

¿La Pobreza del Desastre o el Desastre de la Pobreza?

Efectos Psicológicos y Psicopatológicos en Damnificados con Larga Estancia en Campamentos después del Terremoto de Armenia, Colombia*

Hernán Santacruz Oleas, M.D.¹ y Sara Ardila Gómez, Psic.²

Resumen

Con base en un estudio descriptivo realizado por el GAPPD (Grupo de Atención Psiquiátrica y Psicosocial en Desastres) con habitantes de «campamentos temporales» después de dos años de ocurrido el terremoto de Armenia, Colombia, se realiza una discusión en torno a los efectos de la estancia prolongada en este tipo de albergues y de los aspectos psicosociales relacionados con la pobreza y la vulnerabilidad, desde una concepción cíclica de los desastres, que pone en evidencia la correlación causal y circular que se expresa entre estas tres situaciones y su lugar fundamental en la perpetuación del subdesarrollo.

Palabras clave: desastres naturales, campamentos temporales, vulnerabilidad, pobreza.

Abstract

Based on a descriptive study made by the Group of Psychiatric and Psychosocial Attention in Disasters (GAPPD) with people living in «temporary camps» two years after Armenia's earthquake, we discuss the effects of lengthy stays in camps and the psychosocial aspects related with poverty and vulnerability from a cyclic conception of disaster, that puts in evidence the causal and circular correlation expressed in these three situations and its fundamental place in the perpetuation of underdevelopment.

Key words: *Natural disasters, refugees, vulnerable populations, poverty.*

*Agradecemos la colaboración para la realización de este trabajo a Dra. Carolina Borja -Residente III de Psiquiatría; Dra. Liliana Salazar, Médica-Psiquiatra; y Claudia Abella, Estudiante de Medicina de la Universidad Javeriana.

¹ Psiquiatra - Psicoanalista. Profesor Titular, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

² Psicóloga Unidad de Salud Mental, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá.

Introducción

Después de dos años del terremoto de la zona cafetera en el departamento del Quindío, Colombia, y como consecuencia de la revisión de un estudio descriptivo realizado por el Grupo de Atención Psiquiátrica y Psicosocial en Desastres (GAPPD) del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad Javeriana con damnificados del desastre a quienes se aplicó una entrevista semi-estructurada y el Cuestionario de Auto-reportaje CAR ó SRQ-20 por sus siglas en inglés (Harding, 1980), surgió en los autores la convicción, que se pretende desarrollar en este trabajo, de que entre el acontecimiento en apariencia desencadenante y sus efectos emocionales en las personas, hay, más que una correlación de naturaleza psicopatológica, una relación estructural entre pobreza, vulnerabilidad y desarraigo que se potencian en un círculo que, paradójicamente, el desastre puede romper y por ello, convertirse en una oportunidad ávidamente aprovechada por los pobres que, incluso de otros lugares no afectados inicialmente, acuden a beneficiarse de los esfuerzos y la solidaridad que se ponen en marcha con ocasión del evento catastrófico.

Una idea que es clara es la de que en sentido estricto no hay «desastres naturales»: Para explicar lo anterior se puede decir, por ejemplo, que está en la naturaleza de los

volcanes erupcionar, que es natural que con la erupción el hielo y la nieve de la cumbre se derritan y bajen por las pendientes e impulsen a su paso materiales que incrementan su volumen, velocidad y capacidad de arrastrar consigo los obstáculos que a su paso encuentren. Lo que provoca que en el curso de esta sucesión de fenómenos los seres humanos sean dañados o sus bienes destruidos son la imprevisión, la ignorancia y olvido de la historia; o modelos de desarrollo que suelen colocar generalmente a los más pobres en condiciones de desventaja o de vulnerabilidad sea por la ubicación o por los materiales o las técnicas precarias de construcción de sus viviendas. Cuando esas condiciones se han mantenido por largos períodos, los eventos naturales potencialmente catastróficos, sorprenden a sus víctimas una y otra vez, y propician la perpetuación de las condiciones iniciales de desvalimiento.

Antecedentes

En el desastre que más pérdidas humanas ha causado en tiempos históricos en Colombia, el de Armero, en noviembre de 1985, la investigación con doscientas personas damnificadas, a las que se le aplicó el CAR, seis meses y dos años después, mostró que la larga permanencia en campamentos de damnificados podía ser señalada como factor por lo menos contribuyente de la alta frecuencia de psicopatología depresivo-ansiosa detectada (Lima B., Santacruz H. y

Lozano, J., 1988). También en esa indagación fue interesante que los rasgos de personalidad pasivo-dependiente parecían ser otro factor de riesgo para la cronificación de ese cuadro clínico que es compatible con el que luego se describió como estrés postraumático crónico.

La experiencia del terremoto seguido de la riada en el cañón del río Páez, mostró una presencia bastante menor de TEPT en la fase inmediata y a mediano plazo, lo que puede ser explicado por la solidez de los vínculos y redes de apoyo social y familiar que exhibe la cultura indígena Paez a la que pertenecían los damnificados. Hallazgos similares (Lima B., Chávez J. y Pompei S., 1989) se describieron en la erupción del Reventador en Ecuador en 1987 y mucho más tarde, entre los damnificados de las erupciones del Tungurahua, en el mismo país en febrero-marzo de 2000. En este último evento se aplicaron 7.500 CAR, de los cuales solo fueron positivos un 17%, cuando la frecuencia de positivos en comunidades latinoamericanas ha fluctuado alrededor de un quince por ciento de positividad, en condiciones «normales». Nuevamente la explicación parece ser la presencia de estructuras familiares y grupales sólidas y solidarias que resultarían el factor protector esencial frente a condiciones de sufrimiento individual y comunitario.

No es éste el lugar para discutir la validez del CAR como instrumento para detectar posibles

casos en poblaciones grandes, pero se puede afirmar que lo hace, como se pudo demostrar en los damnificados de Armero, con más certeza que un médico general no entrenado en la detección de pacientes depresivos o ansiosos o con TEPT. Por otra parte, es fácil de aplicar y comprender, es corto y su interpretación es igualmente fácil y barata. Sin embargo, una de las desventajas que presenta tal instrumento tiene que ver con el hecho de que los síntomas que mide pueden no estar relacionados con el evento traumático, lo cual llevaría a un posible aumento de los falsos positivos.

En el desastre de Armenia se aplicó el CAR masivamente, por diferentes grupos de investigadores y por los equipos de salud mental locales. La suma total es cercana a 20.000 pero parecería haber una anormalmente elevada cifra de CAR positivos en una de esas indagaciones, lo que probablemente tiene que ver con la magnitud del desamparo original de ese grupo y/o las características socio-culturales diferentes en los diversos campamentos, ya que la población damnificada en ellos llegó a ser de setenta mil en Armenia y en el resto del departamento del Quindío, cercana a cincuenta mil. Los fallecidos por el desastre, sumaron un poco más de mil cien, de tal modo que los damnificados estaban en proporción de un poco más de cien por cada muerto. Esta proporción es característica de los desastres de los países subdesarrollados. Para

terminar es bueno señalar que cada desastre contribuye, por los enormes costos que genera, a entorpecer el desarrollo ya en sí dificultoso de los países tercermundistas.

Efectos de la Estancia Prolongada en Campamentos en la Salud Mental de la Población

Son bastante conocidos los efectos a mediano y largo plazo de los desastres en los damnificados. Sin embargo, como señalan Blaikie, et.al. (1996) los desastres son la confluencia de, por un lado, un evento natural, y por el otro, una sociedad vulnerable. En este sentido, se ha planteado que los desastres, o más bien su manejo, debe tener en cuenta la naturaleza cíclica de los mismos: existe un grupo social vulnerable que es afectado por un evento natural, lo cual genera mayor vulnerabilidad en el grupo, y así sucesivamente.

Fue a partir de las consideraciones anteriores que el estudio realizado por el GAPPD tras el desastre de Armenia, buscó evaluar y medir el efecto de una de las particularidades más llamativas de este tipo de fenómenos en los países pobres: la larga permanencia de los damnificados en campamentos «provisionales» que terminan por convertirse en casi permanentes, algo así como un *eterno lugar de paso*. A propósito de los efectos de la estancia en campamentos, encontramos que se han realizado investigaciones acerca de los efec-

tos psicológicos de la población que reside en campamentos de refugiados políticos, pero no encontramos estudios que evaluaran las secuelas psicológicas y psicopatológicas en campamentos de damnificados de desastres naturales.

Respecto a los estudios en campamentos de refugiados políticos, Marshy (1999) plantea que «los efectos sociales y psicológicos del hacinamiento son inmediatos, a largo plazo, acumulativos, múltiples, mutuamente reforzantes, directos e indirectos y críticos». Específicamente plantea que, además de los riesgos directos e indirectos para la salud de los habitantes, debido a las precarias condiciones de sanidad, los efectos psicológicos que se pueden encontrar son un aumento en la depresión ligada a la falta de privacidad, un incremento de las frustraciones psicológicas, las cuales a su vez tienen efectos negativos en las habilidades de los residentes para afrontar sus condiciones, y finalmente, la perspectiva negativa frente a las opciones futuras se ve reforzada por un hacinamiento que los vulnera y destruye su autoestima. Aunque el estudio citado se llevó a cabo con habitantes de campamentos palestinos en la franja de Gaza, es de resaltar que residir por periodos largos en campamentos perpetúa en las personas la percepción del desastre y conduce a concebir la vida de manera general como algo *desastroso*.

Además de los efectos que puede producir el hacinamiento en

general, resulta indispensable el considerar las particularidades socioculturales de las poblaciones afectadas, para así poder realizar alguna aproximación a las secuelas, y por consiguiente a las acciones terapéuticas que serían necesarias. Un obstáculo con el que nos enfrentamos los investigadores de países como el nuestro, es la cada vez más fuerte intervención de modelos de comprensión ajenos, y muchas veces lejanos a nuestras realidades. Sin embargo, este será tema de discusión más adelante en el presente escrito.

Estudio con residentes en campamentos luego de dos años de ocurrido el terremoto de armenia

Buscando respaldar la hipótesis de una relación entre la estancia prolongada en campamentos luego de ocurrido un desastre y repercusiones psicológicas de gravedad entre sus habitantes, se diseñó un estudio que midiera, a través del CAR y de una entrevista semi-estructurada, la presencia de síntomas de Estrés Postraumático Crónico entre los habitantes de campamentos, y en personas, con condiciones socioeconómicas similares, pero que no hubieran residido en dichos lugares (De hecho, el grupo de control habita en barrios aledaños a los campamentos estudiados). Para tal fin, se ideó un estudio de casos (residentes en campamentos) y controles (no residentes en campamentos). Por medio de este diseño se buscaba evaluar las diferencias en el estado

psicológico de las personas de uno y otro grupo, las cuales pudiesen ser atribuidas a las condiciones psico-sociales ligadas a las circunstancias de vivienda. Sin embargo, dadas las condiciones y los recursos disponibles para la realización de la investigación, la muestra que se tomó resultó ser muy dispar entre el grupo de casos y de controles. Sorpresivamente, los hallazgos derivados del análisis de los datos, incluyendo los efectos de este grave sesgo, nos conducían a una serie de consideraciones muy interesantes. Pero antes de entrar en el terreno de la discusión, vale la pena mostrar algunos de los datos de los grupos estudiados.

Tabla 1. Distribución de la Muestra

Habitantes de Campamentos ("Casos")	524
No Habitantes de Campamentos ("Controles")	132
Total de la Muestra	656

Como se observa en la tabla anterior, la diferencia entre el tamaño de la muestra de uno y otro grupo es considerable. La forma en que se realizó al escogencia de dicha muestra fue por mapeo, y el ideal era escoger de manera aleatoria en cada vivienda a la(s) persona(s) a entrevistar. Sin embargo, nos encontramos con que un número considerable de las viviendas estaban habitadas por un solo adulto, en la mayoría de los casos por una mujer, y varios niños. Lo anterior se puede observar en el siguiente cuadro.

Tabla 2. Distribución de la Muestra por Sexo

Sexo	Número	Porcentaje
Mujeres	498	75.9%
Hombres	158	24.1%
Total	656	100%

En cuanto a la distribución por rangos de edad se encontró que entre los habitantes de campamentos, el 59.38% estaban en el rango I, es decir, tenían entre 15 y 35 años, el 32.18% tenían entre 36 y 55 años, y el 8.44% tenían entre 56 y 72 años; y entre los que no habitaban en campamentos el 43.18% tenían entre 15 y 35 años, el 44.69% tenían entre 36 y 55 años, y el 12.13% tenían entre 56 y 72 años.

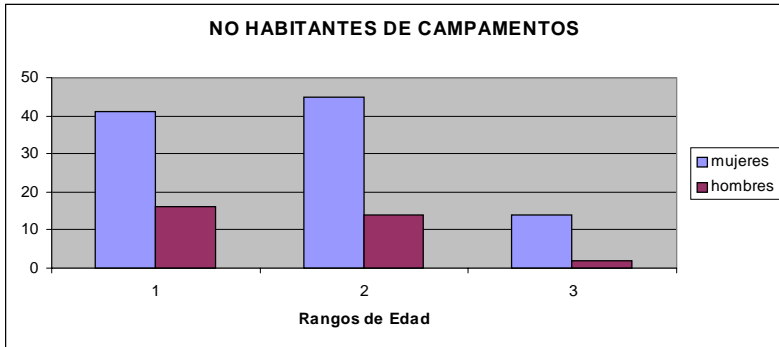
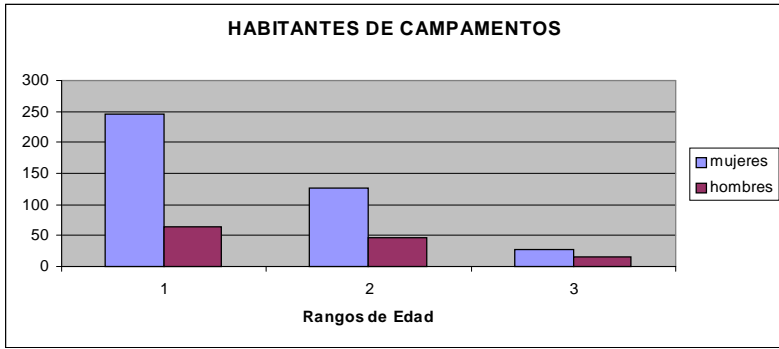
Respecto a la relación entre sexo y edad en el grupo de habitantes de campamentos se contó con un 46.75% mujeres y un 12.75% hombres en el rango I; un 24.04% mujeres y un 8.77% de hombres en el rango II; y un 5.15% de mujeres y un 2.54% de hombres en el rango III. Las cifras globales

fueron un 75.95% de mujeres encuestadas y un 24.05% de hombres encuestados entre los habitantes de los campamentos.

Entre los no habitantes de campamentos se contó con un 75.75% de mujeres encuestadas y un 24.25% de hombres encuestados, lo cual mostraría que la proporción es muy similar entre ambos grupos en lo concerniente al sexo de los entrevistados. Ahora bien, en el rango I se encontraban el 31.06% de las mujeres y el 12.12% de los hombres; en el rango II el 34.09% de las mujeres y el 10.60% de los hombres; y en el Rango III el 10.60% de las mujeres y el 1.53% de los hombres. La distribución en cada uno de los grupo se puede observar en los siguientes gráficos.

Tabla 3. Rangos de Edad en cada uno de los Grupos

Grupo Edad	CAMPAMENTOS	NO CAMPAMENTOS	TOTAL
Rango I 15-35	311 (84.51%) (59.35%)	57 (15.49%) (43.19%)	368 (56.11%)
Rango II 36-55	169 (74.12%) (32.25%)	59 (25.88%) (44.7%)	228 (34.7%)
Rango III 56-72	44 (73.33%) (8.4%)	16 (26.67%) (12.11%)	60 (9.19%)
Total	524 (79.88%)	132 (20.12%)	656 (100%)



Ahora bien, en lo concerniente al número de personas encuestadas que puntuaron positivamente para el CAR (Utilizándose como criterio tener ocho ó más respuestas afirmativas a la encuesta, ó responder afirmativamente a la pregunta 17 «¿Piensa en quitarse la vida?») se encontraron los siguientes valores:

Tabla 4. CAR entre Habitantes y No Habitantes de Campamentos

	CAR POSITIVO	CAR NEGATIVO	TOTAL
HABITANTES DE CAMPAMENTOS	45.4%	54.6 %	100 %
NO HABITANTES DE CAMPAMENTOS	42.7%	57.3%	100%
TOTAL	44.2%	55.8%	100%

A partir de lo anterior fue posible calcular el riesgo relativo indirecto (OR) entre las personas habitantes de campamentos de presentar síntomas de Estrés Postraumático. El OR fue de 1.16, lo cual indicaría la presencia de una asociación positiva entre CAR positivo y ser habitante

de campamentos. En otras palabras, existiría un riesgo mayor -aunque poco significativo- de TPET, entre los habitantes de campamentos que entre los que no habitan allí.

Por otro lado, la frecuencia de CAR positivo en los distintos rangos de edad mostró que ésta era de un 31.6% entre las personas del rango I (15-35 años), de un 41.8% entre las personas del rango II (36-55 años) y del 30.0% entre las personas del rango III (56-72 años).

Un dato que resulta llamativo es el relacionado con los resultados de CAR positivo entre los jefes de hogar, puesto que entre jefes de hogar de viviendas en los campamentos, la frecuencia de CAR positivo fue del 42%, mientras que la incidencia entre los jefes de viviendas fuera de los campamentos fue de 9.3%. Lo anterior, teniendo en cuenta que 37.02% de los entrevistados en los campamentos eran jefes de hogar, y un 32.57% de los entrevistados fuera de los campamentos también lo eran.

Discusión

Pese a los errores metodológicos del estudio presentado -aunque más bien podíamos decir que gracias a ellos- surge una serie de interrogantes respecto a los presupuestos de la investigación, a los instrumentos de medición, al estrés postraumático, a las repercusiones del diagnóstico en poblaciones de damnificados, a los efectos de la estancia prolongada en campamentos y respecto a las

condiciones de vida de las personas del estudio, más abarcadoras que la vivienda o no en albergues.

Para empezar, y a partir de la comparación del presente estudio con otros similares realizados en la misma población, se encontraron datos disímiles. Por ejemplo, Pérez y Calero (2000) realizaron un estudio descriptivo de corte trasversal en el cual aplicaron el CAR y el CRN a 788 familias habitantes de campamentos, recolectando una muestra de 1037 adultos y 737 menores de 12 años. Sus resultados mostraron una incidencia de CAR positivo superior al 80%. Sin embargo, la diferencia con nuestros resultados la podemos atribuir entre otras variables, a que en nuestro estudio, los investigadores estuvieron presentes y participaron en todo el proceso de investigación, incluyendo la recolección de los datos, hecho que nos permitió evaluar de cerca la concordancia entre la encuesta y la impresión clínica del paciente, lo cual nos condujo a ver cómo muchas veces, personas con posible necesidad de tratamiento no puntuaban positivamente en el CAR, y otras, quienes a partir de la impresión clínica no mostraban signos de patología, puntuaban como positivos.

Además, pudimos observar cómo una de las desventajas del instrumento, pese a su facilidad en la aplicación y a la ganancia que implica poder realizar un tamizaje rápido de la población afectada, es que las preguntas, al referirse a síntomas de ansiedad y depresión,

pueden dar como resultado un alto porcentaje de falsos positivos si no se especifica la relación de los síntomas con el evento traumático, afirmación que por sí sola conduce a resultados muy dispares.

Ahora bien, respecto al diagnóstico como tal de TEPT y a las implicaciones que esto tiene en los sujetos que son objeto del mismo, cabe recordar la discusión vigente respecto a su «invención» y su utilidad como categoría psiquiátrica. Summerfield (2001) plantea que el estrés postraumático surgió como categoría psico-diagnóstica en Estados Unidos después de la guerra de Vietnam, y sirvió para que los veteranos de dicha guerra pasaran de ser vistos como «psicópatas» a ser vistos como víctimas, lo cual condujo a que el ejército eludiera su responsabilidad en algunos de los hechos ocurridos.

Sin embargo, las implicaciones y la función que cumple dicho diagnóstico en casos como el que aquí se expone tienen un matiz distinto. Los desastres, y el ser catalogado como víctima sirven, en nuestro contexto, para que las personas pobres, es decir la gran mayoría, se vean beneficiados por una serie de acciones que antes de ocurrido el desastre eran imposibles, aunque necesarias, como políticas de salud, de alimentación, de auxilios para vivienda, por sólo nombrar algunas. Este se convierte en un aspecto desconcertante más de nuestra realidad, y es el de cómo los desastres se pueden convertir en la única posibilidad de

mejoría de las condiciones de vida para muchas personas.

No fue raro encontrar en los campamentos en los que trabajamos, a quienes hemos convenido llamar *los sobrevivientes*, empleando la expresión de H. Calderón, y que se refiere a aquellas personas que no siendo víctimas del desastre se desplazaron hasta el lugar del mismo para ser beneficiarios de la ayuda humanitaria. Para muchos colombianos, el vivir en un campamento de damnificados resulta ser mucho mejor de lo que tenían previamente. El verdadero desastre de nuestros pueblos es la pobreza en la cual vive la gran mayoría de las personas.

Lo anterior nos lleva al último punto de la discusión respecto a los hallazgos de nuestro estudio, y es el de la alta frecuencia de CAR positivo entre los no habitantes de campamentos. Aunque no desconocemos ni minimizamos el papel devastador de la estancia prolongada en los mismos, queremos resaltar una vez más como la pobreza perpetúa y recrudece las condiciones de vulnerabilidad de la población. Si partimos de una concepción cíclica de los desastres, resulta necesario emprender acciones, no sólo frente a aquellos que por sus condiciones de vivienda son presumibles víctimas sino para todos aquellos que se ven enfrentados día a día a condiciones de pobreza. La propuesta que se desprende de las anteriores reflexiones es la de que las acciones psicosociales no deben encaminarse únicamente a

las poblaciones fácilmente reconocidas como «víctimas», en las circunstancias dramáticas y conmovedoras que siguen a un evento natural que ha resultado dañino para las personas.

Las situaciones en las que seres humanos son expuestos de manera repetitiva y constante a altos niveles de estrés y amenaza producen, como lo señala Sluzki (1994), un estado permanente de embotamiento y sumisión que se caracteriza por un vivir sin pasado y sin futuro, desconectado de los propios sentimientos, y, agregamos nosotros, en la sombría desesperanza que abre las puertas no sólo a padecimientos psiquiátricos y psicósomáticos, sino a transmitir esa condición a los más jóvenes, para que de ese modo la próxima generación damnificada tome su lugar, en la sucesión de la desdicha y la miseria.

Referencias

- Blaikie, P., Cannon, T., Davis, I, y Wisner, B. *Vulnerabilidad: El Entorno Social, Político y Económico de los Desastres* Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- Borja, C., Santacruz, H. y Ardila, S.E. *Estrés Postraumático en Pacientes Damnificados del Terremoto de Armenia, Enero 25 de 1. 999, 19 Meses Después* Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental; 2.002
- Calderón, H. Comunicación Personal; 1999.
- Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, Murthy RS, Wig NN. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.* 1980 May;10(2):231-41.
- Lima B. Santacruz H. Lozano J. *The Prevalence of Psychiatric Disorders among victims in Tent Camps.* Working Papers Series. University of Colorado. 1988
- Lima B. Santacruz H. Pompei S. *Psychiatric Disorders among Poor Victims Following a major Disaster. Armero, Colombia.* Journal Nervous and Mental Disease. Vol. 179. Nro. 7. Baltimore. 1991.
- Marshy, M. *Social and Psychological Effects of Overcrowding in Palestinian Refugee Camps in the West Bank and Gaza. Literature review and Preliminary Assessment of The Problem.* Prepared for the International Development Research Center; 1999 <http://www.arts.mcgill.ca/MEPP/PRRN/marshy.html>
- Pérez-Medina, A. y Calero, L.M. *Pobreza y Trastornos Mentales en Alojamientos Temporales en Armenia, Quindío, año y medio después del terremoto del 25 de Enero de 1999* Revista Universidad del Quindío. Humanidades. Vol I. No. 6 Julio-Diciembre 2.000 p.p. 93-114.
- Ramírez, F. *Elementos Conceptuales para el Estudio Social de los Desastres* Terremotos en el Trópico Húmedo: La Gestión de los Desastres del Alto Mayo, Perú (1990-1991) Limón, Costa Rica (1991) y Atrato Medio Colombia (1992). LA RED: Tercer Mundo Editores: Bogotá; 1996.
- Santacruz, H. y Ospina, M.B. *Informe de Actividades Realizadas en Salud Mental y Psiquiatría en la Zona del Desastre del Río Páez.* XIII Anuario Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad Javeriana. 1994.
- Sluzki, C.E. *Violencia Familiar y Violencia Política. Implicaciones Terapéuticas de un Modelo General* p.p. 351-370 En Freid-Schmitman, D. Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad. Ed Paidós: Buenos Aires; 1994
- Summerfield, D. *The Invention of Post-traumatic Stress Disorder and the Social Usefulness of a Psychiatric Category.* BMJ 2001; 95-98 (13 January); 2001