

Análisis de los factores de resiliencia después de un desastre natural: caso de una muestra de chilenos que vivieron el terremoto y el tsunami de 2010

Óscar Labra¹
Augustin Ependa²
Carol Castro³

Resumen

Que se trate de una inundación, un huracán o un terremoto, las consecuencias de este tipo de desastres naturales son siempre devastadoras en la población y su impacto varía según factores individuales, contextuales y sociales. Los objetivos del presente artículo son describir el estado de salud general de los adultos afectados por el terremoto y tsunami de 2010 en la zona central de Chile e identificar los factores protectores que han facilitado una adaptación resiliente en las víctimas. Se emplea metodología de tipo mixta en 39 adultos víctimas del terremoto y tsunami. Los resultados revelan que factores de tipo individual —centrarse en sus preocupaciones, significación mágica atribuida al tiempo—, familiar —apoyo emocional, fortalecimiento entre la relación de pareja— y medioambiental —Iglesia y comunidad— fueron determinantes para que las víctimas entrevistadas desarrollaran conductas resilientes. Lo anterior pese a presentar importantes problemas de salud a cuatro años de ocurrido el desastre. Estudios de género son necesarios para poder identificar las estrategias resilientes que ayuden a la familia a enfrentar de mejor forma estos desastres naturales.

Palabras clave: resiliencia, víctimas, desastre natural, Chile.

Abstract

Whether it is a flood, a hurricane or an earthquake, the consequences of these types of natural disasters are always devastating for the affected population and its impact varies according to individual, contextual and social factors. The objectives of this article are to describe the general health state of adults affected by the earthquake and tsunami of 2010 in the central zone of Chile and to identify the protective factors that have facilitated a resilient adaptation in the victims. Mixed

1 Profesor asociado del Departamento de Desarrollo Humano y Social de la Universidad de Quebec en Abitibi-Témiscamingue.

2 Profesor asociado del Departamento de Desarrollo Humano y Social de la Universidad de Quebec en Abitibi-Témiscamingue.

3 Doctorante en Ciencias Humanas y profesora en la Universidad de Quebec en Abitibi-Témiscamingue

methodology was used in 39 adults who were victims of the earthquake and tsunami. The results reveal that factors of an individual type (focusing on their concerns, attributed magical significance of time), family (emotional support, strengthening between the couple) and environments factors (the church and the community) were decisive for the interviewed victims to develop resilient behaviors, despite the fact that respondents had significant health problems four years after the disaster. Studies differentiated by gender are necessary to identify resilient strategies that help the family to better cope with these natural disasters.

Keywords: Resilience, health, victims, natural disaster, Chile.

Introducción

Los distintos estudios tanto cualitativos como cuantitativos sobre las consecuencias de los desastres naturales que afectan a cientos de personas cada año demuestran que aquellos que experimentan este tipo de situaciones vivencian diversas experiencias emocionales, las cuales son asociadas a las diferentes etapas de un desastre: pánico —fase de alerta—; incredulidad, horror, terror —fase de impacto—; desorganización, ira o rabia —fase de socorro o ayuda— y dolor, angustia e impotencia —fase de restablecimiento— (Labra, Ó. y D. Maltais, 2013; Maltais, D. y N. Simard, 2008; Risler, E., S. Kintzle y L. Nackerud, 2015). Así, los estudios señalan que los desastres pueden tener consecuencias importantes en la salud física y mental y sobre la vida social y profesional de los individuos (Auger, P. et al., 2003; Kim, S, et al., 2008; Wang, X. et al., 2007). En este sentido, P. Udomratn (2008) indica que la prevalencia de trastornos por estrés postraumático de los desastres naturales en las víctimas varía entre 8.6 y 57.3 por ciento, independientemente de variables como el tiempo transcurrido entre la colecta de datos, el tipo de desastre y su intensidad. Algunos autores también han observado un aumento en la incidencia de síntomas depresivos y somáticos: presencia de estrés emocional, problemas de memoria y aumento de la ansiedad (Anderson, M., et al., 2016; Arnberg, F. et al., 2011; Aslam, N. y A. Kamal, 2016; Suzuki, Y. et al., 2011; Velden, P. et al., 2013; Xu, B., 2016; Zaetta, C., P. Santonastaso y A. Favaro, 2011). Por su parte, S. L. Rubens, E. D. Felix y E. P. Hambrick (2018) sostienen que entre todos los problemas de salud mental, la presencia de manifestaciones de trastorno por estrés postraumático se documenta con mayor frecuencia en estudios que abordan los efectos de los desastres en la salud mental de las personas. Cabe señalar que los síntomas del estrés postraumático suelen comenzar después de los primeros tres meses de ocurrido el evento traumático. De manera similar, varios estudios han demostrado que una proporción de 23 a 24 por ciento de individuos directamente afectados por un terremoto desarrollarían problemas de salud mental, incluyendo un estrés

postraumático (Şalcioğlu, M., E. Şalcioğlu y M. Livanou, 2007; Wang, X. et al., 2000). Además, P. Kun et al. (2009), indican que entre 45 y 56 por ciento de los individuos en una de las regiones más afectadas por el terremoto de mayo de 2008 en China habría desarrollado un estrés postraumático. H. Lazaratou et al. (2008) reportan que una persona de cada dos muestra síntomas de estrés postraumático durante los seis meses siguientes a un terremoto y que las consecuencias de dicho estrés pueden estar presentes más de 50 años después de este tipo de eventos.

Muchas víctimas de desastres naturales ocultan o niegan sus síntomas durante un largo periodo, independientemente de la gravedad de la enfermedad, adoptando estrategias de evasión al límite de sus capacidades para evitar revelar su problema, antes de actuar y buscar ayuda. Comportamientos que se basan en la creencia de que el tiempo arreglaría sus problemas suelen ser característicos en los hombres (Hayes, J. y J. Mahalik, 2000; Labra, Ó., D. Maltais y G. Tremblay, 2017; Morina, N. et al., 2014; Oliffe, J. et al., 2012; Roy, P., G. Tremblay y S. Robertson, 2014; Tremblay, G. et al., 2007). Para P. Roy y G. Tremblay (2015), ciertos hombres acumularían varios factores de riesgo frente a los desastres naturales que los hace vulnerables a otros. Acá hacemos referencia a aquellos que presentan una precariedad material, que se encuentran en un contexto de separación y que no tienen un médico de familia. Lo anterior se ve agravado por una falta de adaptación de los servicios sociales y de salud y una dificultad para evaluar sus necesidades en términos de atención psicosocial (Tremblay, G. et al., 2007). Para M. T. Lacourse (2005), los hombres experimentarían una suerte de rechazo de parte de los funcionarios de atención de la salud, ello debido a comportamientos vistos como menos dóciles en la clientela hombre y por el hecho de haber crecido en un entorno desfavorecido socioeconómicamente. Además, los hombres son menos numerosos que las mujeres en cuanto a disponer de una red de apoyo social, particularmente hombres de entre 25 a 44 años (Roy, P. y G. Tremblay, 2015). Los hombres son generalmente reacios a buscar ayuda de servicios familiares o profesionales, particularmente cuando se trata de problemas mentales o emocionales (Houle, J., 2005; Labra, Ó. et al., 2018; Tremblay, G. et al., 2016). Con respecto a las consecuencias de los desastres en la salud física, los estudios han encontrado que la presencia de trastornos físicos como insomnio, palpitaciones, temblores, inquietud extrema, reaparición de problemas cardiovasculares puede observarse en personas expuestas a desastres naturales (Hlodversdottir, H. et al., 2016; Swerdel, J. et al., 2014; Zaetta, C., P. Santonastaso y A. Favaro, 2011). En este sentido, un estudio realizado en un grupo de hombres expuestos al terremoto y tsunami en Chile en 2010 mostró que la mayoría de los participantes presentan varios problemas de salud física que habrían surgido como resultado de su exposición a estos eventos. Entre las enfermedades citadas por los encuestados se encuentran "cirrosis hepática, fatiga física, dolor

muscular y esquelético, pérdida de visión, cáncer y problemas articulares” (Labra, Ó., D. Maltais y G. Tremblay, 2017: 397). Los desastres naturales también pueden conllevar otras consecuencias que no son solo físicas o psicológicas (Hensley, L. y R. Varela, 2008; Kar, N. et al., 2007; Mills, M., D. Edmondson y C. Park, 2007; Norris, F. et al., 2006). Ciertos estudios han demostrado que las actividades recreativas, la vida matrimonial, familiar y social de las víctimas, su desempeño en el trabajo, la capacidad financiera-económica para responder a las necesidades de sus seres queridos se ve fuertemente afectada (duPont IV, W. e I. Noy, 2015; Labra, Ó., D. Maltais, y G. Gingras-Lacroix, 2018; Platt, J. et al., 2016). Remarquemos que las consecuencias psicosociales de los desastres naturales en las personas varían según sus características individuales, sociales, su ingreso familiar, nivel educativo (Finnsdottir, T. y A. Elklit, 2002; Hutton, D., 2004; Zakour, M. y E. Harrell, 2004), el apoyo social que estos tengan (Rusa, T. et al., 2004), así como la presencia de problemas de salud mental (Caldera, T. et al., 2001). Por otro lado, estas variables no son solo aquellas que influirían en la salud de las personas: los factores macrosociales también deben tenerse en cuenta al considerar las consecuencias de los desastres en la salud de las personas. Existen asimismo factores de riesgo estructurales como el mal estado de la infraestructura pública —carreteras, puentes—, así como la presencia de barreras geográficas que hacen más lenta la distribución de la ayuda en sectores desfavorecidos (Zakour, M. y E. Harrell, 2004).

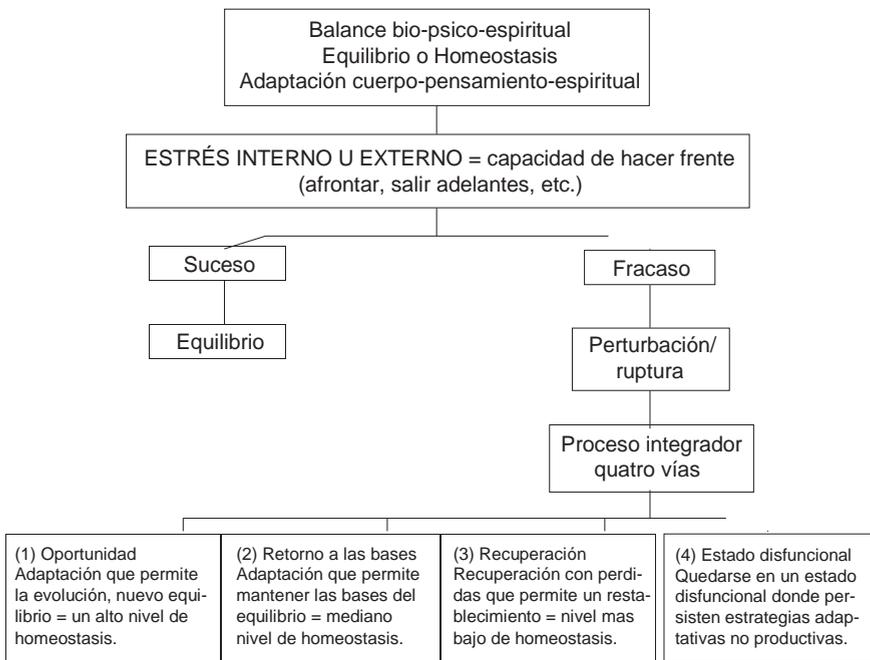
Como se ha señalado en las páginas anteriores, diversas son las investigaciones que han constatado que la salud física y mental de las víctimas de desastres está fuertemente afectada por su grado de exposición a un desastre natural; sin embargo, no abundan los estudios que se han centrado en los factores de resiliencia de las personas expuestas a desastres naturales a mediano plazo. Los objetivos de este artículo son de dos tipos: describir el estado de salud general de los adultos afectados por el terremoto y tsunami de 2010 en la zona central de Chile; e identificar los factores que han facilitado una adaptación resiliente de las víctimas del desastre natural.

Marco conceptual

El marco conceptual de esta investigación se basa en el modelo de resiliencia de G. E. Richardson et al. (1990). A partir de este modelo, es posible afirmar que las personas no enfrentan de la misma manera una situación dada: las respuestas serán diferentes frente a los eventos estresantes. Para Richardson (2002), el individuo vive en un estado de relativa “homeostasis”. Por ejemplo, cuando una situación estresante se presenta y el individuo no es capaz de adaptarse a ella, teniendo en cuenta los factores protectores personales y ambientales presentes, el estado de equilibrio llamado “homeostasis” es perturbado hasta el punto en que

la inestabilidad puede crear un colapso en su capacidad de desarrollo. En este caso, cuatro tipos de reintegración son entonces posibles: oportunidad, retorno a las bases, recuperación y estado disfuncional (Richardson, G. et al., 1990). El esquema 1 presenta estos cuatro tipos de reintegración de forma sintética. Para G. E. Richardson et al. (1990), cuando una misma situación se presenta de nuevo, el individuo apelará de forma natural a estos factores protectores presentes en su entorno.

Esquema 1 Factores de resiliencia



Fuente: Richardson, G. E. et al. (1990) y elaboración propia.

El modelo de resiliencia de G. E. Richardson et al. (1990) nos permitirá estudiar e identificar los factores de protección individual, familiar y medioambiental que han favorecido una reintegración social de las víctimas del terremoto y tsunami de Chile de 2010. De esta forma, este modelo de análisis de la resiliencia nos ayudará a comprender los factores protectores y adaptativos que actúan como mecanismos de apoyo para las víctimas que han vivido una catástrofe natural. Remarquemos que el modelo de Richardson et al. (1990) propone como mecanismos de

base para una adaptación resiliente: las características de personalidad de los individuos que conforman la familia; el apoyo social; la movilización de recursos personales; un medio ambiente adecuado; así como la calidad en las relaciones interpersonales.

Metodología

Investigación mixta dirigida en 39 adultos que vivieron el terremoto y el tsunami del 27 de febrero de 2010 en Chile. Todos los participantes voluntariamente aceptaron ser incluidos en el estudio. Este fue realizado entre diciembre de 2014 y marzo de 2015, es decir, cuatro años después que ocurrieran los hechos.

Reclutamiento de los participantes

La muestra se construyó utilizando un procedimiento no probabilístico y probabilístico. Los primeros participantes fueron reclutados con la ayuda del presidente del grupo de desastres de la Villa Olímpica de la ciudad de Talca. Cada participante recibió toda la información esencial para comprender los objetivos y las implicaciones del estudio. También se les informó acerca de cómo se preservaría su anonimato. El resto de los participantes fue reclutado usando la técnica de “bola de nieve” y por lo tanto fue referido por los primeros encuestados. A este respecto, el procedimiento de “bola de nieve” se ajustó bien al contexto de los participantes, ya que cada uno de ellos nos condujo a otro que también cumplía con los criterios inclusivos para participar en la investigación. Los lugares donde se realizaron las entrevistas y sus horarios se establecieron en colaboración con cada persona entrevistada. La recolección de datos tuvo lugar entre enero y marzo de 2014. Para el componente cualitativo, se utilizó la entrevista semidirigida. Las entrevistas fueron realizadas por el investigador principal. Todas las entrevistas fueron grabadas en un magnetófono y transcritas en su totalidad por un asistente de investigación cuya lengua materna es el español. Dentro de los temas de las entrevistas destacan: pérdidas humanas y materiales sufridas; salud mental y física; cambios experimentados después del desastre en la vida familiar y social; tipo de apoyo recibido, etcétera (ver tabla 1).

Para los fines de este estudio, la adaptación española de la guía de entrevistas de D. Maltais et al. (2002) se llevó a cabo utilizando el principio inverso de doble traducción. Este método maximiza así la validez de las preguntas que se hicieron a los participantes. Por su parte, las características sociodemográficas de los encuestados fueron recolectadas mediante un breve cuestionario que incluyó preguntas cerradas.

Para la dimensión cuantitativa del estudio, se utilizó la versión española del *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R) de D. S. Weiss (2007) con el propósito

de medir la presencia o ausencia de estrés postraumático en los participantes. Este instrumento consta de 22 ítems relacionados con experimentos de intrusión o evitación postraumática, para los cuales el encuestado debe indicar la frecuencia en la semana anterior. También se utilizó el Cuestionario General de Salud (GHQ-28) de D. P. Goldberg (1988) para medir la presencia o ausencia de trastornos psicopatológicos presentes en las últimas semanas. Dicho instrumento está compuesto por 28 ítems.

Análisis de los datos

Los datos cualitativos fueron analizados de acuerdo al procedimiento de análisis temático en cinco fases: familiarizarse con los datos recolectados a partir de escuchas repetitivas del material transcrito —corpus— con el propósito de encontrar significaciones de lo que se está leyendo; generación de códigos iniciales provenientes de lo que se ha identificado como relevante en la fase de familiarización del corpus; búsqueda de temas a través del material codificado, agrupando las unidades de importancia en temas más globales o tendencias generales; revisión de temas e intentar una descripción completa del fenómeno estudiado; definición y denominación de temas.

Se han utilizado dos técnicas de procesamiento estadístico para el análisis cuantitativo: Análisis de Componentes Principales (PCA) y Análisis de Contingencias (chi cuadrado). Se encontró que el índice de Kayser, Mayer y Olkin —KMO= 0.53—, que proporciona información sobre la calidad de las correlaciones entre los ítems, está por debajo del umbral recomendado de 0.70. Así, se utilizó el análisis de contingencia para probar la dependencia entre las variables que reflejan síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social o depresión severa. Este análisis también se utilizó para obtener las frecuencias de su prevalencia en la muestra estudiada. Esta última técnica nos permitió saber que los vínculos entre las variables eran poco significativos —chi-2 no significativo en la mayoría de los casos, con un nivel de significación de cinco por ciento—, independientemente de las variables cruzadas. Dado el pequeño tamaño de la muestra —n = 39—, la evidencia sugiere que las dos pruebas anteriores no fueron concluyentes. Finalmente, el análisis de la frecuencia de ocurrencia de cada una de las 28 variables relacionadas con la salud fue la mejor manera de medir el nivel de resiliencia de las víctimas del terremoto y del tsunami.

Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Humana de la Universidad de Quebec en Abitibi-Témiscamingue (CER-UQAT). El trabajo no implicó ningún riesgo para la salud psicológica o física de los individuos

que participaron en él. El material de las entrevistas y de la encuestas se ha conservado en un archivo electrónico, al cual tiene acceso solamente el investigador principal. Se le asignaron nombres ficticios a cada participante para asegurar la confidencialidad al analizar e interpretar los datos. Las transcripciones y datos de la encuesta serán destruidas cinco años después del término del proyecto. Se presentó un formulario de consentimiento a los participantes antes de cada entrevista. La recolección de los datos se hizo de manera voluntaria y los encuestados fueron informados de su derecho de retirarse en cualquier momento y ello sin tener que justificar su decisión.

Tabla 1
Temas cubiertos según los instrumentos de recolección

Temas abordados en las entrevistas	Cuestionarios
1. Ubicación física durante el evento	
2. Sentimientos durante el evento	
3. Acciones tomadas durante e inmediatamente después del evento	1. Impacto de la Escala de Eventos-Revisado (IES-R)
4. Las pérdidas humanas y materiales sufridas	
5. Ayuda recibida y ayuda demandada	
6. Comportamientos, cambio familiar y social	
7. Salud física	2. Cuestionario General de Salud (GHQ-28)
8. Salud mental	
9. Recuerdo del evento	
10. Aprendizaje de lo vivido	

Tabla 2.
Características de los participantes

<i>Características</i>	%	<i>N=39</i>
Sexo		
Hombre	46%	18
Mujer		21
21-40	53%	6
41-60	38%	15
61-80	51%	20
Estudios		
Educación básica	78%	30
Educación media	23%	9
Estudios universitarios	5%	2

Estado civil

Casado (con hijos)	82%	32
Soltero (sin hijos)	18%	7

Ocupación

Trabajo a tiempo completo (pescador, asesora del hogar, costurera)	35%	14
Trabajo profesional	5%	2
Estudios a tiempo completo/parcial	5%	2
Jubilado	51%	20

Exposición

Terremoto	64%	25
Terremoto y tsunami	35%	14

Problemas salud mental

Casos actuales	92%	36
No presencia	8%	3

Resultados

Para una mayor comprensión de la salud de las personas siniestradas, así como los factores de resistencia que les ayudan a continuar cuatro años después del desastre, serán abordadas en un primer momento y de manera sucinta las pérdidas que estos tuvieron. Enseguida trataremos sobre su salud global y los factores de resiliencia.

Ninguno de los participantes fue confrontado con la muerte de familiares inmediatos o de algún ser querido, sin embargo, las pérdidas materiales fueron considerables. Las siete mujeres —17 por ciento— y siete hombres —17 por ciento— entrevistados que viven en las zonas costeras de Constitución y Pellines sufrieron el doble de daño que los expuestos al terremoto —n=25, 64 por ciento—, produciendo en ellos diversas emociones negativas, tanto durante la fase de impacto del evento como después de esta, al ver el estado de destrucción masiva. El testimonio de una persona ilustra esta situación:

¡Yo tuve pérdidas importantes en mi casa! El terremoto dañó mucho la casa, y luego el tsunami inundó todo el primer piso. Eso me produjo muchas emociones negativas, de todo. Imagínese: había barro por todas partes, todo sucio. Así es como encontramos la casa después de bajar del cerro: agua y barro estaban por todas partes. Perdimos todo. No teníamos nada que usar: nuestra ropa, las camas, todo eso se perdió. Todo estaba mojado o con barro. (Aidé)

La mayoría de los entrevistados —n=24, 61 por ciento— reporta pérdidas significativas en sus hogares. Otros tres perdieron completamente su hogar. Estas son casas que habían sido construidas principalmente de adobe, con más de 60 años desde su construcción. Este es el caso de un matrimonio de edad promedio 75 años y un adulto mayor de 75 años viviendo solo. Entre los principales daños causados por el desastre están: paredes agrietadas, destruidas, techos derrumbados, pisos inundados por agua y lodo. La mayoría de los entrevistados manifestó una pérdida afectiva muy grande por el daño sufrido a sus viviendas, lo que muestra el apego por sus casas, donde vivían desde décadas.

Perdí mi casa por el terremoto, era una casa que tenía hartos años, pero ahí fue donde crecieron mis hijos, donde pasé los últimos 50 años de vida junto a mi esposa y familia. Lo que se perdió con el derrumbe de la casa no tiene valor en plata para mí, a pesar que hoy tengo un casa nueva [casa reconstruida], no es la misma que conocieron mis hijos, ¡usted me entiende! (Participante 10)

Los daños a la infraestructura y los servicios públicos también fueron considerables. Según las víctimas, el terremoto fue sinónimo de edificios derrumbados, puentes destruidos y carreteras dañadas:

Muchos puentes se han derrumbado, había calles cortadas, en otras partes el pavimento se levantó, lo que impedía que circularan autos, [había] puentes cortados, la destrucción fue muy grande. (Participante 1)

Cerca de mi casa hay rastros de la altura donde llegó el agua: ¡dos metros! Y aún está esa marca en el portón de una casa [ver figura 1]². (Participante 30)

² Foto tomada por el investigador principal el 7 de enero de 2015, ciudad de Constitución.

Figura 1
Foto que indica la altura del tsunami en la ciudad



La salud general de los siniestrados

Cuando se examinan los principales síntomas somáticos del terremoto, los resultados del GHQ-28 revelan que no hay diferencias significativas de género en lo concerniente a síntomas relativos a la ansiedad, al insomnio o a la depresión como consecuencia del desastre natural en la semana previa a la encuesta. Sin embargo, los resultados indican que 32 por ciento — $n=12$ — de los encuestados presentaba síntomas somáticos. Nos referimos a dos mujeres y 10 hombres, todos de entre 50 y 65 años. En particular, cuatro de cada 10 encuestados que sufrieron este desastre se sintieron peor —39 por ciento, $n=15$ — o mucho peor que de costumbre —3 por ciento, $n=1$ — en términos de su bienestar y de su salud personal. En lo concerniente a la vida cotidiana, se encontró que 10 por ciento — $n=4$ — presentó escalofríos y casi tres de cada 10 encuestados declararon sentirse enfermos, presentar dolores de cabeza o sentirse tensos. Precisemos que las mujeres presentaron más dolores de cabeza de lo habitual —50 por ciento, $n=19$ —, en comparación con los hombres —15 por ciento, $n=5$ —. El síntoma postraumático más común es el hecho de no sentirse bien en sí mismo (ver tabla 3).

Tabla 3
Nivel de manifestación de los síntomas somáticos entre
las víctimas después del terremoto (%)

Apreciación estado somático	Sentido la necesidad de tomar algún tipo de revitalizantes	Sentirse cansado y no en su lugar	Sentirse enfermo	Tener dolores de cabeza	Impresión de que la cabeza le va a reventar	Presentar escalofríos o alza de temperatura	Medicina
Para nada	56%	23%	36%	41%	51%	72%	47%
No más de los habitual	15%	21%	26%	28%	21%	18%	21%
Un poco más de los habitual	26%	44%	28%	28%	23%	5%	26%
Mucho más que lo habitual	3%	13%	10%	3%	5%	5%	6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Respecto a los efectos producidos por el estado de ansiedad causada por el evento, los datos recogidos mostraron que 41 por ciento —n=15— de los participantes en la encuesta tuvo dificultades para quedarse dormido en la última semana. Lo anterior sería más presente en los hombres de más edad del grupo —n=10, 25 por ciento—. Además, dos de cada 10 encuestados dicen que han permanecido cada vez menos ocupados y no han podido hacer las cosas como de costumbre. Del mismo modo, casi un tercio de los encuestados considera que toma más tiempo para hacer las cosas habituales y su satisfacción con su trabajo es solo de 15% —n=5—.

En cuanto a los síntomas de depresión que presentan las víctimas del desastre, los resultados del GHQ-28 indican que 51 por ciento —n=20— de los participantes se sintió constantemente más tenso o estresado que de costumbre en la semana anterior a la encuesta. La proporción es de 25 por ciento —n=10— para los hombres y 15 por ciento —n=5— para las mujeres. En este clima de tensión, solo 10 por ciento —n=4— de los encuestados sintió hacer bien sus cosas. No obstante ello, 69 por ciento respondió ser capaz de disfrutar de sus actividades diarias como de costumbre y 77 por ciento —n=30— de los casos indicó tomar las decisiones apropiadas. Mencionemos que 67 por ciento —n=26— se sintió capaz de reaccionar adecuadamente durante y después del desastre: 18 hombres y 8 mujeres. Sorprendentemente, en esta situación apocalíptica, 95 por ciento

—n=37— de los encuestados se sintió importante; 85 por ciento —n=33— no se sintió irritado o de mal humor.

El análisis de los datos sobre la depresión también demuestra una fuerte resiliencia entre los participantes del estudio, con la excepción de que 36 por ciento —n=14— de ellos se sintió continuamente nervioso o tenso. En los momentos posteriores al terremoto, cinco por ciento —n=2— de los encuestados tuvo el sentimiento que su vida era una desesperación total o que no valía nada. Además, alrededor de 10 por ciento —n=4— tuvo después del desastre pensamientos de suicidio Este es el caso de hombres adultos mayores. Esta última estadística debe ponerse en un contexto de shock emocional durante la fase de impacto del terremoto y del tsunami. Aquí formulamos la hipótesis de que el pensamiento suicida —en una población muy practicante de la religión católica o evangélica— parece resaltar el grado de tristeza y de fragilidad humana en las personas que han sufrido grandes pérdidas —propiedad, enseres— durante el desastre, reflejando en ellos un alto nivel de resiliencia para sobreponerse.

Por otra parte los resultados del Impacto de la Escala de Eventos-Revisado (IES-R) muestran que la mayoría —92 por ciento, n=36— de los participantes tiene una puntuación igual o mayor a 33 en la escala de este instrumento, lo que indicaría que sufre algún tipo de trastorno de estrés postraumático. De estas 36 personas, 31 —86 por ciento— corresponden a personas de 55 años y más, con más índices de pobreza y baja escolaridad.

Los factores de resiliencia

Los acontecimientos del 27 de febrero de 2010 expusieron a los 39 participantes quizás a una de las experiencias más traumáticas de sus vidas. En este contexto, es necesario comprender los mecanismos de resiliencia que desarrollaron los participantes del estudio en los años posteriores al desastre natural. Citemos que la resiliencia se refiere a la adaptación positiva en un contexto de adversidad. Más específicamente, para ser resiliente, esta adaptación positiva puede darse solamente en presencia de factores protectores. Así, los mecanismos de resiliencia que emergen de los comentarios de los participantes en el estudio se agruparon en factores individuales, familiares y medioambientales.

Los factores de protección individual

De los comentarios de los participantes surgen dos factores principales de protección. El primero es centrarse en sus preocupaciones. Esta estrategia es utilizada principalmente por los hombres participantes del estudio: n=14, 35 por ciento. En las mujeres, esta situación se da en dos casos. Tal como lo ilustran los siguientes extractos, los participantes todavía se sienten abrumados por los

recuerdos del terremoto o tsunami. Los daños a la propiedad producidos en sus casas, barrios y en la ciudad los confronta con dolorosos recuerdos del evento. Los participantes sugieren que mantenerse físicamente o mentalmente ocupados durante las primeras semanas y meses les ayudó a sobrellevar las emociones y experiencias negativas consecuencia del desastre natural:

Yo creo que lo que me ha ayudado todo este tiempo es de ocuparme de mi familia, de estar siempre tratando de hacer algo por ellos. En las primeras semanas y meses era la casa, que no faltara la comida. Después fue el hecho de atender a mi viejita que se enfermó. Porque si me pongo a pensar en el terremoto, ¡ahí me muero nomás! (Participante 27)

Yo busco ocuparme en lo que sea para no pensar en el terremoto y el tsunami, fue muy fuerte todo. Estando ocupado es como cerrar la puerta a aquellos recuerdos difíciles y así me doy fuerza para continuar. (Participante 5)

Sentirse permanentemente “ocupado” significa para los 11 hombres entrevistados que de forma quizás inconsciente utilizaron este mecanismo de protección al hacerse cargo de la reconstrucción o reparación de su hogar, al apoyar a su cónyuge y a los niños enfermos, así como ayudar a las personas vulnerables del barrio, como adultos mayores y personas solas.

No tuve tiempo de pensar realmente en la magnitud del terremoto en mi vida. Cuando veo cada día que mi esposa se ha vuelto muy frágil, que ya no puede dormir en nuestro dormitorio, que su salud se ha vuelto peor. Estas son cosas que para mí me tienen atento a ella todo el tiempo y que de alguna manera no me permiten enfermar porque tengo que apoyarla. (Participante 16)

Yo diría que los primeros meses después del terremoto, no tuve tiempo de pensar en mí. Yo estaba tan ocupado cuidando de los míos que estaba como se dice en otro lugar y a fin de cuentas todo eso me ayudó a sobrellevar esto. (Participante 9)

Un segundo factor de protección a nivel individual es la relación con el significado atribuido al tiempo como elemento curativo que aparece en el discurso de las personas entrevistadas. Según los hombres —n=16, 41 por ciento— y mujeres —n= 6, 15 por ciento—, el tiempo actúa como un factor protector en su salud física y mental. En este sentido, el tiempo tiene un significado terapéutico en los participantes, o al menos eso dejan entrever. Los siguientes extractos, tomados de los comentarios de los participantes, ilustran este significado particular dado a tiempo:

¡Es el tiempo que lo sana todo! Es lo mismo cuando uno tiene una pena de amor. El tiempo va a colocar las cosas en su lugar tranquilamente y así es como funciona, al menos para mí. (Participante 36)

Siento que el tiempo me ha ayudado a superar lo vivido, aunque siento que no soy como antes. (Participante 12)

De los últimos extractos se puede ver que el tiempo se convierte en un factor protector para la mayoría de los encuestados. Este factor viene a instalarse en la conciencia de las personas en la fase posterior al desastre para ayudarles a recuperar sus energías y su vitalidad. De ese modo se aferran a un tiempo —tal vez sin saberlo o sin darse cuenta— que actúa naturalmente como una suerte de “medicación social” que les ayudaría a superar los recuerdos dolorosos a medida que pasan los años.

Factores de protección familiar

Después del terremoto, todos los participantes se sintieron muy preocupados por el brutal despertar causado por dicha catástrofe. La gente temía que otro sismo de mayor intensidad pudiera terminar con sus vidas. Todo las personas están de acuerdo en que este terremoto fue el más fuerte en la historia sísmica de Chile de las últimas cinco o seis décadas. Los encuestados describen esta experiencia como aterradora. Durante el terremoto, algunos dicen que los árboles tocaron la tierra de un lado al otro, el cielo se volvió morado, se sentía un olor a azufre muy fuerte y era casi imposible estar parado en los momentos más intensos del evento.

La llegada de la noche y los movimientos sísmicos que persistieron durante los días posteriores al terremoto preocupan mucho a los entrevistados, experimentando así un estado de alerta permanente. De allí que al sentirse emocional y mentalmente disminuidos, para las mujeres —n=29, 74 por ciento— y los hombres —n=10, 16 por ciento— la familia se constituyó en un factor de protección tanto emocional como físico de carácter inestimable. Es en la familia donde los participantes encontraron apoyo y calma en aquellos momentos intensos de desesperación y miedo.

El hecho de estar juntos y de apoyarnos mi esposa y mis hijos, nos permitió enfrentar juntos esos momentos de... que no puedo describir. (Participante, 24)

Gracias a mi familia he podido continuar todos estos años. Lo que viví esa noche durante el terremoto y después del tsunami es algo que no quisiera que nadie viviera. Sin mi familia a mi lado no sé qué habría sido de mi todo este tiempo. (Participante 39)

Otro factor protector que surge de los comentarios de los participantes es el hecho de que las parejas se han unido más después de lo ocurrido el 27 de febrero de 2010. Esta sería la situación de 10 —25 por ciento— personas entrevistadas, mayoritariamente mujeres. Según sus testimonios, ellas manifiestan un fortalecimiento en la comunicación de la pareja y hacia los hijos, en el apoyo emocional, valoran más los tiempos de compartir y de poder levantarse otro día más: “Siento que sin mi cónyuge no estaría aquí hoy” (participante 8).

Los testimonios indican también una mayor preocupación por atender y acompañar a los miembros de la familia cuando estos se enferman.

Lo que me ha ayudado a soportar todo esto es el hecho de tener a mi cónyuge conmigo. Fue él quien cuidó de mí cuando estaba enferma, me acompañaba al médico, se ocupa de mí cada vez que lo necesito. A pesar de lo doloroso que vivimos esa noche del terremoto estamos más unidos como familia. Si algo me pasa a mí o a mi esposo, mis hijos están inmediatamente acá. (Participante 19)

Estas dos últimas citas muestran que a pesar de los problemas de salud que han surgido en la mayoría de las víctimas, el acompañamiento y apoyo sostenido dentro de la pareja se plantea como positivo en términos de mecanismo de protección familiar en la vida de estas personas, cuatro años después de los acontecimientos. Como se indicó, los relatos de los participantes refrendan una actitud de apoyo en el cuidado y atención en los miembros de la familia cuando estos están enfermos.

Factores de protección medioambiental

Los resultados de esta investigación, basados en las opiniones de las víctimas, sugieren que entre los factores de protección ambiental, la Iglesia y la comunidad desempeñaron un papel protector clave durante la fase posterior al desastre. Los comentarios de los entrevistados demuestran el apoyo constante proveniente de una iglesia en particular. Las mujeres en una proporción de 25 —64 por ciento— y los hombres de 14 —35 por ciento— indican que han encontrado la calma que ellos buscaban, las respuestas a las preguntas existenciales y la solidaridad olvidada en un mundo donde prevalecen el individualismo y el consumo.

El hecho de que pude contar con la iglesia del barrio nos ayudó mucho a superar todas estas pruebas. (Participante 10)

Es en la parroquia que la gente se ha organizado para ayudar a los más necesitados. Usted sabe, hoy nadie está interesado en su vecino, todo

el mundo vive en su bola de cristal. ¡La iglesia nos da otro aire que nos permite unirnos en el dolor! (Participante 29)

A pesar de todas las dificultades encontradas por los entrevistados durante y después del terremoto, surgieron desde lo comunitario diversas formas de organización y solidaridad. Como lo indica el testimonio siguiente, la gente se organizó por sectores para protegerse del robo, para compartir alimentos así como agua potable:

Lo que pasó conmigo le sucedió a todo el mundo; así que sentimos que teníamos que organizarnos y hacer algo para todos los que no tenían que comer o no tenían lo básico como el agua. (Participante 2)

La gente estaba unida, los medios de comunicación, ¡todo el mundo! Esto nos permitió compartir lo que quedaba del supermercado y hacer comidas comunitarias porque todo estaba cerrado. ¡Los medios estaban transmitiendo avisos gratuitos para ayudar a encontrar personas desaparecidas! (Participante 19)

En algunos sectores, los residentes se organizaron haciendo turnos de vigilancia en las noches después del terremoto para evitar el robo de bienes personales. Esto es plasmado en el siguiente testimonio:

Inmediatamente después del terremoto los vecinos empezaron a decir que andaban robando en las casas que estaban solas. Eso bastó para que nos organizáramos haciendo turnos de vigilancia en las noches. Esto lo hicimos un buen tiempo hasta que ya pudimos todos regresar a nuestros hogares, ¡porque el miedo de quedar encerrado en las casas en el caso que hubiera otro terremoto era grande! (Participante 19)

Este sentimiento de solidaridad que proviene desde lo comunitario se traduce en compartir agua y alimentos, la preparación de comidas comunitarias, la colaboración de los medios de comunicación locales y de las guardias nocturnas para protegerse de los robos. Todo ello es percibido por los entrevistados —n=29, 74 por ciento— como un signo de fuerza y coraje que los movilizó para continuar.

Discusión

Un primer elemento abordado en las entrevistas alude a la relación con las pérdidas materiales de los participantes al estudio. Estas pérdidas han sido numerosas y a ello se suma el impacto psicológico que ha podido tener este desastre natural en

sus vidas. Mencionemos que el terremoto se produjo en horas de la madrugada, aumentando así las posibilidades de estrés por el despertar rápido y brutal de su impacto, y posteriormente la presencia del tsunami. Los estudios indican que los momentos más intensos de un desastre natural en la vida de la personas se producen durante la fase de impacto (Labra, Ó. y D. Maltais, 2013; Maltais, D. y N. Simard, 2008). Es en esta fase donde las personas vivencian una serie de emociones negativas, tales como pánico, miedo, terror (Risler E., S. Kintzle y L. Nackerud, 2015), lo que ha sido reportado en el discurso de los entrevistados. A lo anterior se suma un sentimiento de “pérdida afectiva” en los participantes por sus viviendas destruidas, pérdida que en muchos casos no ha sido procesada a cuatro años después del desastre. Reconstruir sus casas, aun cuando se empleen materiales nuevos y dispongan de modernas instalaciones, no viene a remplazar a las antiguas, posiblemente deterioradas por el pasar de los años, por albergar recuerdos de familia, de historias vividas y de proyectos construidos. Esta gran pérdida causa un doble estrés en los participantes y produce en ellos una suerte de vulnerabilidad adicional, porque no se trata solamente de la magnitud del evento en la esfera mental de la persona tras el despertar brutal, sino además se debe sumar la preocupación de reconstruir sus casas y de adquirir los enseres destruidos. Cabe mencionar que la mayoría de las personas que participaron en el estudio —n=34, 87 por ciento— reside en sectores de bajos ingresos y sobrepoblados, lo que hace de ellos personas más vulnerables que el resto de la población acomodada económicamente de la región o del país. A lo anterior se suma que entre las personas más vulnerables entre los participantes se encuentran los adultos mayores. Son ellos los que en su totalidad, sin distinción de género, presentan dificultades de salud importantes. Los estudios van en esta misma dirección e indican que dentro de las poblaciones más vulnerables a las catástrofes naturales se encuentran aquellos que tienen ingresos bajos o que viven en condiciones de pobreza (Finnsdottir, T. y A. Elklit, 2002; Hutton, D., 2004; Zakour, M. y E. Harrell, 2004), así como los adultos mayores (Labra, Ó. et al., 2018), lo que nos permite afirmar que las consecuencias de los desastres naturales en la vida de las personas varían según las características individuales —edad, estudios, trabajo, ingreso— y sociales —barrios pobres, hacinamiento, sectores rurales— de la personas. El 94 por ciento —n=37— de los entrevistados vive en barrios urbanos llamados “populares”, caracterizados por un número importante de habitantes y de condiciones laborales precarias.

Un segundo elemento explorado durante las entrevistas concierne al estado de salud general de los participantes. A la luz de los dos instrumentos aplicados para medir su estado de salud, tenemos que el GHQ-28 muestra que si bien no se observaron diferencias de género en la presencia de síntomas posdesastre, nuestros resultados indican que la salud está afectada en distintos aspectos. Por ejemplo, a nivel de la ansiedad, en la última semana antes de la encuesta, 56

por ciento —n=21— tuvo dificultades para dormirse. Otro aspecto importante está relacionado con el hecho de que 51 por ciento —n=19— de los encuestados se sintió constantemente más tenso o estresado de lo habitual; así como también la mayoría —69 por ciento, n=26— no se sentía capaz de disfrutar de sus actividades diarias como de costumbre, y 77 por ciento —n=30— no era capaz de tomar decisiones apropiadas. Estos resultados coinciden con otros estudios que indican que la salud de las víctimas de desastres naturales se ve fuertemente afectada (Arnberg, F. et al., 2011; Auger, P. et al., 2003) y que ello puede perdurar largo tiempo (Lazaratou, H. et al., 2008). En lo que respecta a síntomas depresivos en los entrevistados, solo podemos mencionar, a la luz del GHQ-28, que inmediatamente después del desastre solo cinco por ciento —n=2— tuvo el sentimiento que su vida no valía la pena vivirla, y cerca de 10 por ciento —n=4— tuvo ideas de suicidio. Estos síntomas de depresión no fueron pesquisados en las entrevistas individuales efectuadas. Por su parte, el IES-R arroja resultados alarmantes en la mayoría de las personas entrevistadas. En este sentido, 36 —92 por ciento— de los 39 participantes en el estudio tienen una puntuación igual o mayor a 33 en la escala de este instrumento, lo que indicaría que sufren de algún tipo de trastorno de estrés postraumático. Las personas más afectadas son los adultos mayores —n=31, 86 por ciento—, quienes constituyen el grupo con más índices de pobreza y baja escolaridad entre los participantes.

El último aspecto abordado en las entrevistas y que constituye el núcleo de este trabajo es el relativo a los factores de protección que hacen que una persona sea o no resiliente frente a una experiencia traumática. En la identificación de los factores de resiliencia nos hemos inspirado del modelo propuesto por G. E. Richardson et al. (1990). Las personas expuestas a una situación de estrés máximo no enfrentarán de la misma manera la situación: sus respuestas serán diferentes frente a estos eventos productores de estrés (Richardson, G., 2002). En nuestro caso, los factores protectores identificados en el estudio que han ayudado a que las personas encuentren una cierta “homeostasis” que les ha permitido sentirse tal vez medianamente funcionales en sus vidas, se han reagrupados en tres tipos. El primero tiene que ver con las estrategias de tipo individual que ha implementado un poco menos de la mitad de las personas entrevistadas: 41 por ciento, n=16. Se infiere del discurso de los participantes dos tipos de estrategias que ellos han utilizado de manera constante y sobre todo durante la fase de restablecimiento. Una tiene que ver con una estrategia de centrarse en sus preocupaciones para sobrellevar las situaciones estresantes posdesastre, lo que estaría marcado en los hombres: n=14, 35 por ciento. Esto podría entenderse dentro de una lógica de no manifestar sus emociones o de no explicitar sus problemas en su entorno familiar. Varios son los autores que indican que este tipo de comportamientos responden a conductas asociadas a la masculinidad tradicional (Morina, N. et al., 2014; Tremblay, G. et al., 2004).

Estos hombres han mencionado colocar ante situaciones una distancia o barrera que les procura no pensar en el desastre, lo que sería para ellos una estrategia que utilizan de forma sistemática en el tiempo. Coherente con esto, los resultados del IES-R muestra en la pregunta 8 que consulta sobre: “me mantuve alejado de todo aquello que me lo recordara”, que de los 16 participantes —41 por ciento— que utilizan esta estrategia protectora, en 10 casos —25 por ciento— distribuyen su respuesta entre la categoría “mucho”, y los seis restantes —dos por ciento— marcaron la alternativa “extremo”. La estrategia de centrarse en sus preocupaciones sería aplicada tanto en sus relaciones familiares, sociales, trabajo y vida personal.

Los participantes son conscientes de la incomodidad que les puede producir el hecho de evitar toda suerte de discusión sobre lo que el desastre les ha producido en su vida personal, familiar y social. La pregunta que conviene hacerse y que podría ser materia de próximas investigaciones es la de saber hasta qué punto esta estrategia de silenciar lo ocurrido luego del desastre puede producir en ellos una suerte de “bomba de tiempo” a nivel de su salud mental y/o física. La segunda estrategia de tipo individual trata de la relación con el significado mágico atribuido al tiempo. El tiempo adquiere en la conciencia de los entrevistados una suerte de poder especial o de “medicación social” que permite sanar a las personas de las heridas internas del cuerpo humano, conducta de evasión que al decir de ciertos autores sería típica en los hombres (Labra, Ó. et al., 2017; Morina, N. et al., 2014; Oliffe, J. et al., 2012; Tremblay, G., 2015). Observamos esta concepción popular más presente en los hombres adultos mayores que en las mujeres. No obstante lo anterior, los resultados del GHQ-28 no muestran diferencias de género a nivel de la salud de las personas posdesastre. Ello nos permite indicar un tema a profundizar en próximos estudios, de modo que la pregunta que planteamos es:

¿de dónde proviene esta diferencia entre el hombre y la mujer en relación con un tiempo visto como “mágico” que permite sanar el alma herida? El tiempo con poderes sanatorios, como lo perciben en su mayoría los hombres, sería más bien una creencia que permanece en el imaginario colectivo y que se suma a la carga de esta masculinidad tradicional que dificulta que los hombres se atrevan a dar un primer paso para pedir ayuda (Dulac, G., 2001; Hayes, J. y J. Mahalik, 2000; Tremblay, G. et al., 2007), por lo que ellos se transforman en un grupo altamente vulnerable (Roy, P. y G. Tremblay, 2015).

Desde una perspectiva de análisis a partir de los factores de resiliencia propuestos por G. E. Richardson et al. (1990), podríamos indicar que estas estrategias de evitación y de dar al tiempo una significación mágica “sanadora” se sitúa dentro de un nivel de lo que estos autores llaman “recuperación”, donde la homeostasis lograda es de un nivel más bien bajo. No obstante, ello le permite a los entrevistados de alguna forma seguir funcionando a pesar de no poder sentirse plenamente en equilibrio. Gracias a estas dos estrategias, los participantes han

sido capaces de responder mínimamente a sus necesidades, cuidarse unos a otros, levantarse cada día e ir al trabajo, es decir: seguir funcionando pero con una carga importante en materia de salud mental que sobrellevan ya durante cuatro años. Los resultados de los dos instrumentos aplicados a los entrevistados lo confirman. Por otra parte, los estudios son claros al indicar que los desastres naturales, tal es el caso de los terremotos o de los tsunamis, son productores de consecuencias negativas importantes en la salud y en la vida social de las víctimas (Kim, C. et al., 2008; Labra, Ó., et al., 2018; Wang, P. et al., 2007). Así, un tercer cuestionamiento se hace necesario para futuras investigaciones sobre los factores individuales que ayudarían a las víctimas de un desastre natural a lograr un buen estado de equilibrio en sus vidas. La pregunta que formulamos entonces es: ¿cuáles son los factores de tipo individual que ayudarían a que estas personas pasen de un estado de “recuperación” a un estado de “oportunidad” que les permita lograr un mayor nivel de homeostasis en sus vidas?

El segundo factor de resiliencia identificado se relaciona con dimensiones de orden familiar. Para que la familia haya sido identificada como un factor de resiliencia en la vida de los entrevistados, es porque aquélla ha actuado conforme a patrones funcionales en su dinámica interna, lo que P. Watzlawick et al. (1972: 72) describen como un “sistema en interacciones permanentes y durables, donde los miembros están en comunicación [y así capaces de manifestar lo que sienten, viven, etc.] con otras personas”. Por ocurrir en la dinámica de los entrevistados, la familia se transforma en un mecanismo de protección de los miembros que la componen. Nuestros resultados contradicen aquellos estudios que afirman que la vida matrimonial y familiar de las víctimas de un desastre natural se deteriora (Maltais, D. et al., 2002). A partir de los testimonios de los participantes podemos resumir en dos las estrategias que han emergido de forma natural desde el interior de las familias para ayudar a superar la dura experiencia del desastre. Una de ellas es el apoyo emocional que han encontrado aquellos que lo necesitaron y el fortalecimiento entre la relación de pareja. El apoyo en la relación de pareja proviene en su mayoría desde el hombre a la mujer, esposa o conviviente. Es el hombre quien ejerce un rol de protector, de acompañamiento hacia la esposa enferma. Este rol ejercido por el hombre no se acompaña en el tiempo en la manifestación verbal de lo que él siente: es un rol de apoyo más bien instrumental hacia la mujer. No se observó una diferencia entre la edad de los hombres en el ejercicio de este rol instrumental. Una hipótesis que planteamos tiene que ver con la estrategia de evitación para no hablar de lo ocurrido, más presente en los hombres que en las mujeres, la cual podría asociarse a los códigos de la masculinidad tradicional. En el caso de la mujer —esposa, madre, nieta—, aunque ejerce también un apoyo instrumental en la familia —preparar las comidas, lavar, ocuparse de los hijos—, se posiciona más cerca de lo afectivo con sus progenitores: es ella la que manifiesta una actitud de “escuchar al otro”, de manifestar su pena o sus alegrías.

Estos dos factores han hecho que desde la familia sus miembros puedan encontrar un equilibrio en su funcionamiento a través de lo que G. E. Richardson et al. (1990) llaman “oportunidad”, en el sentido de que la familia ha vivido una adaptación y una evolución positiva en su dinámica interna. La familia se erige así como el principal elemento facilitador de resiliencia de sus miembros; sin ella no sería posible explicar que a pesar de los problemas de salud reportados por los entrevistados, las pérdidas materiales ocurridas y la baja tasa de consulta médica, en especial de la parte de los hombres —n=18, 46 por ciento—, todos continúan luchando cada día. Esto último es coherente con resultados de otras investigaciones (Dulac, G., 2001; Labra, Ó. et al., 2017) que han constado que es más usual en los hombres el hecho de ocultar o negar sus síntomas durante un largo periodo y eso más allá del tipo de enfermedad y de su gravedad. Pero ¿qué pasa con aquellas familias monoparentales?, ¿son igual de resilientes estas familias en relación con una familia compuesta por todos sus miembros? Se sugiere investigar en este tipo de familias y ver qué sucede allí.

Factores de protección de tipo medioambiental constituyen el tercer tipo de mecanismos utilizados por los entrevistados. Ello ocurre principalmente durante las fases de impacto y de recuperación del desastre. En este tenor, hemos constatado que los entrevistados utilizaron esta estrategia como mecanismo de evasión personal de lo ocurrido en sus vidas y aquí dos son los factores que aparecen en el discurso de las personas. El primero tiene que ver con la Iglesia y el otro con la comunidad. Desde la óptica del modelo de análisis de la resiliencia de G. E. Richardson et al. (1990), la función que cumplieron estos dos factores han sido más bien de tipo intermediarios o de “recuperación”. Ambos factores de protección permitieron a los participantes sentirse ocupados proporcionando ayuda —factor comunitario— y encontrar el apoyo y acompañamiento —Iglesia— que necesitan en las horas, días y semanas posteriores al evento traumatizante. De allí que no se pueda menospreciar el valor del factor medioambiental como mecanismo protector, dado que su contribución ha sido crucial en la reorganización y toma de decisiones de los entrevistados en los momentos de crisis y posdesastre.

Limitaciones

Las limitaciones de este trabajo de investigación son aquellas propias de una investigación mixta, es decir, una muestra limitada —39 participantes—; entrevistas narrativas a través de la utilización de entrevistas semidirigidas; utilización del método del análisis temático en el tratamiento de los datos, en el cual ciertas informaciones provenientes de los participantes pudieron ser influidas por los investigadores; y un límite en la citación de los extractos debido al espacio disponible, por lo que no fue posible proporcionar extractos más largos. No

obstante estas limitantes, en la sección de la metodología se explica en detalle el rigor científico con el cual fue conducido este estudio.

Conclusión

Los objetivos de investigación son de naturaleza exploratoria en torno al estado de salud general de los adultos afectados por el terremoto y tsunami de 2010 en la zona central de Chile, así como también los de identificar los factores que han facilitado una adaptación resiliente de las víctimas. Este estudio permite constatar el severo impacto de las catástrofes naturales en la salud de las personas que son afectadas por este tipo de fenómenos. Los resultados que se presentan lo ilustran y muestran cómo los factores protectores identificados desde el modelo de G. E. Richardson et al. (1990) han jugado un papel importante en el logro de homeostasis para poder continuar sus vidas y ello a pesar aún de presentar problemas de salud importantes a cuatro años de ocurrido el desastre. Podemos concluir a la luz de los resultados que los factores protectores de tipo individuales, familiares y medioambientales han ayudado a que los participantes hayan logrado una adaptación resiliente frente a las experiencias traumáticas que vivieron durante la fase de impacto del desastre natural.

Bibliografía

Anderson, M. L., A. Sortwell, W. Craig, S. Kelly y D. M. Ziedonis, 2016, "Symptom Patterns of Posttraumatic Stress Disorder among Deaf Trauma Survivors", *JADARA*, 50(1), p. 3.

Arnberg, F. K., N. G. Eriksson, C. M. Hultman y T. Lundin, 2011, "Traumatic bereavement, acute dissociation, and posttraumatic stress: 14 years after the MS Estonia disaster", *Journal of traumatic stress*, 24(2), pp. 183-190.

Aslam, N. y A. Kamal, 2016, "Stress, Anxiety, Depression, and Posttraumatic Stress Disorder among General Population Affected by Floods in Pakistan", *Pakistan Journal of Medical Research*, 55(1), p. 29.

Auger, P. L., P. Verger, W. Dab, P. Guerrier, A. Lachance, P. Lajoie, L. A. Roy, 2003, "Sinistres naturels et accidents technologiques", *Environnement et santé publique: fondements et pratiques Volume Chapitre*, 20.

Caldera, T., L. Palma, U. Penayo y G. Kullgren, 2001, "Psychological impact of the hurricane Mitch in Nicaragua in a one-year perspective", *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 36(3), pp. 108-114.

Dulac, G., 2001, *Aider les hommes—aussi*, VLB.

duPont IV, W. e I. Noy, 2015, "What happened to Kobe? A reassessment of the impact of the 1995 earthquake in Japan", *Economic Development and Cultural Change*, 63(4), pp. 777-812.

Finnsdottir, T. y A. Elklit, 2002, "Posttraumatic sequelae in a community hit by an avalanche", *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 15(6), pp. 479-485.

Goldberg, D. P., 1988, "User's guide to the General Health Questionnaire", *Windsor*.

Hayes, J. A. y J. R. Mahalik, 2000, "Gender role conflict and psychological distress in male counseling center clients", *Psychology of Men & Masculinity*, 1(2), pp. 116-125.

Hensley, L. y R. E. Varela, 2008, "PTSD symptoms and somatic complaints following Hurricane Katrina: The roles of trait anxiety and anxiety sensitivity", *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(3), pp. 542-552.

Hlodversdottir, H., G. Petursdottir, H. K. Carlsen, T. Gislason, y A. Hauksdottir, 2016, "Long-term health effects of the Eyjafjallajökull volcanic eruption: a prospective cohort study in 2010 and 2013", *BMJ open*, 6(9), e011444.

Houle, J., 2005, *La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin*.

Hutton, D., 2004, "Psychosocial effects of a natural disaster: a post-flood assessment in the red river valley", *Environments*, 32(2), p. 27.

Kar, N., P. K. Mohapatra, K. C. Nayak, P. Pattanaik, S. P. Swain y H. C. Kar, 2007, "Post-traumatic stress disorder in children and adolescents one year after a super-cyclone in Orissa, India: exploring cross-cultural validity and vulnerability factors", *BMC psychiatry*, 7(1), p. 8.

Kim, S. C., R. Plumb, Q. N. Gredig, L. Rankin y B. Taylor, 2008, "Medium-term post- Katrina health sequelae among New Orleans residents: predictors of poor mental and physical health", *Journal of clinical nursing*, 17(17), pp. 2335-2342.

Kun, P., S. Han, X. Chen y L. Yao, 2009, "Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder: a cross-sectional study among survivors of the Wenchuan 2008 earthquake in China", *Depression and Anxiety*, 26(12), pp. 1134-1140.

Labra, Ó. y D. Maltais, 2013, "Consecuencias de los desastres naturales en la vida de las personas: síntesis de la literatura y orientaciones para la intervención psicosocial", *Revista de Trabajo Social*(85), pp. 53-67.

Labra, Ó., D. Maltais y G. Gingras-Lacroix, 2018, "Medium-term health of seniors following exposure to a natural disaster", *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 0046958018766667.

Labra, Ó., D. Maltais y G. Tremblay, 2017, "Chilean men exposed to the major earthquake in 2010: investigation of the impacts on their health", *American journal of men's health*, 11(2), pp. 392-403.

Labra, Ó., G. Tremblay, A. Ependa y G. Gingras-Lacroix, 2018, "Men's Help-Seeking and Health in Natural Disaster Contexts", *Global Journal of Health Science*, 10(1), p. 76.

Labra, Ó., G. Tremblay, A. Ependa y G. G. Lacroix, 2017, "Men's Help-Seeking and Health in Natural Disaster Contexts", *Global Journal of Health Science*, 10(1), p. 76.

- Lacourse, M. T., 2005, *Sociologie de la santé*, Montréal, Chenelière/McGraw-Hill.
- Lazaratou, H., T. Paparrigopoulos, G. Galanos, C. Psarros, D. Dikeos y C. Soldatos, 2008, "The psychological impact of a catastrophic earthquake: a retrospective study 50 years after the event", *The Journal of nervous and mental disease*, 196(4), pp. 340-344.
- Maltais, D., L. Lachance, A. Brassard y L. Picard, 2002, "Difficultés et effets à long terme d'une catastrophe en milieu rural : étude combinant les approches qualitative et quantitative", *Revue québécoise de psychologie*, 23(3), pp. 197-217.
- Maltais, D. y N. Simard, 2008, "Les effets à long terme de l'exposition à une catastrophe sur la santé biopsychosociale des individus", *Intervention sociale en cas de catastrophe*, pp. 169-183.
- Maltais, D. y N. Simard, 2008, "Les effets à long terme de l'exposition à une catastrophe sur la santé biopsychosociale des individus", en D. Maltais y M. A. Rheault (eds.), *Intervention sociale en cas de catastrophe*, Québec, Presse de l'université du Québec, pp. 169-183.
- Mills, M. A., D. Edmondson y C. L. Park, 2007, "Trauma and stress response among Hurricane Katrina evacuees", *American Journal of Public Health*, 97(Supplement_1), S116-S123.
- Morina, N., J. M. Wicherts, J. Lobrecht y S. Priebe, 2014, "Remission from post-traumatic stress disorder in adults: a systematic review and meta-analysis of long term outcome studies", *Clinical Psychology Review*, 34(3), pp. 249-255.
- Norris, F. H., L. B. Slone, C. K. Baker y A. D. Murphy, 2006, "Early physical health consequences of disaster exposure and acute disaster-related PTSD", *Anxiety, stress, and coping*, 19(2), pp. 95-110.
- Oliffe, J. L., J. S. Ogradniczuk, J. L. Bottorff, J. L. Johnson y K. Hoyak, 2012, "'You feel like you can't live anymore': Suicide from the perspectives of Canadian men who experience depression", *Social science & medicine*, 74(4), pp. 506-514.
- Platt, J. M., S. R. Lowe, S. Galea, F. H. Norris y K. C. Koenen, 2016, "A longitudinal study of the bidirectional relationship between social support and posttraumatic stress following a natural disaster", *Journal of traumatic stress*, 29(3), pp. 205-213.
- Richardson, G. E., 2002, "The metatheory of resilience and resiliency", *Journal of clinical psychology*, 58(3), pp. 307-321.

Richardson, G. E., B. L. Neiger, S. Jensen y K. L. Kumpfer, 1990, "The resiliency model", *Health education*, 21(6), pp. 33-39.

Risler, E., S. Kintzle y L. Nackerud, 2015, "Haiti and the earthquake: examining the experience of psychological stress and trauma", *Research on Social Work Practice*, 25(2), pp. 251-256.

Roy, P. y G. Tremblay, 2015, "L'expérience du stress chez les agriculteurs: une analyse du genre masculin", *Nouvelles pratiques sociales*, 27(2), pp. 236-252.

Roy, P., G. Tremblay, G. y S. Robertson, 2014, "Help- seeking among Male Farmers: Connecting Masculinities and Mental Health", *Sociologia Ruralis*, 54(4), pp. 460-476.

Rubens, S. L., E. D. Felix y E. P. Hambrick, 2018, "A Meta- Analysis of the Impact of Natural Disasters on Internalizing and Externalizing Problems in Youth", *Journal of traumatic stress*.

Rusa, T., I. Lee, Y. S. Ha, Y.A. Kim y Y. H. Kwon, 2004, "PTSD symptoms in elementary school children after Typhoon Rusa", *Journal of Korean Academy of Nursing*, 34(4).

Şalcioğlu, M., E. Şalcioğlu y M. Livanou, 2007, "A randomized controlled study of single-session behavioural treatment of earthquake-related post-traumatic stress disorder using an earthquake simulator", *Psychological medicine*, 37(2), pp. 203-213.

Suzuki, Y., A. Tsutsumi, M. Fukasawa, H. Honma, T. Someya y Y. Kim, 2011, "Prevalence of mental disorders and suicidal thoughts among community- dwelling elderly adults 3 years after the Niigata-Chuetsu earthquake", *Journal of epidemiology*, 21(2), pp. 144-150.

Swerdel, J. N., T. M. Janevic, N. M. Cosgrove, J. B. Kostis y Group, MIDASS, 2014, "The effect of Hurricane Sandy on cardiovascular events in New Jersey", *Journal of the American Heart Association*, 3(6), e001354.

Tremblay, G., 2015, "L'expérience du stress chez les agriculteurs : Une analyse du genre masculin", *Nouvelles pratiques sociales*, 27(2), pp. 236-252.

Tremblay, G., M. A. Morin, V. Desbiens y P. Bouchard, 2007, *Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes*, Québec, CRI-VIFF.

Tremblay, G., J. Roy, D. Guilmette, J. Sirois-Marcil, L. Beaudet, D. Bizot y S. Dupéré, 2016, *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que leur rapport aux services. Rapport final*, Québec Masculinités et Société.

Tremblay, G., Y. Thibault, F. Fonséca y R. Lapointe-Goupil, 2004, *La santé mentale et les hommes: état de situation et pistes d'intervention: Intervention*.

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

Velden, P. G. van der, A. Wong, H. C. Boshuizen y L. Grievink, 2013, "Persistent mental health disturbances during the 10 years after a disaster: Four-wave longitudinal comparative study", *Psychiatry and clinical neurosciences*, 67(2), pp. 110-118.

Wang, P. S., M. J. Gruber, R. E. Powers, M. Schoenbaum, A. H. Speier, K. B. Wells y R. C. Kessler, 2007, "Mental health service use among Hurricane Katrina survivors in the eight months after the disaster", *Psychiatric services*, 58(11), pp. 1403-1411.

Wang, X., L. Gao, H. Zhang, C. Zhao, Y. Shen y N. Shinfuku, 2000, "Post-earthquake quality of life and psychological well-being: Longitudinal evaluation in a rural community sample in northern China", *Psychiatry and clinical neurosciences*, 54(4), pp. 427-433.

Watzlawick, P., J. H. Beavin, D. D. Jackson y J. Morche, 1972, "Une logique de la communication".

Weiss, D. S., 2007, "The impact of event scale: revised", en J. P. Wilson y C. So-Kum Tang (eds.), *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD*, Springer, pp. 219-238.

Xu, B., 2016, "Disaster, trauma, and memory", *Routledge International Handbook of Memory Studies*, p. 357.

Zaetta, C., P. Santonastaso y A. Favaro, 2011, "Long-term physical and psychological effects of the Vajont disaster", *European journal of psychotraumatology*, 2(1), 8454.

Zakour, M. J. y E. B. Harrell, 2004, "Access to disaster services: Social work interventions for vulnerable populations", *Journal of Social Service Research*, 30(2), pp. 27-54.