otros datos fueron obtenidos más o menos contemporáneamente pero aún no los tenemos a disposición. Por desgracia esta muestra –en la urgencia del congreso- no hemos logrado todavía analizarla bien.

1. Observación sobre la técnica de la intervención asamblear en comunidades traumatizadas

Como primer elemento en relación a la colega de Gubbio quisiera señalar una diferencia: En nuestro caso, el rol de los médicos de familia no fue tan latente. Hicimos asambleas con los colegas médicos de familia, también estuvo la Dra. Volpini, en las cuales se discutió en conjunto lo que se podía, lo que nos parecía razonable de operar conjuntamente. Por dos veces se presentaron un número bastante elevado 5 o 6, siendo municipios pequeños sólo estaban interesados pocos médicos de base.

La participación de esta figura institucional para nosotros fue múltiple–dijo el médico de Pieve Bovigliana que habían quedado él y el párroco para administrar la situación durante un evento sísmico–mientras todos intentaban huir, ellos trataban de tranquilizar.

La presencia de los colegas fue fuerte y también el esfuerzo por razonar juntos.

Nosotros trabajamos mucho con los voluntarios del GUS de Macerata ya que ellos llevaron adelante toda la organización de los Centros de Escucha. Pero hoy no quería hablar de los Centros de Escucha y no quería hablar de las funciones de la prevención en los líderes que ayudan en los primeros momentos que llevé a otro Congreso en Terni en 1998, hoy sólo quería hablar de las observaciones que hicimos no en el ámbito del Centro de Escucha sino en las asambleas y en la observación comunitaria.

Quería hablar de esto porque deriva no sólo de la observación que hicimos con el terremoto pero tuvimos la oportunidad de observar una segunda comunidad: tuvimos 200 Kosovares inmigrados en dos hoteles de nuestras montañas, en una zona precedentemente terremoteada. Intentamos utilizar nuestra experiencia, lo que teníamos a disposición, para la función de escucha en los Centros de Escucha.

La observación, quizás es banal, pero es lo que me quedó en la mente y en lo cual creo profundamente.

Durante los primeros días después del trauma–los primeros dos meses– de hecho es imposible interactuar con una asamblea. La población está fuertemente confundida y se logra interactuar predominantemente con quien traspasa y da estructura a la población que son los voluntarios. En el caso de los kosovares eran los traductores, los intérpretes, podíamos relacionarnos con ellos. Pero el intérprete, mientras intentábamos interactuar, después de un rato ya no traducía, él empezaba a hablar con el traumatizado. Y se lo tomaba tan a pecho, tal

como el voluntariado que sostiene, toma la situación desde la guata como lo haría una madre con el niño, a tal punto que se vuelven un poco un todo, se identifican. Y entonces hay que trabajar- a nuestro entender- en la formación y en la escucha de quien realiza esta función de “vicariato” en la urgencia.

Cuatro o cinco meses después del terremoto, hicimos una asamblea en Cesi con la población terremoteada. Fue particularmente significativa e interesante porque allí en cambio, la población estuvo y permaneció, el interés predominante-según nosotros-

Es siempre para quien tiene menos problemas, es decir, los niños, porque según nosotros los niños son más fuertes, tienen más vitalidad, en fin, se sobreponen. No había nadie en esta asamblea que pidiera para sí mismo o por lo menos muy pocos. Estaban muy atentos a los problemas de los demás, había una suerte de actitud proyectiva muy fuerte y quizás se buscaba con eso el protegerse del enemigo, de las enfermedades, de las cosas que sucederán. En este momento había preguntas, por lo tanto había interlocución. Ya no se oían las primeras protestas acerca de las ayudas, etc. Se sentía el interés que había en cómo hacer para trabajar con los niños, qué se podría hacer, muy pocos preguntaban por los ancianos que para nosotros en cambio, fue la categoría más golpeada de la población.

Y en fin el último momento: con la distancia de un año continuamos este trabajo con la asamblea, vamos a Serravalle y todos escuchaban con atención y de forma simpática e interesada también interactuaban: “ ...Ud. Sabe doctor, yo no duermo, ¿Qué debo hacer? ¿Tendré que hablar con un especialista, debo hablar con mi médico...?” Entonces la interlocución era bastante simple, luego al final de la asamblea hubo un señor, de alrededor 80 años, quizás 75, muy simpático y muy respetuoso: “Dr. Nosotros le agradecemos por esta asamblea, nos da gusto porque nosotros tampoco estamos muy bien, pero doctor... si viéramos la espátula de algún albañil que empieza a levantar algún ladrillo, de algún modo estaríamos mejor, ustedes continúen con la asamblea pero...”

Emerge pues con simpática ironía el elemento de realidad: el proyecto. Esto también sucedió con la población kosovar, el primer momento de los intérpretes, luego el momento sucesivo en el cual participamos de las fiestas que hacían en la tarde, porque en la tarde hablaban, hacían fiestas, comenzaban a contar. El Centro de escucha-entendido como una habitación que habíamos apartado allí no tenía ninguna función y no servía para nada. En cambio servía de mucho participar de la fiesta, en la tarde, sentían placer al hablar y escuchar música y allí estábamos con ellos.

Y al fin el tercer momento en el cual seguían sus proyectos que eran los de emigrar a Suiza u otros lugares, y partían. Para nosotros, desde el punto de vista psicológico, nos parecía también una cosa concreta, un retomar la realidad en manos, estas familias partían y se iban, los saludábamos la tarde anterior, partían un poco a escondidas.

Evaluación del impacto traumático-neurótico producido por el sismo Marche-Umbria

Grappasonni I, Petrelli F., Mari M., Nacciarriti L., Morichetti L.

Universidad de los Estudios de Camerino- Departamento de Ciencias de Higiene y Sanitario-ambientales- Psiquiatra responsable: Mari M.

En el 2000, con los doctores F. Petrelli e I. Grappasonni publicamos el trabajo “evaluación del impacto traumático-neurótico producido por el sismo Marche-Umbria” Al interior del convenio acordado en Matelica con el título : “ De la psicología social a la programación de los servicios”

RESUMEN

Con el objeto de evaluar los efectos psicológicos consecutivos al evento sísmico que golpeó algunas zonas del territorio umbrio-marchigiano a partir de Septiembre de 1997, se efectuó una investigación entre los sujetos residentes en las zonas epicéntricas del sismo mediante el cuestionario sobre la neurosis traumática de Crocq y Steinitz. Se encontró un nivel de traumatismo medio-leve no obstante las fuertes reacciones emocionales que produjo el sismo. Habiendo pasado el tiempo desde los primeros remezones, los recuerdos son difusos y persistentes, las reacciones de sobresalto, las pesadillas asociadas al sismo; a ellos se acompaña la vivencia psíquica de la repetición del evento que se relaciona con sentimientos de espanto, terror, hasta sentimientos de tristeza, abandono e impotencia. La aparición de disturbios psico-traumáticos no se ve tan intensa como podía hacernos suponer la irrupción del evento; ello podría explicarse por el número limitado de pérdidas de vida humana, no obstante el amplio efecto destructivo del sismo, y por la presencia constante en el territorio de los Servicios (médicos, psiquiátricos, psicológicos, higiénicos...) que desarrollaron un rol positivo al contener lo más posible los efectos agravantes del evento sísmico.

PALABRAS CLAVE: Terremoto, efectos en la salud, disturbio post traumático de stress.

INTRODUCCION

Los eventos sísmicos de 1997 que golpearon las regiones de Marche y Umbria se iniciaron el 4 de Septiembre con un temblor de magnitud 4,5 y a partir de tal fecha se registraron, sólo en los primeros 70 días, por lo menos 1.500 temblores en las varias estaciones de relevo. Los dos temblores más grandes se verificaron el 26 de Septiembre con máxima magnitud de 6,0, valor que generalmente comporta efectos destructivos correspondientes al noveno grado de la escala de Mercalli.

Este evento, si bien provocó poquísimas víctimas sin embargo se distinguió por lo atípico del fenómeno, por cuanto fueron advertidos por la población, en poco más de dos meses, más allá de numerosas sacudidas de magnitud elevada, aproximadamente 2.000de magnitud superior a 2.5 de Richter (umbral de percepción de parte de los individuos) y se concluyó con las últimas sacudidas verificadas en Abril del año siguiente: por lo tanto las personas han debido confrontarse con eventos estresantes repetidos en el tiempo.

Los sujetos implicados en un evento catastrófico pueden desarrollar comportamientos diversos a los habituales, que deben ser evaluados en relación al contexto de la situación particular: reacciones violentas de salvaguardar la propia vida moralmente inaceptables y patológicas si son evaluadas según los cánones del comportamiento en condiciones normales, pueden revelarse aceptables e idóneas en una situación de emergencia (3,4,5,6,10,11,18). Aún ahora algunas reacciones individuales y colectivas son consideradas patológicas por su intensidad, duración e inadecuación funcional: entre estas la más característica es el disturbio post-traumático de stress (8,9,12,16,18).

Los síndromes post-desastre no revelan una especificidad suficiente como para ser considerados categorías nosográficas autónomas, pero la *International Classification of Diseases* (ICD-9, ICD-10) y el *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), las insertan en las secciones dedicadas a los “disturbios psíquicos” (1, 19)

Por lo tanto son tomadas en consideración por el ICD-9 las reacciones agudas a situaciones estresantes, transitorias y de breve duración y las reacciones de adaptación o síndromes post-traumáticos a situaciones estresantes graves, cuya latencia puede ser de algunos meses o incluso años y cuya duración es por lo general de algunos meses y desde el ICD-10 el *Disturbio post-traumático de stress*. Además el DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) provee una escala para el análisis de la gravedad de tal evento estresante.

OBJETIVO DEL TRABAJO Y MODALIDAD DE LA INVESTIGACION

La presente investigación tuvo como objeto evaluar los efectos psico-físicos consecutivos al evento sísmico que sacudió la población del territorio umbro-marchigiano, sometida a un stress continuo, conectado con la repetición persistente de las sacudidas durante varios meses a partir de Septiembre de 1997.

Para individualizar la difusión y la gravedad de los síndromes post-traumáticos de stress, fue utilizado un cuestionario sobre la neurosis traumática de L Crocq y A. Steinitz, constituido por 4 fichas (Hojas A,B,C,D,) de las cuales la primera se relaciona con el tipo de traumatismo, la segunda la anamnesis, la tercera indaga el síndrome de repetición y la personalidad traumato-neurótica además de síntomas neuróticos , inespecíficos, la cuarta es una escala de auto-evaluación (18).

La población fue seleccionada mediante muestras al azar simple, entre los residentes de la zona epicentral del sismo. Las personas seleccionadas fueron contratadas ya sea directamente como telefónicamente solicitándoles la disponibilidad para colaborar con la investigación; cooperaron 103 sujetos con los cuales fue posible suministrarles el cuestionario de Crocq gracias a la contribución de un grupo de expertos psiquiatras y psicólogos, ya sea de la zona o provenientes de otras Universidades. Las entrevistas cuya duración variaba desde 30 min. A una hora, se efectuaron en las habitaciones, los container y los lugares de trabajo. Si bien se encontraron algunas reticencias en las partes del

cuestionario relativas al trauma, enfermedades personales o familiares, las respuestas fueron consideradas confiables.

RESULTADOS Y DISCUSION

La muestra examinada fue constituida por el 48,5% de sujetos de sexo masculino y 51,5% de sexo femenino, con una media de edad de 50,8 años, con la mayor parte de los sujetos en la franja de edad comprendida entre los 31 y 65 años.

Las profesiones mayormente representadas son: jubilado/a (17,2%) y dueña de casa (28,3%), seguidas por agricultor (11,1%), empleado (9,1%), obrero (11,3%) estas últimas en gran parte difundidas entre sujetos de sexo masculino.

La mayoría de los sujetos (93,9%) vivió las primeras sacudidas en la casa a diferencias de las sucesivas, las cuales sorprendían a las personas en otros ambientes cerrados (9,1) y sobretodo al aire libre (50,5%).

En lo que respecta a las primeras reacciones frente al terremoto hay que subrayar el predominio y/o difusión entre la población de intensos sentimientos de miedo que activaron comportamientos de fuga y a menudo de pánico como respuesta a las primeras sacudidas telúricas. De hecho, gran parte de los sujetos refirieron haber huido de los lugares en que se encontraban sin posteriormente volver a entrar aun cuando las sacudidas hubiesen cesado. Al repetirse los terremotos, los comportamientos de fuga se atenuaron en parte (23,2%) y la mayor parte de la muestra no huyó más al exterior (60,6%), probablemente porque las carpas ofrecían mayor seguridad. Merece subrayarse también el comportamiento de solidaridad y ayuda que buena parte de la población demostró en los momentos de mayor dificultad de la emergencia del terremoto (alrededor del 30%) de los sujetos prestó ayuda contribuyendo a facilitar ya sea las operaciones de socorro que la gestión de la vida colectiva en las carpas presentaba)

Considerando la entidad y la frecuencia con la cual fueron advertidas las sacudidas sísmicas se explican, como se muestra en la Tabla I, la difusión en la casi totalidad de la muestra de intensos sentimientos de miedo, impotencia y confusión.

Tabla I: Sentimientos asociados al trauma

Hombres Mujeres Total

Miedo por sí mismo 33,3% 21,2% 54,5%

Miedo por otros 2,0 3,0 5,1

Miedo por sí y por otros 12,1 15,2 37,4

No tuvo miedo 2,0 2,0 4,0

Impotencia por sí mismo 19,2 22,2 41,4

Impotencia por otros 0,0 3,0 3,0
 Impotencia por sí y por otros 0,0 2,0 2,0
 Ningún sentim.de impotencia 30,3 24,2 54,5
 Confusión por sí mismo 22,2 16,2 38,4
 Confusión por otros 0,0 1,0 1,0
 Ningún sentim.de confusión 27,3 34,3 61,6
 Otro 9,1 11,3 20,2

La evaluación del impacto psico-físico efectuada por medio de la Escala de Crocq y Steinitz, muestra un nivel de traumatismo leve, evidenciado principalmente en la clase más joven (18-30), medio para las otras franjas de edad: la violencia del trauma, no obstante las reacciones emotivas que suscitó, evidentemente no produjo efectos traumáticos profundos.

Entre las reacciones emocionales, el miedo, la ansiedad, la desorientación, representan reacciones naturales de la psiquis humana que producen considerables efectos por cuanto activan emociones o sensaciones primitivas de miedo o pánico y comprometen las necesidades psicológicas de seguridad y de continuidad en el tiempo y en el espacio, así como demuestran los datos extraídos de la evaluación clínica en los cuales se evidencia cómo al distanciarse el tiempo de las primeras sacudidas los recuerdos sean persistentes y difusos, las reacciones de sobresalto y las pesadillas asociadas al sismo. A ellos se acompaña la vivencia psíquica de la repetición del evento que implica sentimientos de sorpresa, espanto, terror, hasta sentimientos de tristeza, abandono e impotencia (Tabla II).

Tabla II: Evaluación clínica (Hoja C)

Media Mín.-Máx SD

1. Riqueza síndrome de repetición 3,09 0-5 1,10
2. Vivencia psíquica del sindr.de repetición 3,43 0-5 1,12
3. Síntomas neurovegetativos 1,05 0-5 1,44
4. Frecuencia de las repeticiones 3,97 0-5 1,06
5. Sensibilidad a los estímulos 2,22 1-5 1,07
6. Ansiedad general 2,94 0-5 1,47
7. Astenia 0,69 0-5 1,20
8. Síntomas psiconeuróticos 0,41 0-4 0,98
9. Trastornos psicósomáticos 0,60 0-4 1,12

10.Trastornos del comportamiento 0,97 0-5 1,35

11. Estado de alerta 2,36 0-5 1,60

12. Síndrome de evitación 1,22 0-5 1,53

13. Pérdida de interés 1,52 0-5 1,71

14. Regresión narcisista 1,24 0-5 1,57

15. Relaciones sociales 1,73 0-5 1,68

La muestra analizada presenta como media puntajes más bien elevados tan sólo en relación a los síntomas que acompañan a la vivencia psíquica de repetición, a la riqueza del síndrome de repetición, a la frecuencia de las repeticiones, a la ansiedad general, al estado de alerta y a la sensibilidad a los estímulos, muy presentes aún con el paso del tiempo en la población examinada. Las reacciones de neurosis traumática tienen la característica de estar determinadas por el shock emocional y pueden aparecer también en individuos sin antecedentes neuróticos. En el período siguiente al evento todos los individuos implicados pueden ser molestados por imágenes intrusivas, síntomas de ansiedad, trastornos del sueño, imágenes vívidas del suceso, sensaciones angustiantes, etc.; en la mayoría de los casos estos síntomas se atenúan con el tiempo, aun cuando para algunos sujetos la reacción será prolongada, o diferida también en el tiempo: esto representa el cuadro clínico más característico entre las reacciones psicopatológicas a los desastres (2,7,12,14,15,16,17).

Por último, examinando separadamente los sujetos alojados en los containers y los que siguieron viviendo en sus propias viviendas, no surgen diferencias relevantes en relación al nivel de intensidad de los síntomas de repetición, ansiedad general y estado de alerta.

CONCLUSIONES

La evaluación efectuada a través de la Escala de Crocq muestra la presencia de un traumatismo de nivel medio-leve. Asimismo la evaluación clínica confirma la presencia de disturbios sustancialmente no graves, comparados con el evento traumático; a diferencia en cambio del síndrome de repetición que se manifiesta de manera incisiva en la muestra analizada, conjuntamente con una ansiedad general y estado de alerta. La aparición de disturbios de psicotrauma –por lo tanto– no parece ser tan intensa como la entidad del fenómeno habría hecho suponer.

Estos resultados podrían deberse a diversos factores: pérdidas humanas y daños físicos limitados, intervención oportuna de las ayudas, rápida organización de carpas y campos containers sin alejara las personas de los lugares de origen, además de la operatividad importante de los “Centros de escucha” que se instituyeron con el objeto de ofrecer soporte psicológico a la población afectada.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Washington DC, 1994
2. Anderson K., Gerdenio M. (1994) "Gender Differences in Reported Stress Response to the Loma Prieta Earthquake", Sex Roles, Vol.30.
3. Bolin, R.C. (1985) "Disaster and Mental Health: Selected contemporary -perspectives", DHHS Publications N.ADM, 85-1421,pp.3-28.
4. Boyd S.T. (1981) "Psychological Reactions of disaster victims", South African Medical Journal, 60, pp. 744-748.
5. Crocq L.(1990) "Névroses traumatiques en «Precis de Psychiatrie clinique de l'adulte » a cura de Deniker P. Lempérière Th. Guyotat Ed. Masson.
6. Crocq L. (1992) « Le syndrome de repetition dans les névroses traumatiques. Ses variations cliniques, sa signification. Perspectives Psychiatriques,Nro. 32/II.
7. Crocq L. (1992) « Panorama de séquelles des traumatismes Psychiques », Psychologie médicale, 24,5.
8. Crocq L., Doutheau C., Sailhan M. (1987) « Les réactions émotionnelles dans les catastrophes », en Encycl.Med.Chir., 2, Paris
9. Cuzzolaro M., Frighi L. (1991) « Reazioni umane alle catastrofi », Fondazione Adriano Olivetti, Gangemi Editore.
10. De Loos W.S. (1992) "Les symptomes somatiques chez les traumatisés psychiques », Psychologie Médicale, 24,5.
11. Dynes R.R., Quantarelli E.L. (1976), The family and community context of individual reactions to disaster, in H. Prad.,H. Resnik, e L. Parad (Eds.), "Emergency and disaster management: A mental health sourcebook", Charles Press, pp. 231-245, Bowie, Maryland.
12. Goenjian A., Najarian L., et al., (1994) « Posttraumatic Stress Disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia » in Am. J. Psychiatry, 151, pp. 895-901.
13. Harthsough D.M. (1985) "Measurement of the psychological effects of disaster", in Laube J. And Murphy A.S. (Eds.) "Perspectives on disaster recovery", Appleton-Century-Crofts, Norwalk C T, pp. 22-60.
14. McDaniel,E.G.C.(1987) "The short and long term psychological effects of a disaster", "Emergency care", 1.
15. Papadatos Y., Nikou K., Potamianos G., (1990) "Evaluation of psychiatric morbidity following an earthquake" in The Internacional Journal of Social Psychiatry, Vol.36,Nro. 2 131-136
16. Quintyn L. (1996) "Post traumatic stress disorder". Centre de Psychologie de Crise HMRA Bruxelles.
17. Sharan P., Chaudhary G., Kavathekar S., Saxena S., (1996) "Preliminary Report of Psychiatric Disorders in Survivors of a Severe Earthquake" in Am. J.Psychiatry, 153, pp. 556-558

18. Steinitz A., Crocq L., (1992) “L’inventaire-échelle de névrose traumatique. Un instrument simple pour l’inventaire et évaluation clinique des névroses traumatiques, des états de stress post-traumatiques et d’autres états séquellaires de traumatisme psychique. Présentation et validation », Psychol Med, 24, 5 : 437-445
19. World Health Organization. International Classification of Disease and Health Related Problems. Tenth Revision (ICD-10). Mental and Behavioural Disorders. Geneva, World Health Organization, 1993.

“ Los Mass Media en la prevención del desorden mental posterior a las grandes catástrofes”

En el 2001, en el Congreso de Florencia de la World Psychiatric Association en la sub-sección Mass Media y salud mental, llegué a esta conclusión:

Hay dos elementos a esclarecer antes de entrar en este capítulo fundamental de la vivencia colectiva:

1. Se entiende por catástrofe algo distinto al trauma individual por cuanto implica y perturba comunidades enteras suscitando reacciones colectivas. Diríamos con A. Bauleo, que deviene implicada la dimensión más íntima de la mente del sujeto, aquella inherente a la dimensión comunitaria donde se articula la continua producción y reproducción de la subjetividad.
2. Es necesario discriminar la dimensión de la sociedad de la de la comunidad, la primera constituye el conjunto de las reglas formales compartidas, como por ejemplo aquellas inherentes al valor del dinero o a la reglamentación del derecho, la segunda atañe a la esfera íntima del sentimiento de pertenencia y la red de vínculos afectivos que constituyen la dimensión afectiva del coexistir (Tonnie 1887). Justamente en esta última golpea la catástrofe, determinando en el sujeto la sensación de pérdida de la continuidad del existir, la pérdida de sus referencias más certeras e indiscutibles.

En este punto podemos entrar en el tema que nos hemos propuesto. Es necesario diferenciar de manera preventiva el desorden mental, el tiempo y las diversas necesidades de información. Desde nuestra experiencia, al inicio de los primeros momentos del trauma colectivo, superado el shock inicial, hay una gran avidez de información de parte del traumatizado. Volver a verse de forma diferida amplifica y desmide la percepción del trauma, corriendo el riesgo de cristalizar en la subjetividad la identidad del traumatizado: el “terremoteado”, “el aluvionado”, el prófugo.

Dicha cristalización puede favorecer mucho la regresión de la personalidad y promover una fuerte pasividad en la población, que de hecho se abandona a las pasiones más arcaicas o bien, más frecuentemente, se deja estar en una pasividad desconsoladora con respecto a quien presta los primeros auxilios.

Retenemos que un único centro de información que ofrezca los datos reales de la dimensión de la catástrofe, los riesgos residuales, las vías de fuga, la distribución de las ayudas, limite mucho los daños psicológicos que derivan de la exposición excesiva y redundante especulación diferida. Los mass-media como productores de subjetividad en nuestra generación son los primeros en ser requeridos como elementos de interpretación de la realidad y se les cree más que a las propias percepciones. Por lo tanto amplificar con gran espacio en diferida con imágenes chocantes de los daños y de la catástrofe no es un buen servicio para quien en ese momento se ha perdido a sí mismo y sus propios puntos de referencia y necesita reactivarse.

Observamos que, en 1999, en una comunidad de 200 prófugos kosóvares hospedada en hoteles de nuestra montaña, el hecho de ofrecerles la posibilidad de tener televisión satelital con la posibilidad de ver los canales a los que acostumbraban, mejoraba mucho el estado de ánimo del grupo, no obstante la tragedia; durante nuestro terremoto de 1997, sostener-después de un largo período- una entrevista en el canal RAI 3 regional, de parte de la Dra. Nicoletta Grifoni, excepción entre otros, periodista que había venido y estudiado en profundidad nuestro material sobre la función de escucha y sobre los centros de escucha, mejoró mucho la acogida de los voluntarios y el uso de los centros de escucha en los campos de carpas y de casas rodantes provisorios.

Por otra parte tuvimos que soportar por nuestra inexperiencia y por cierto apuro profesional de muchos periodistas (p.Ej. entrevistas telefónicas, cronistas inexpertos, focalización de entrevistados en profunda crisis) una serie de problemas que se injertaron como llaves en las cerraduras del dolor:

1. La más frecuente de estas llaves nos pareció la de la necesidad, de parte de los periodistas, de manipular la información con fines personales, tal actitud se injerta en la necesidad, de parte de la comunidad traumatizada, de encontrar un chivo expiatorio sobre el cual volcar las culpas y la agresividad; este rol de chivo expiatorio puede ser volcado en el entrevistado, sobre una autoridad local, sobre la protección civil, etc... según la necesidad de la red televisiva que entrevista o de la comunidad que debe proyectar.
2. La sobreestimación del daño se enlaza con la repentina re-emergencia del pensamiento mágico en la población; leyendas y dimensiones irreales pasarán enseguida desde el registro de lo temido al de lo vivido; formándose así cierta mitología de lo acaecido.
3. La baja estimación se colude con la negación del problema por cuanto grupos enteros permanecen en situaciones de altísimo riesgo sin lograr entrar tempestivamente en la mentalidad de la emergencia.
4. La inexactitud y la contradicción resuena y amplifica, de parte de periodistas inexpertos o presurosos, la confusión de la población envuelta en el trauma catastrófico.

Si en los primeros momentos después del trauma la información mediática debería ser contenida por un solo centro prensa bien coordinado. En un segundo momento es muy útil el examen de la situación desde los más puntos de vista posibles, útiles para la búsqueda de estrategias adaptativas y para la promoción de un pensamiento creativo.

El dispositivo identificatorio del medio de comunicación de masa, positivamente entre otras cosas, puede promover estrategias adaptativas, permitir identificarse en una potencial o actual víctima que combate ofreciendo el comportamiento de salida, contiene el pánico describiendo aquello que sucede al traumatizado como reacción normal aguda de stress, señala los centros organizativos, de acogida y de escucha, permite a los deportados reencontrarse con sus propios orígenes.

El mismo dispositivo puede-en lo negativo- amplificar el stress incrementando cierto voyerismo social basado en la especulación sobre una fuerte necesidad de catarsis de la comunidad y en particular de algunos líderes que emergen en el momento, todo lo cual aumenta la confusión y el pánico colectivo.

El traumatizado no logra leer y concentrarse, la relación con la imagen televisiva es más eficaz, llama contemporáneamente la atención y por algunos minutos distancia la mente del síndrome de repetición (en el cual emerge de continuo la imagen del trauma, fría y desapegada de cualquier revestimiento afectivo) permitiéndole retomar contacto con las emociones.

En la entrevista citada antes con RAI 3 tg. Región registrada por la Dra. Grifoni se había intentado delimitar, sin nombrar las causas, algunas ansiedades emergentes en la comunidad. Las ansiedades emergentes eran caos y confusión entre las asociaciones de voluntariado, sospechas y recriminaciones entre los traumatizados, soledad e incomodidad en la población, voyerismo y “turismo” al visitar los lugares del terremoto. El video aparecido en dos partes en varias ediciones del telediario regional no puede ser descrito literalmente pero sin embargo mostraba: el Centro Organizativo común a todas las asociaciones que eran entrevistadas sobre la especificidad de su intervención; la forma administrativa y computarizada de registro de la distribución de las ayudas; los centros de escucha y su función en la recuperación de una capacidad de reconstruir un pensamiento creativo; la visibilidad de algunos rostros del trauma con las etapas del trayecto de elaboración.

Todo esto se realizó después de por lo menos 6 entrevistas, quizás mal entregadas por quien escribe, pero en gran parte indicadores de la operatividad eficaz que se necesitaba en ese momento. Es necesario que entre el grupo de periodistas, el grupo de protección civil y la comunidad traumatizada se produzca un vínculo relacional que en tiempos rápidos abra una comunicación antropológicamente pertinente y afectivamente apropiada para la contención del shock que la realidad no mediata nos causa, así como la información más documentada posible.

Reflexiones actuales

Releyendo las conclusiones de ese artículo escrito en 1998 bajo el título de “Catástrofe y cambio” podemos hoy en día responder a buena parte de las preguntas que se abrieron en aquel entonces, no fue una simple catarsis sino constatando el nuevo y funcional hospital de Camerino, el dinamismo de la antigua Universidad en estos pequeños pueblos, las muchas grúas que constelan el cielo de la ciudad y las pequeñas zonas con bellas restauraciones de edificios medievales y el retorno a sus casas de parte de la población, la eficiente ejercitación de la protección civil que simuló una posible catástrofe entre las hermosas montañas y lago de Fiastra con gran participación de la población y de las asociaciones de voluntariado, la ayuda brindada tanto a los prófugos albanos como a los kosóvares por el municipio de Ussita y por el grupo Humana solidaridad, el buen nivel cultural que va desde la psicología social a la creación y programación de los servicios; y bien, constatando todo lo dicho no se puede afirmar que no haya habido un profundo aprendizaje social.

Puedo decir personalmente que vivir el grupo de intervención y su clima me permitió una enorme cantidad de experiencia, no última la experiencia citada antes de la ilusión grupal y de la diáspora de un grupo tan acorde cuanto efímero. En esos momentos se vive muy intensamente, se eluden con facilidad convencionalismos, timideces y lentitud pero se tiene prisa. El dolor del tiempo de la espera se mezcla con la ansiedad por reconstruir y seguir existiendo ya sea personalmente como socialmente, este clima tiene su realidad, pero corre el riesgo de no dejar percibir con el debido respeto los tiempos y los espacios de la Nueva Construcción, ya sea social como subjetiva.

Texto del archivo de la Escuela de Psicología Grupal Enrique Pichon-Rivière · Análisis Institucional.