

Accidentes de tránsito: una epidemia crónica difícil de mitigar

De bombero voluntario a médico, de médico a psiquiatra y luego a especialista en desastres. Ese fue el camino que recorrió Rodrigo Andrés Figueroa Cabello, hasta ser hoy el jefe de la Unidad de Trauma, Estrés y Desastres del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Católica de Chile (UC), un centro que participó en la asistencia en casos como el de los mineros de Copiapó y el terremoto que sacudió ese país en 2010.

El estudiante de medicina, que vivió tres años en un cuartel de bomberos en Santiago, buscó combinar su experiencia con la nueva carrera y se convirtió en especialista en estrés post-traumático y salud mental en desastres.

Los incendios, las inundaciones, los accidentes de tránsito catastróficos y los ataques terroristas; todos por igual son eventos traumáticos. Dentro de las consecuencias a la salud más frecuentes luego de esos hechos figuran el trastorno por estrés traumático, la depresión, los trastornos de ansiedad, diversos síntomas de somatización —como el dolor de estómago— y el aumento de consumo de drogas y alcohol.

Figueroa y su equipo han elaborado un modelo de trabajo para preparar a nivel político y asistencial al país ante desastres. La tarea es muy similar a la de contener un agente infeccioso, con la diferencia de que en este caso el agente se llama “miedo”, explicó.

El plan incluye la participación de Salud Pública en la prevención, una correcta gestión de comunicación, el trabajo en refugios, la instalación de centros de atención primaria y hospitales de campaña y asistencia en consultorios de salud mental.

Para que psicólogos y psiquiatras puedan realizar tratamientos a personas que sufren traumas por accidentes, eventos extremos y catástrofes, deben contar con entrenamiento especial.

“Actualmente los tratamientos que usamos en Latinoamérica y en el mundo están muy basados en la teoría psicoanalítica. La persona se sienta en un diván casi a conversar y pueden estar dos años hablando del trauma, y el trauma sigue igual. Necesitamos entrenar a nuestra gente en trauma para que sea capaz de aplicar tratamientos efectivos. Esos tratamientos están identificados, el problema es que hay muy poca formación”, dijo a **Búsqueda** el psiquiatra Figueroa, quien es además jefe de Salud Mental del Centro de Medicina Aeroespacial de la Fuerza Aérea de Chile (FACH).

Figueroa trabaja para desarrollar nuevas técnicas que permitan curar a los pacientes que no responden a una terapia tradicional. Por ejemplo, estudia cómo los síntomas depresivos disminuyen cuando se estimulan los “sistemas vestibulares”, que son los sistemas del equilibrio. La investigación surgió porque notaron que los pilotos que realizan maniobras acrobáticas y desafían al equilibrio, disminuyen los síntomas depresivos.

El especialista chileno viajó a Uruguay para disertar en las Segundas Jornadas Universitarias sobre Gestión Integral del Riesgo, que se realizaron en Montevideo, en Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

A continuación un resumen de la entrevista que mantuvo con **Búsqueda**.

—¿Un evento masivo como un terremoto o inundación puede ocasionar en un individuo las mismas repercusiones mentales que cuando se sufre un accidente de tránsito?

—Desde el punto de vista de los síntomas clínicos, el malestar emocional que se produce en la persona—reflejado por ejemplo en síntomas depresivos, síntomas de ansiedad, de angustia, irritabilidad muy importan-

te, aislamiento del grupo social— puede darse tanto en incidentes masivos como individuales, porque para la persona el impacto siempre es individual.

En los incidentes masivos el tejido social cambia en su narrativa. El trauma colectivo produce un trauma o una amenaza al equilibrio social. En los incidentes individuales esa amenaza no existe, pero para el individuo la vivencia igual es un desastre. Cuando una madre se entera de que su hijo tiene cáncer, puede sufrir una crisis individual al igual que otra persona que vive un desastre mayor.



Rodrigo Figueroa

—¿Cuando se trata de desastres masivos como un gran inundación, puede haber un efecto contagio en el tejido social?

—Sí. De hecho, en salud mental—desde la perspectiva de la salud pública, no desde la perspectiva del individuo— pensamos que los incidentes críticos, los traumas colectivos, tienen la misma dinámica que un agente infeccioso. Comunicamos riesgos para mitigar el impacto de esos incidentes, de la misma manera que un infectólogo comunica riesgos de un brote de dengue.

Hay un agente infeccioso cuando ocurre un accidente, que se llama desconianza, incertidumbre y miedo. Se empieza a transmitir igual que el dengue. Tiene ciertos vectores, hay personas que lo transmiten más; es igual. Tienes que establecer medidas de control epidemiológico, que son iguales que las medidas de control en el plano infeccioso; por ejemplo, la comunicación del riesgo, la psicoeducación en la población. Es exactamente igual, con la diferencia de que en un caso estamos hablando de un agente infeccioso palpable que se puede ver en el microscopio, y en otro es un agente que no es observable pero que lo puedes medir. Puedes tomarle el pulso a la prevalencia de una infección de miedo en una comunidad mediante tests que permiten, por ejemplo, saber cuántas personas tienen riesgo de estar “contagiadas” por un estrés posttraumático. Para diagnosticarlo en forma definitiva es indispensable la evaluación por un médico entrenado en salud mental.

—A veces la gente recurre al médico porque le duele la cabeza o el estómago, pero no lo asocian con un trauma provocado por un incidente. ¿Es difícil darse cuenta?

—Reconocen un cambio y les llama la atención el dolor de cabeza, el dolor de guata (panza) y el dolor muscular. Sin embargo, las situaciones traumáticas, por su naturaleza, generan “evitación”, que es cuando la persona trata de evitar todo recuerdo asociado al incidente. Entonces, desde el punto de vista mental, es más barato transformar el dolor emocional en un dolor físico que enfrentar el dolor emocional. Es una forma de escape, una transformación. Es una expresión distinta, menos dolorosa.

—¿Qué sucede cuando una secuela crónica está instalada, como en los casos de personas que sobreviven a un accidente de tránsito y no quieren volver a manejar o a subir a un auto? ¿Es posible revertir un miedo instalado?

—Se puede revertir. Existe un curso que es natural. El 50% de las personas que desarrollan un miedo patológico debido a un evento, después de seis meses están curados solitos, sin hacer nada. Pero del 50% que queda, casi la mayoría desarrollan cuadros crónicos que pueden durar más de 10 años si no los tratas. La buena noticia es que si los tratamos con una terapia efectiva, al 85% se le va a pasar, y muy rápido. En máximo tres meses puedes tener a una persona que había desarrollado una secuela emocional, curada de su enfermedad.

El tratamiento de las secuelas del trauma es uno de los más efectivos de la psiquiatría, el problema es que para que sea efectivo, la “vacuna” debe ser adecuada. Eso es lo que no estamos brindando hoy en día en nuestros países: el tratamiento adecuado. Estamos dando la vacuna inadecuada y los remedios inadecuados.

—En Uruguay no hay grandes desastres. Hay inundaciones y también incendios, pero no suele haber víctimas. Sin embargo, sí ocurren muchos accidentes de tránsito que provocan muertes. ¿Pueden calificarse los accidentes como una situación traumática similar a los grandes desastres?

—Sí, y son una epidemia. Como no suelen provocar múltiples víctimas y, normalmente, son víctimas aisladas, no tienen tanto impacto mediático. Si uno mira los números, hoy en el mundo la principal causa de secuelas emocionales en incidentes traumáticos son los accidentes de tránsito. En segundo lugar está enterarse repentinamente de la muerte de un ser querido. Son las dos principales

causas por las que la gente desarrolla secuelas emocionales traumáticas.

En un incidente traumático también resulta afectado el entorno, en este caso la familia y el equipo de rescate. El costo de implementar una política de salud pública para revertir el impacto emocional de los accidentes de tránsito es altísimo, porque son incidentes muy frecuentes. Chile todavía no tiene una política.

Es mucho más barato mitigar el impacto luego de un desastre masivo porque toda la gente está pendiente en el mismo momento. Con una o dos operaciones comunicacionales satisfices las necesidades de información de mucha gente. Si quieres hacer lo mismo en accidentes de tránsito, tienes que mantener una campaña permanente porque no es un brote. El accidente de tránsito es una epidemia crónica mucho más costosa de mitigar.

—¿Qué otros casos son frecuentes en su clínica?

—Lo que más veo son consecuencias de incendios, de accidentes de tránsito y de abuso sexual. También veo experiencias traumáticas muy subjetivas, como cuando una mujer que se ha hecho un aborto y

su vivencia fue traumática. También veo familiares de víctimas de accidentes de aviación, con experiencias de hospitalización, o traumas provocados al recibir noticias de una enfermedad muy catastrófica. Esos son algunos de los eventos que precipitan un sufrimiento emocional y hay que ayudarlos a poder llevarlo.

Es un área súper linda de la salud. Ves lo mejor del ser humano. Los desastres sacan lo mejor de adentro. Las comunidades se cohesionan, se ordenan; los vecinos que no se conocían se intercambian comida. Ves cómo una sociedad que estaba desintegrada se une para enfrentar la adversidad.

Desde el punto de vista de los individuos, ves que aún de las peores tragedias es posible salir adelante y muchos son capaces de ver la vida después de la tragedia con otros ojos, de valorar más las relaciones familiares y encontrarle un sentido más trascendente a la vida. La experiencia traumática no solo genera secuelas emocionales negativas. Hay un grupo de gente que tiene un cambio positivo, algo que se denomina “crecimiento posttraumático”.

Evalúan el impacto psicológico de las catástrofes en Uruguay

Psicólogas uruguayas han comenzado a trabajar en una investigación “innovadora” a nivel nacional. Así lo definió Graciela Loarche, responsable del equipo de investigación sobre “Valoración del Impacto Vital en situaciones de Trauma Colectivo en Uruguay”, que comenzó sus tareas en abril y las culminará en setiembre de 2012.

El Proyecto Valoración del Impacto Vital (VIVO), de origen español, propone investigar y documentar el impacto de las experiencias extremas en una población, sus consecuencias en la vida cotidiana y en la salud de la comunidad en diferentes países. Hay equipos de trabajo vinculados al programa en España, Argentina México, Chile, Colombia y Venezuela, entre otros.

El objetivo posterior es realizar un estudio comparativo del “impacto vital”. Es decir, analizar “cómo los humanos experimentamos, enfrentamos, vivimos y resistimos los efectos de un trauma colectivo, en situaciones o experiencias diferenciadas”, explicó Loarche.

Las experiencias traumáticas a estudiar incluyen catástrofes socio-políticas, naturales y otros eventos extremos.

La meta del Programa a nivel internacional es disponer de una gran base de datos de personas que hayan pasado por experiencias extremas o no, para que den su visión. Permitirá pensar en estrategias para situaciones extremas, dijo Loarche.

El equipo de trabajo uruguayo está integrado por Loarche—profesora adjunta—, las docentes Flavia Tabasso, María Celia Robaina y la investigadora Soledad Vieytes; todas integrantes del Instituto de Psicología de la Salud de Facultad de Psicología de la Universidad de la República. El proyecto cuenta con fondos de la Comisión de Investigación (CSIC).

Las psicólogas comenzaron a estudiar a la población uruguayana afectada por algunas catástrofes naturales como inundaciones, y las consecuencias de eventos políticos como la dictadura. A su vez documentarán la situación de las personas que participaron en el accidente de tren que ocurrió en Young hace cinco años y en el que murieron ocho personas.

Además de esos casos puntuales, las investigadoras también realizan una convocatoria abierta a través de un correo electrónico (proyectovivo@psico.edu.uy) para aquellas personas que quieran sumarse al estudio.

“Prevenir y mitigar”

Los afectados por un evento extremo, ya sea por una catástrofe natural, política o un gran accidente, no solo son las personas implicadas directamente en el hecho, sino también su entorno.

“Procuramos trabajar en todos los momentos de la gestión de riesgo en eventos extremos para prevenir o mitigar secuelas en los afectados”, dijo Graciela Loarche, profesora adjunta de Facultad de Psicología de la Udelar y coordinadora del Grupo de Gestión Integral del Riesgo (GGIR).

El GGIR trabaja en prevención y educación. En el momento del incidente colabora, por ejemplo, en la comunicación. Luego participa en la recuperación y análisis de daños. Según Loarche, ese trabajo se hace en Uruguay, pero no siempre se cumplen todas las etapas.

“Se ha incrementado la relación con el Sistema Nacional de Emergencias (Sinae) y con algunos centros coordinadores de emergencias departamentales, pero aún no hay una relación sostenida, sobre todo para trabajar en prevención y educación. Es más frecuente que la demanda llegue luego de ocurrido un evento (inundaciones o accidentes laborales), cuando los albergues ya están instalados”, explicó Loarche.