

# EFECTOS EN LA SALUD MENTAL DE PERSONAS ALBERGADAS POR EL TERREMOTO EN ECUADOR

## EFFECTS ON THE MENTAL HEALTH OF REFUGEE IN THE EARTHQUAKE IN ECUADOR

EVA CEVALLOS REYNA<sup>1</sup>, GUSTAVO RAMÍREZ AMAT<sup>2</sup>, CÉSAR MENÉNDEZ CEVALLOS<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universidad Católica Santiago de Guayaquil. [eva.cevallos@cu.ucsg.edu.ec](mailto:eva.cevallos@cu.ucsg.edu.ec)

<sup>2</sup> Universidad Católica Santiago de Guayaquil. [gustavo.ramirez@cu.ucsg.edu.ec](mailto:gustavo.ramirez@cu.ucsg.edu.ec)

<sup>3</sup> Actividades de asesoramiento y gestión combinados. [menendezjairo@gmail.com](mailto:menendezjairo@gmail.com)

### RESUMEN

Ante un desastre natural las consecuencias para la salud mental de las personas resultan evidentes, por lo que deben ser objeto de atención inmediata. No obstante, el abordaje de los efectos psicológicos no ha tenido mayor interés y relevancia, pese a sus derivaciones psicopatológicas y efectos duraderos que deja en la salud mental de los sobrevivientes. En este contexto, se expone un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo y transversal, realizado con personas damnificadas mayores de 18 años, residentes en un albergue durante la fase de post impacto a corto plazo. A estas personas, se les realizó una entrevista y se les aplicó la Escala de Síntomas de Estrés Agudo, que incluye criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, con el objetivo de determinar el grado de afectación psicológica. Como resultado, ocho de cada diez personas del grupo estudiado, presentan síntomas de estrés, que por su persistencia de más de 30 días, requieren atención especializada para reducir la probabilidad de que progrese a un Trastorno de Estrés Postraumático. Los síntomas de re-experimentación son los de mayor prevalencia con 80,72%, seguido de disociación 75,90% y alteraciones de la alerta 50,60%. La exacerbación y persistencia de esta sintomatología pudiera vincularse a las constantes réplicas, que reavivaron síntomas intrusivos, sentimientos angustiosos asociados al evento traumático y síntomas de alerta en la población. Estos hallazgos permitirán mejorar las estrategias de gestión de la salud emocional de quienes viven este tipo de experiencia.

**PALABRAS CLAVE:** desastre natural, trastornos de estrés agudo, evitación, disociación, re-experimentación.

### ABSTRACT

When going through a natural disaster, consequences for mental health are evident, therefore the patients will need immediate assistance. In spite of the psychopathological derivations and lasting effects that they cause in the survivors mental health, the psychological effects board have not gained any relevance or interest. In this context a descriptive, quantitative and transversal study with victims ageing 18 or above is shown. Additionally, refugees during the short-term post-impact phase, were administered the Acute Stress Symptoms Scale (ASSS) by means of interviews. The ASSS includes diagnostic criteria from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5) that determines the psychological involvement degree. As a result, it can be seen that 8 out of 10 people presented stress symptoms, which due to its 30 or more days of persistence, require specialised care in order for them to reduce the probability of a posttraumatic stress disorder (PTSD). The re-experience symptoms prevail with 80, 72%, followed by dissociation 75,90% and alert alterations 50,60%. The exacerbation and persistence of this symptomology could be connected to constant aftershocks, events which rekindle the intrusive symptoms, distressing feelings associated with the traumatic event and warning signs in population. These findings contribute to the improvement of management strategies of the emotional health of those who go through this kind of experience.

**KEYWORDS:** natural disaster, acute stress disorder, dissociation.

DOI: <http://dx.doi.org/10.23878/alternativas.v18i1.93>

RECIBIDO: 7/10/2016

ACEPTADO: 19/11/2017

## INTRODUCCIÓN

El terremoto de 7,8 grados en la Escala de Richter del 16 de abril de 2016, que afectó de manera particular las provincias de Manabí y Esmeraldas en Ecuador, generó daños cuantiosos en edificaciones, infraestructura de servicios de salud, carreteras, servicios básicos y pérdida de vidas humanas que según cifras oficiales hasta la presente fecha ascendieron a 671 (Secretaría de Gestión de Riesgos, 2016). Además de producir una situación de crisis en la población por el impacto psicoemocional y niveles de desorganización para enfrentar las demandas de la vida cotidiana.

Estudios realizados en los últimos treinta años estiman que entre un treinta y un cincuenta por ciento de la población general expuesta a un desastre natural manifiesta alguna perturbación psicológica en los meses siguientes al evento (Udomratn, 2008). Estas manifestaciones pueden presentarse bajo la forma de cuadros temporales o breves como distress subclínico, trastornos de estrés agudo (TEA), trastornos adaptativos, hasta patologías de mayor persistencia como Estrés Posttraumático (TEPT), trastornos depresivos, cuadros ansiosos, abuso de alcohol/drogas y trastornos somatomorfos (Cova, Rincón, Grandón y Vicente, 2011).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM 5 (American Psychiatric Association, 2014), las personas con trastornos de estrés agudo suelen tener pensamientos catastróficos o extremadamente negativos acerca de su papel en el evento traumático o la probabilidad de un daño futuro. Ejemplo, puede sentirse excesivamente culpable por no haber impedido el evento traumático o por no adaptarse a la experiencia con más determinación. También pueden interpretar sus síntomas de manera catastrófica, de modo que las reviviscencias o entumecimiento emocional pueden ser asumidas como un signo de capacidad mental disminuida. Es frecuente que experimenten ataques de pánico en el mes inicial después de la exposición al trauma, que pueden ser provocados por recordatorios del evento o pueden ocurrir de manera espontánea. De igual forma suelen mostrar un comportamiento caótico o impulsivo (imprudencia al conducir, tomar decisiones irreflexivamente, apostar en exceso).

De ahí la importancia de intervenciones psicosociales inmediatas para reducir los efectos del trauma y reestablecer el equilibrio emocional en los sobrevivientes, a partir de lo

planteado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2006), de que una tercera parte y la mitad de la población expuesta (según la magnitud del evento y otros factores) padece alguna manifestación psicológica, aun cuando no todas revisten un carácter patológico, si no que pueden considerarse como respuestas psicológicas normales ante la experiencia abrumadora vivida, mismas que remiten generalmente en el plazo de un mes tras la exposición al trauma. En otros casos los síntomas pueden evolucionar a un trastorno por estrés posttraumático por lo que las personas requerirán ayuda profesional prolongada mientras dure el proceso de reconstrucción de sus vidas.

La propuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2006) es que las intervenciones psicosociales frente a un desastre deben realizarse de manera temprana, esto es en los primeros tres meses. Esta respuesta debiera organizarse en los siguientes niveles:

En las primeras 72 horas: evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental. Socorro y protección. Satisfacción de las necesidades básicas y más inmediatas. Primera ayuda psicológica.

En el primer mes: continuación de la evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental. Ayuda humanitaria. Apoyo de la red social. Acompañamiento personal a casos en riesgo. Detección de individuos y grupos en riesgo, y de casos con sicopatología. Intervenciones psicosociales individuales y grupales. Atención de casos con trastornos psíquicos.

Entre dos a tres meses: apoyo de la red social. Acompañamiento y apoyo emocional a los más vulnerables y maltratados. Intervención psicológica individual. Manejo de grupos (en especial, grupos de ayuda emocional) (p. 46).

Después de este lapso, es de esperar que de manera progresiva las personas recobren su estabilidad emocional y desarrollen mecanismos adaptativos saludables.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo descriptivo y cuantitativo. El mismo, intenta entregar una panorámica sobre las reacciones emocionales y el impacto en la salud mental que experimenta la población residente de un albergue para personas damnificadas por el terremoto del 16 de abril de 2016 en la población de Canoa, Manabí, Ecuador. Este albergue, funciona bajo la normativa técnica y administración del organismo competente.

El período examinado corresponde a la fase de post impacto a corto plazo (Moya, Cupio, Vilchez, Tello, Becerra, Marchena,... San Martín, 2000; Reyes, s/f), que abarca los primeros tres meses después de una catástrofe. Los datos obtenidos provienen de la aplicación de la Escala de Síntomas de Estrés Agudo, que explora reacciones psicológicas tales como: síntomas de reexperimentación (revivir imágenes de lo ocurrido), síntomas persistentes de activación aumentada (irritabilidad, insomnio, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto), síntomas disociativos (sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional), síntomas de evitación acusada (persistente de los estímulos asociados con el trauma).

Estas manifestaciones clínicas se encuentran incluidas en los criterios diagnósticos del DSM5 y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10 (OPS, 2008).

El cuestionario fue aplicado a través de una entrevista individual, con un consentimiento previo firmado por 83 personas dispuestas (hombres y mujeres mayores de 18 años), de un total de 438 personas que permanecían en el albergue después del terremoto. El estudio se realiza en el marco de un proyecto de Intervención en Salud Preventiva y Apoyo Psicosocial gestionado por la carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para lo cual se realizaron visitas de coordinación y acuerdos entre autoridades del Ministerio de Inclusión Económica y Social, personal de las Fuerzas Armadas y un equipo de docentes de la Universidad.

Como limitaciones del estudio se encuentran los sesgos propios de una investigación realizada en situación de catástrofe, ya que solo se evaluó a aquellas personas que se encontraron en el albergue al momento de la gestión de datos, por lo que la muestra fue tomada a discrecionalidad de los investigadores. El procesamiento y análisis de datos fue realizado a partir del programa estadístico informático SPSS.

### DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El promedio de edad de la población estudiada es de 32 años. De esta, un 65% son mujeres y 35% varones. Los rangos de edades se describen así: entre 18 y 28 años (20,48%), 29 a 64 años (78,31%) y 65 años y más (1,21%). Referente al estado civil, un 33% declaró unión libre, 18% soltero, un 23% casado, un 8% viudos, un 2% divorciados

y un 16% no proporcionó información sobre este indicador.

Respecto a las afectaciones vinculadas al terremoto, todas las personas consultadas habían experimentado pérdidas materiales y algunas de estas perdieron a familiares cercanos o amigos, refiriendo inclusive daño en su integridad física.

Del análisis de los datos según tabla 1, se desprende, que el 84,34% (n=83) de la personas consultadas presentan manifestaciones clínicas relacionadas con estrés; y que por su persistencia y duración no estarían referidas al trastorno por estrés agudo (CIE-10: F43.0 y DSM 5: 209.81), cuya duración de síntomas va desde un mínimo de tres días y un máximo de un mes al acontecimiento traumático. Esta condición, se relacionaría con el TEPT de acuerdo a criterios del CIE-10: F43.1y DSM 5: 309.81.

**TABLA 1. FRECUENCIA DE ESTRÉS AGUDO (EA)**

ESTRÉS AGUDO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Con síntomas	70	84,34%
Sin síntomas	13	15,66%
Total	83	100,00%

Lo que se relaciona con lo afirmado por Figueroa (2010), quien refiere que entre las secuelas asociadas al trauma, una de las más frecuentes es el TEPT. En el 80% de los casos se presenta con otro trastorno asociado, como la depresión, las crisis de pánico y el abuso de alcohol, y que puede manifestarse varias semanas después del evento traumático. Sus síntomas se relacionan con ansiedad, trastornos del sueño, evitación de personas y lugares que recuerden la situación que gatilló el cuadro, ideas o imágenes que invaden la mente de la persona, entre otras.

De la muestra, setenta personas manifestaron síntomas, el mayor porcentaje lo padecen las mujeres con un 67,14% (n = 47), mientras que en los varones la repercusión es de 32,86% (n = 23).

Las manifestaciones clínicas de estrés están presentes mayormente en el grupo etario de 29 a 64 años, con un 67,47%, según muestra la tabla 2.

**TABLA 2. FRECUENCIA DE ESTRÉS AGUDO (EA), DE ACUERDO A RANGO DE EDADES**

RANGO DE EDAD	CON SÍNTOMAS	SIN SÍNTOMA
18 - 28 años	15,66%	4,82%
29 - 64 años	67,47%	10,84%
65 años y mas	1,20%	0,00%
Total	84,34%	15,66%

Dentro del espectro del trastorno de estrés agudo el síntoma mayormente prevalente en la muestra según tabla 3, es el síntoma de re-experimentación con 80,72%, mismo que se caracteriza porque la persona tiende a recordar el evento repetidamente en forma de flashback diurnos y en sueños (American Psychiatric Association, 2014). Es decir, se tiene la sensación de estar reviviendo la experiencia y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático. “Los pensamientos y recuerdos intrusivos son los síntomas que se mantienen por más largo tiempo ante una catástrofe colectiva (Horowitz, 1986; Steinglass & Gerrity, 1990)” (Páez, Arroyo y Fernández, 1995, p. 4).

**TABLA 3. FRECUENCIA DE PERSONAS CON SÍNTOMAS DE RE-EXPERIMENTACIÓN**

SÍNTOMAS DE RE- EXPERIMENTACIÓN PERSISTENTE	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Con síntomas	67	80,72%
Sin síntomas	16	19,28%
Total	83	100,00%

Otro síntoma identificado en un 75,90% entre las personas consultadas de acuerdo a la tabla 4, es la presencia de síntomas disociativos, descritos por la sensación subjetiva de embotamiento emocional o anestesia afectiva; desapego o ausencia de reactividad emocional, lo que lleva a las personas a experimentar dificultades para captar y expresar emociones íntimas. También puede estar presente una sensación de aturdimiento, tal como si se redujera el conocimiento de su entorno (American Psychiatric Association, 2014).

**TABLA 4. FRECUENCIA DE PERSONAS CON SÍNTOMAS DISOCIATIVOS**

SÍNTOMAS DISOCIATIVOS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Con síntomas	63	75,90%
Sin síntomas	20	24,10%
Total	83	100,00%

Un 50,60% de la población estudiada, según muestra la tabla 5, experimenta síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal). Ejemplo de ello son las dificultades para dormir, escasa concentración, estar en hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, irritabilidad e inquietud motora (American Psychiatric Association, 2014).

**TABLA 5. FRECUENCIA DE PERSONAS CON SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN**

SÍNTOMAS DE HIPERACTIVACIÓN	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Con síntomas	42	50,60%
Sin síntomas	41	49,40%
Total	83	100,00%

Un cuarto síntoma que evalúa la Escala de Estrés Agudo es el síntoma de evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma, como por ejemplo, evasión de pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas ligadas al evento. Estas reacciones se identifican de manera marcada en un 31,33% de las personas consultadas, mientras que un 68,67% refiere evocar el acontecimiento en menor proporción, de acuerdo a lo observado en la tabla 6.

**TABLA 6. FRECUENCIA DE PERSONAS CON SÍNTOMAS DE EVITACIÓN ACUSADA**

SÍNTOMAS DE EVITACIÓN	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Con síntomas	26	31,33%
Sin síntomas	57	68,67%
Total	83	100,00%

## CONCLUSIONES

Según el Registro Único de Damnificados (RUD), 23.155 personas pertenecientes a 5 824 familias fueron ubicadas en 174 albergues y refugios. En este sentido, se pudo evidenciar que el Estado a través de la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgo y del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) ha logrado organizar una respuesta mínima para garantizar la seguridad a la población damnificada y satisfacer muchas de sus necesidades básicas, incluyendo la atención en salud.

Sin menoscabo de lo anterior, en lo concerniente al manejo psicosocial y de personas con trastornos mentales en situaciones de emergencia por desastres se observó una escasa respuesta acorde a las recomendaciones impartidas por la normativa internacional, lo que se constata en testimonios de personas residentes en distintos albergues de las zonas afectadas, quienes expresaron la necesidad de asistencia psicológica continuada para niños y adolescentes que quedaron huérfanos, adultos mayores y embarazadas.

Los resultados revelan que ocho de cada diez personas de la población abordada presentan sintomatología, que por su duración de más de 30 días requieren atención profesional especializada para reducir el impacto y cronicidad del trastorno de estrés postraumático.



Los síntomas en la población abordada se acentuaron en el mes posterior al evento debido a estresores vitales en curso, a constantes réplicas y sobre todo al sismo de magnitud 6,9 grados en la escala de Richter del 18 de mayo del año en curso, que reavivó las reacciones de angustia, pánico, ansiedad, depresión, insomnio, entre otros síntomas.

### RECOMENDACIONES

En base a lo expuesto se propone realizar una intervención en varias líneas. Por ejemplo, mejorar la convivencia en las familias que permanecerán albergadas para prepararlas con vistas al traslado a sus nuevas viviendas y al inicio de actividades productivas.

En el caso de niños y adolescentes que no fueron incluidos en este estudio, pero que dada su condición de grupo especialmente vulnerable para tolerar situaciones de alto estrés, sería importante trabajar con técnicas lúdicas, catárticas, de arte expresivo y terapias grupales que les permitan la elaboración del proceso de duelo personal y la reconstrucción de sus vidas más rápidamente.

Con la finalidad de contar con datos concluyentes sobre la evolución del cuadro clínico de las personas evaluadas, será necesario reevaluar a esta población después de un año de transcurrido el evento traumático.

En esta misma lógica, es necesario enfatizar en la necesidad imperiosa de profundizar en este tipo de investigaciones. De igual forma, se exhorta a los organismos competentes a realizar procesos de capacitación a los equipos de las entidades encargadas de estas acciones sobre el abordaje y tratamiento de personas afectadas por situaciones traumáticas relacionadas con desastres naturales, considerando el alto grado de vulnerabilidad en el que se sitúa el país.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2014). DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Recuperado de <http://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/4949/DSM5-Manual-Diagnostico-y-Estadistico-de-los-Trastornos-Mentales.html>

Cova, F., Rincón, P., Grandón, P., y Vicente, B. (2011). Controversias respecto de la conceptualización del trastorno de estrés posttraumático. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(3), 288-297. Recuperado de <https://doi.org/10.4067/S0717-92272011000300010>.

Secretaría de Gestión de Riesgos del Ecuador (2016). Informe de Situación n°71. Recuperado de <http://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/05/INFORME-n71-SISMO-78-20302.pdf>.

Figuroa, R. (2010). Explican los efectos del terremoto en la salud mental de los chilenos. Recuperado de <http://www.uc.cl/la-universidad/noticias/1573-explican-los-efectos-del-terremoto-en-la-salud-mental-de-los-chilenos>.

Moya, M., Cupio, G., Vilchez, L., Tello, D., Becerra, L., Marchena, A.,... San Martín, J. (2000). Salud Mental en el afronte de desastres. Perú: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".

Organización Panamericana de la Salud. (2006). Guía Práctica de Salud Mental en Desastres. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/paho\\_guia\\_practicade\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/paho_guia_practicade_salud_mental.pdf).

Organización Panamericana de la Salud. (2008). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10. Décima Revisión. (2008 ed.). Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.

Páez, D., Arroyo, E., y Fernández, I. (1995). Catástrofes, Situaciones de Riesgo y Factores Psicosociales. *Mapfre Seguridad*, 57, 43-55. Recuperado de <http://www2.uned.es/dpto-psicologia-social-y-organizaciones/paginas/profesores/Itziar/ArticuloMapfre.pdf>.

Reyes, J. (s/f). Manual de Intervenciones en salud mental para la atención de personas víctimas de desastres: Guía para el personal de apoyo en desastres (PAD). Honduras: OPS/OMS. Recuperado de <http://cidbimena.desastres.hn/ri-hn/pdf/spa/doc14718/doc14718.htm>.

Udomratn, P. (2008). Mental health and the psychosocial consequences of natural disasters in Asia. *International review of psychiatry*, 20(5), 441-444.