

24/15



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PREVALENCIA DE LA DEPRESION, ANSIEDAD
Y FRUSTRACION EN RELACION A NIVELES DE
DAÑO, EN UNA SITUACION DE DESASTRE.

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

AIDA DEL CARMEN ARIAS THOMPSON
ROSA MARIA MARTINEZ RODRIGUEZ

DIRIGE: LIC. MA. ASUNCION VALENZUELA COTA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

- I N D I C E -

	Pág.
INTRODUCCION.....	I
LOS SISMOS Y SUS CONSECUENCIAS.....	1
- Características generales de los sismos.....	1
- Consecuencias físicas y materiales.....	7
CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS DE LAS SITUACIONES DE DESASTRE.....	10
- Neurosis traumáticas.....	10
- Reacciones psicológicas.....	16
- Generalidades sobre depresión, ansiedad y frustración.....	31
a) Depresión.....	31
b) Ansiedad.....	42
c) Frustración.....	58
METODO.....	67
RESULTADOS.....	74
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	86
SUGERENCIAS.....	90
ANEXOS.....	92
- Escala de Automedición de la Depresión de Zung (AMD).....	92
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE.....	97
- Test de Frustración de Rosenzweig.....	99
- Cuestionario de Datos Generales.....	103
APENDICES.....	106
BIBLIOGRAFIA.....	122

INTRODUCCION.

El presente estudio tiene como finalidad explorar las reacciones de ---- depresión, ansiedad y frustración, intentando compararlas entre grupos -- con diferentes niveles de daño sufridos durante los terremotos ocurridos en septiembre de 1985 en la ciudad de México, en una población de estu--- dantes de una secundaria para trabajadores ubicada en zona de desastre - (Tlatelolco).

Los terremotos ocurridos en la ciudad de México en 1985, fueron conside-- rados como catástrofes, ya que fueron de una gran magnitud por los daños que ocasionaron, tanto materiales como humanos, llegando a romper la es-- tabilidad de la vida del individuo y cambiando el comportamiento del ser humano.

El impacto psicológico que causó a quienes lo vivimos fue muy grande y -- sobre todo en las personas que se vieron involucradas directamente en -- pérdidas significativas como: la muerte de algún familiar o la familia -- entera, amigos, compañeros, la destrucción de su casa, de su escuela o de su centro de trabajo, etc. El número de personas afectadas se considera en una cantidad importante de habitantes de esta populosa ciudad.

Estas personas se vieron forzadas instantáneamente a cambiar su ritmo de vida ya sea en el aspecto personal, familiar o en el laboral. La capaci-- dad de reacción personal no siempre es adecuada al cambio ambiental y -- puede influir, incluso, en la capacidad adaptativa posterior.

Considerando que la población a estudiar pertenece a una secundaria para trabajadores en donde se resintieron más los efectos de los sismos, ya -- que se encuentra ubicada en una zona de desastre, Tlatelolco, y tomando - en cuenta los reportes de los maestros sobre problemas de conducta, de-- serción, baja en el rendimiento escolar, apatía, etc., por parte de los - alumnos a partir de la ocurrencia de los terremotos, nos interesó ahondar

más detalladamente en las consecuencias psicológicas que conlleva este tipo de desastres, y con base en los trabajos revisados sobre el tema, -- creímos importante estudiar los aspectos de depresión, ansiedad y frustración que se presentaron, y si éstos variaron según el grado o nivel de -- afectación que haya sufrido el individuo a causa de los terremotos, y si aún persistieron después de un año de ocurridos éstos.

Para lograr lo anterior, se obtuvo una muestra de alumnos de una escuela secundaria para trabajadores, en zona de desastre, que estaban en período de clases cuando ocurrieron los sismos, y se les aplicó una batería de -- pruebas psicológicas, así como un cuestionario, con el objeto de clasificar los daños sufridos durante el terremoto. Con los resultados obtenidos de estas pruebas se establecieron comparaciones entre los diferentes niveles de daños y los aspectos psicológicos de depresión, ansiedad y frustración.

En México se han realizado pocos estudios acerca de las reacciones psicológicas a consecuencia de situaciones de desastre, por lo cual existen -- pocas referencias acerca de este tema. A continuación mencionaremos las -- investigaciones que consideramos más relevantes.

Archundia Garduño y Mandujano López (1986), realizaron un estudio clínico, psicológico y social de las reacciones a corto y mediano plazo en gente -- afectada directa e indirectamente por los terremotos de septiembre de --- 1985 en la ciudad de México, donde encontraron que las reacciones más -- frecuentes fueron las de miedo, respuestas vagas en sus sentimientos de -- tristeza, contrastando con los no damnificados donde este sentimiento se manifestó con mayor fuerza.

Barrera, C. y Rodríguez, E. (1986), realizaron un estudio exploratorio -- sobre "crecimiento" familiar después de haber sufrido una catástrofe (población de San Juan Ixhuatepec); concluyendo que a un año de haber sufrido el siniestro no se ha superado el evento traumático, ya que sigue ---

existiendo temor, pudiéndose deber a la falta de atención psicológica, ya que el interés se centró en la rehabilitación física dejando a un lado lo emocional.

Se han realizado varios estudios no experimentales de los cuales podemos señalar:

El Dr. Sánchez Sosa (1985) realizó una clasificación de los daños sufridos por los terremotos de septiembre de 1985 y con base en esto, explica las diferentes reacciones psicológicas en cada nivel.

Flores Vidales (1985), así como Contreras y Desatnik (1986), proponen --- diferentes estrategias de intervención psicológica en situaciones de desastre.

En la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. se llevaron a cabo tres programas de ayuda psicológica a raíz de los sismos de septiembre de 1985. - El primero fue de servicio de atención psicológica telefónica, el cual se estableció inmediatamente después de ocurrido el desastre y durante las - 24 horas del día incluidos los fines de semana. El segundo programa fue - de servicios por medio de brigadas de atención psicológica ya sea en hospitales, albergues, en la calle, etc., las cuales tuvieron una duración - de un mes en forma intensiva. El tercer programa se llevó a cabo directamente en el Centro de Servicios Psicológicos de la propia Facultad en el cual se brindaron diferentes tipos de terapias ya sea en forma individual, familiar o de grupo.

Tomando en cuenta lo anterior, creemos de gran importancia continuar con estudios o investigaciones que nos ayuden a comprender más el comportamiento del ser humano y específicamente del mexicano, ante situaciones -- catastróficas. El presente estudio es un intento de esto.

LOS SISMOS Y SUS CONSECUENCIAS.

- CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS SISMOS.

En la antigüedad los desastres se veían como producto de fuerzas sobrenaturales y así eran captados. Un desastre puede definirse como un evento -- concentrado en el tiempo y en el espacio, en el cual la sociedad o una -- parte de ella sufre daño severo e incurre en pérdidas para sus miembros, -- de tal manera que la estructura social se desajusta y se impide el cum--- plimiento de actividades esenciales, afectando el funcionamiento vital de la misma. Con el desarrollo de la ciencia, la explicación a estos fenóme--- nos se ha encontrado por una parte, en las fuerzas del universo (de ca--- rácter geofísico) y por otra, en la presencia y accionar del hombre sobre la tierra; de tal manera que los desastres se pueden clasificar en dos -- grandes grupos:

Naturales.- Geológicos e hidrometeorológicos (sismos, erupciones, huraca--- nes, tornados, etc.).

Humanos.- Químicos, sanitarios, socio-organizativos (contaminación, -- epidemias, guerras, etc.).

La ocurrencia de desastres naturales, como es el caso de los sismos, ori--- ginan consecuencias de muy diverso género, ya sean físicas, materiales o psicológicas. (S.E.P., 1986).

En el caso específico, un terremoto o sismo es un fenómeno sobrecogedor -- por razones muy objetivas: su energía descomunal, su inestabilidad y la -- rapidez de sus efectos. No puede hacerse nada para evitar que un temblor ocurra, ni para predecir con certeza su fecha o sus características des--- tructivas, sin embargo, es posible hacer mucho para reducir su efecto -- destructor si lo que se sabe acerca de los sismos se difunde y se aplica. Es importante que la difusión del conocimiento sobre ellos abarque no --

sólo a los profesionales que estudian sus causas y efectos, sino a todos los habitantes de zonas sísmicas. (Reséndiz Núñez, 1985).

Los movimientos telúricos no son privativos de la República Mexicana o -- del Continente Americano y desgraciadamente son muchas las naciones que -- los enfrentan.

Para explicar el origen de los temblores debemos señalar algunas de las -- características físicas de la superficie de nuestro planeta. El cascarón exterior, llamado litósfera, no es continuo, está formado por diferentes placas que hacen contacto unas con otras. Las placas sufren movimientos -- relativos debido a fuerzas (de origen aún no completamente conocido) --- aplicadas a lo largo de las mismas. *

Estos mismos esfuerzos producen en algunos de sus márgenes la subducción de una placa bajo la otra y la creación de una nueva litósfera. Debido a estos movimientos los continentes han variado su posición relativa a través del tiempo geológico (millones de años) y se cree que en un tiempo -- estuvieron reunidos en un gran continente.

No se sabe con certeza qué causa las fuerzas que producen los movimientos de las placas, pero se cree que éstos son producidos por transferencia -- convectiva de calor, de la misma manera en que ocurre cuando se hierve -- algún líquido. El fluido más cercano a la fuente de calor se expande, se vuelve menos denso y tiende por lo tanto a subir a la superficie, donde -- se enfría y es desplazado hacia el fondo por nuevas partículas ascendentes.

¿Cuál es la relación de este fenómeno con los temblores? En primer lugar, notaremos que en una zona de subducción el movimiento de una placa bajo -- la otra se realiza venciendo las fuerzas de fricción, generadas en el --- contacto entre ambas.

A lo largo de este contacto, llamado zona de Wadati-Benioff (WB), el movimiento de una placa contra la otra es discontinua, por brincos. Esto es precisamente lo que genera los temblores en esas regiones.

Análogamente, en la zona WB se acumula gradualmente la tensión hasta que rebasa un límite, en ese momento comienza a presentarse una falla o fractura en algún punto llamado foco, desde donde se propaga a toda la superficie.

Este comportamiento puede ser observado cuando el contacto entre placas aflora en la superficie de la tierra, como en la famosa Falla de San Andrés, en California. De hecho, cuando se observó esta falla, se pudo deducir este mecanismo conocido como la Teoría del Rebote Elástico. Esto ocurrió durante el sismo de San Francisco en 1906.

Aunque este proceso puede parecer intuitivamente obvio, en realidad no lo es. Durante mucho tiempo se pensó que el fallamiento de la corteza era un efecto de los temblores y no el origen de los mismos. Como fuente de éstos se pensaba en intrusiones de magma o colapso de volúmenes por cambios de densidad de las rocas que componen la corteza. Aunque estos mecanismos pueden ocurrir, se piensa en la actualidad que la mayoría de los temblores en las regiones de subducción se originan por los mecanismos expuestos y son llamados tectónicos. Estos tipos de sismos están asociados a fenómenos locales, como los volcánicos, explosiones o cambios de fase de los materiales que yacen bajo la corteza terrestre, los cuales varían en su magnitud, lugar y momento de ocurrencia y, el movimiento que producen en cada lugar tiene características aleatorias en su intensidad, duración y períodos de oscilación dominantes: dichas características dependen fuertemente de la magnitud del temblor, de la distancia al sitio de interés y de las condiciones de la topografía y la geología del sitio y de las áreas que lo circundan, y del tipo de suelo que se tenga en cuanto a su dureza, estratificación y propiedades físicas y mecánicas.

Si desplazamos un diapasón de su posición de equilibrio y lo soltamos re-

pentinamente, percibimos un sonido característico; lo mismo sucede en la tierra, hemos visto que el fallamiento de la roca consiste en la liberación repentina de los esfuerzos impuestos al terreno. De esta manera la tierra es puesta en vibración, esta vibración es debida a la propagación de ondas como en el caso del diapasón. Por lo tanto, el temblor puede considerarse como una fuente de ondas sísmicas. Esta fuente genera en el medio dos tipos de ondas conocidas como primarias (P) o longitudinales, y secundarias (S) o transversales; las dos se propagan en la tierra, hecho por el cual se les llama ondas internas. Cuando éstas se acercan a la superficie del planeta generan a su vez las llamadas ondas superficiales. Las ondas sísmicas se transmiten a grandes distancias del epicentro y a diferentes velocidades. Las ondas (P) se propagan a mayor velocidad que las ondas (S) y, éstas a su vez, con mayor rapidez que las ondas superficiales.

Las velocidades de las diferentes ondas dependen de las características del medio; por ejemplo, en rocas ígneas la velocidad de las ondas (P) es del orden de 6 km/seg., mientras que en rocas poco consolidadas es de aproximadamente 2 km/seg., o menos. Así las ondas (P) de un terremoto originado en la costa de Acapulco serían percibidas en la ciudad de México en menos de un minuto.

La perturbación del medio por un temblor se observa experimentalmente con la ayuda de un sismógrafo, el cual es un instrumento utilizado para captar, amplificar e inscribir el movimiento del suelo producido por el paso de las ondas sísmicas generadas por los temblores o cualquier otro fenómeno vibratorio. El registro que se obtiene de este aparato se llama sismograma y en él se inscriben, en orden sucesivo de tiempo, los diferentes tipos de ondas sísmicas que llegan a una estación sismológica.

Las ondas internas generadas por un temblor salen simultáneamente del foco y llegan a las estaciones sismológicas según sus velocidades, detectándose en orden sucesivo las ondas (P), (S) y superficiales.

Como ya se dijo, el lugar en que comienza el fallamiento que produce los temblores se llama foco. A grandes distancias, el plano completo de ruptura aparece como un punto y los sismólogos lo llaman también foco; la proyección de éste sobre la superficie terrestre recibe el nombre de epicentro.

La localización de los epicentros presupone la determinación de la hora/origen y las coordenadas epicentrales de los temblores.

Los sismólogos han encontrado que la diferencia de tiempo de llegada entre las ondas (S) y (P) registradas en una estación, está relacionada con la distancia al lugar donde ocurre el temblor. Tomando en cuenta la distancia y el valor de la velocidad de las ondas se puede determinar la hora/origen. (Corro León, 1935).

Cuando en una ciudad ocurre un temblor destructivo, los daños que provoca son de diversa índole y atribuibles a causas diversas o combinaciones de ellas. En ocasiones será alguna deficiencia de diseño o construcción, en otras será el cambio de uso del inmueble respecto al cual éste se diseñó, en otras serán las sobrecargas excesivas no previstas en el proyecto por acumulación de archivos, libros o muebles pesados o embodegados; en otras serán fallas de suelo de cimentación ocasionadas por un movimiento sísmico extremadamente fuerte y, en otras será que las características del temblor en cuanto a intensidad, duración y forma del movimiento son extremadamente imprevisibles o muy poco probables. (Esteva Maraboto, 1985).

Como ya se dijo, México forma parte de las zonas altamente sísmicas, lo cual obedece a que las placas de Cocos y la Rivera que se encuentran al Sur y Suroeste de México, en el Océano Pacífico, se están metiendo bajo la placa Norteamericana, de la cual forma parte la placa continental del país. La primera se mueve con una velocidad relativa de aproximadamente 5 cm/año respecto a la placa continental; mientras que la segunda se desplaza 2.5 cm/año aproximadamente. En la falla de esta zona costera del --

Pacífico se acumulan grandes cantidades de energía que al liberarse provocan los grandes sismos que afectan a nuestro país, como el ocurrido la mañana del 19 de septiembre de 1985, a las 07:19 hr. Un reacondicionamiento de las placas tectónicas "El Coco", en la región submarina del Océano --- Pacífico localizado entre Colima y Guerrero, produjo el sacudimiento que afectó regiones de los Estados de Colima, Jalisco, Guerrero, Michoacán, México, Puebla, Veracruz y Oaxaca, y sobre todo el Distrito Federal. --- (Tonda, 1986).

Los estudios realizados por el doctor Krishna Singh y colaboradores (1) -- con los datos recabados desde los sismos de septiembre de 1985, han arrojado los siguientes resultados.

El daño en la ciudad de México fue superior a lo esperado, considerando - que la primera causa fue obviamente la magnitud del temblor. La segunda - fue la amplificación de las ondas sísmicas en la zona lacustre de la ciudad de México, fenómeno que se conocía desde hace mucho tiempo, aunque -- ahora se ha estudiado mejor.

Tanto para los sismos de septiembre de 1985 como para otros, siempre ha - habido un factor de amplificación constante en la zona lacustre de la --- ciudad de México, los cuales varían entre 10 y 50 veces para determinadas frecuencias. La tercera causa se explica a partir de los estudios realizados en los institutos de Ingeniería y Geofísica de la UNAM, siendo la -- conclusión de que existen evidencias para considerar que en el temblor del 19 de septiembre de 1985 intervino un efecto anormal, además de los ya -- mencionados que no se han considerado.

No debía haber ocurrido un movimiento tan intenso en la capital para este temblor, a una distancia de 400 km. del epicentro del sismo. De los datos obtenidos la aceleración cerca de la ciudad de México durante el temblor

(1) Citado por Tonda (1986).

mencionado fue 5 veces mayor que la esperada para una frecuencia de 0.2 hertz. De lo anterior se desprende, explica Singh, que no está claro si hubo un camino preferencial u otro factor que haya enfocado la energía en la dirección Michoacán - D.F.; tal vez se presentó un factor anormal de dirección en el sismo del 19 de septiembre de 1985, y si se comprueba que este es el caso, un nuevo sismo sin esta última característica produciría efectos menos devastadores, pero considera que para afirmarlo se necesitan más datos, como analizar la estructura de la corteza desde el epicentro hasta la ciudad de México, y con estos datos se podrían hacer varios modelos teóricos.

CONSECUENCIAS FISICAS Y MATERIALES.

El 19 de septiembre de 1985 tuvo el más amargo despertar para millones de habitantes de la zona metropolitana que comprende al Distrito Federal, -- así como varios municipios del Estado de México. Las entrañas de la tierra se sacudieron violentamente en un terremoto que derrumbó cientos de edificios que hasta unos minutos antes habían sido multifamiliares, hoteles, oficinas públicas y privadas, hospitales y escuelas.

Las cifras de los daños han sido impresionantes, aún las oficiales que -- tendieron a ocultar los efectos del cataclismo, por una parte para no --- espantar a la gente y por otra para minimizar el daño, ya que un elevadísimo porcentaje de construcciones que se derrumbaron eran propiedad o --- fueron construidas por el gobierno; las cifras fueron deformadas para -- proteger intereses políticos.

Los muertos pudieron ser de 4,000 a 45,000; las viviendas afectadas 3,000 a 100,000 y las pérdidas económicas 4,000 y hasta 5,000 millones de dólares.

En lo social, cientos de millares de capitalinos quedaron apiñados en los campamentos, arrimados con parientes o convertidos en colonos de munici--

pios ajenos, descentralizados de lo que había sido su área existencial.

En lo administrativo, las dependencias oficiales resultaron incapaces para enfrentar la situación durante los primeros 5 meses, después en los -- restantes siete, tuvieron que aplicar una política conciliadora para que no se desbordara la inconformidad.

En lo político, las agrupaciones populares espontáneas exhibieron el descrédito y oportunismo de las organizaciones burocráticas en que se apoya el gobierno empeñado en institucionalizar también la solidaridad pública, la lucha por la reconstrucción y hasta el duelo por las víctimas.

Según el Secretario de Obras del Departamento del Distrito Federal, Francisco Noveña Casado, murieron 4,287 personas.

Para el doctor Luis Solórzano, Director de los Servicios Médicos del propio DDF, la cifra es de 5,900 muertos y una cantidad similar de desaparecidos.

Luis Esteva Maraboto, Director del Instituto de Ingeniería de la UNAM, -- sostiene que las víctimas ascendieron a 20,000.

Cuahtémoc Abarca, líder principal de la Coordinadora Unica de Damnificados, afirma que entre muertos y desaparecidos la suma es superior a --- 45,000.

En lo material, el DDF sostiene que los temblores afectaron 3,072 viviendas, pero la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología acepta que entre daños mayores y menores la cifra se aproxima a los 100,000.

Unicamente en Tlatelolco, donde hay aproximadamente 12,000 departamentos, 5,000 con daños leves tuvieron que ser reparados y 3,400 están en edificios que requieren apuntalamientos estructurales.

La SEDUE calcula que la destrucción en distintos grados alcanzó unos dos millones de metros cuadrados de oficinas públicas y privadas. Del millón que perdió el gobierno, la mayor parte eran inmuebles alquilados a empresas particulares.

Para el DDF, las escuelas dañadas suman 800, los hospitales 24, el comercio 244 y las fábricas 81.

Según los servicios médicos del DDF, de casi 10,000 heridos, 1,879 requirieron hospitalización y 75,000 resultaron con heridas leves. (Marín, --- 1986).

Un saldo trágico que se ha convertido en el mayor desastre provocado por un fenómeno natural en la historia de México.

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LAS
SITUACIONES DE DESASTRE.

NEUROSIS TRAUMÁTICAS.

Con base en los estudios revisados, hemos encontrado que a las consecuencias psicológicas que produce una catástrofe se les denomina generalmente **neurosis traumáticas**, las cuales han sido abordadas desde diferentes enfoques.

A raíz de la Primera Guerra Mundial se observaron algunos trastornos de la personalidad como por ejemplo: cuadros clínicos de estupor, confusión mental, agitación, contacto social interrumpido, expresión mímica vacía, etc.

Las neurosis de guerra deben ser concebidas como neurosis traumáticas, -- posibilitadas o favorecidas por un conflicto yoico.

El otro elemento de las neurosis de guerra está representado por la neurosis traumática que también aparece en la vida civil a consecuencia de sustos y accidentes graves, sin relación alguna con un conflicto en el yo.

En las neurosis traumáticas y en las de guerra, el yo del individuo se -- defiende contra un peligro que lo amenaza desde fuera o que se le presenta encarnado en una formación del yo; en las neurosis transferenciales de la vida civil, el yo considera a su propia libido como el enemigo cuyas exigencias le parecen peligrosas. En ambos casos existe el temor del yo -- ante la posibilidad de experimentar un daño; en el segundo, por la libido, en el primero por violencia exterior. En las neurosis de guerra lo temido es un enemigo interno a diferencia de las traumáticas (externo).

La causa más próxima y más fácilmente comprobable y comprensible de la -- aparición de una enfermedad neurótica se encuentra en el factor exterior,

al que puede darse en general el nombre de frustración. (Freud, 1919).

Otto Fenichel (1966) menciona que la función básica del aparato psíquico es la de restablecer la estabilidad, cuando ésta ha sido trastornada por estímulos externos. Cuando fracasan los intentos de mantener ese equilibrio se crea un estado de emergencia, el cual puede ir más allá de la capacidad de control del individuo; esta capacidad depende de factores constitucionales, así como de todas las experiencias previas.

Así, el concepto de trauma se describe como relativo ya que son factores de la economía mental que dependen tanto de la constitución como de las experiencias previas, y de las condiciones imperantes antes y durante el trauma, las que determinan cuál es el grado a que debe llegar la excitación para sobrepasar la capacidad del individuo. Se mencionan los siguientes síntomas de las neurosis traumáticas: 1.- Bloqueo o disminución de diversas funciones del yo. Puede explicarse como la concentración de toda la energía psíquica disponible en una sola tarea de emergencia. 2.- Accesos de emoción incontrolables. Especialmente de ansiedad y frecuentemente de rabia, e incluso, ocasionalmente, ataques convulsivos, como descargas de emergencia involuntarios. 3.- Perturbaciones del dormir y síntomas de repetición. Insomnio o perturbaciones graves en el dormir con sueños típicos en los que el trauma es experimentado una y otra vez; también repeticiones en horas del día, de la situación traumática, en conjunto o en parte, bajo la forma de fantasmas, pensamientos o sensaciones. 4.- Complicaciones psiconeuróticas. Un gran número de neurosis traumáticas son en realidad psiconeurosis que fueron precipitadas por un acontecimiento, esto se comprueba por la desproporción entre la relativa insignificancia del trauma y la neurosis que se supone fue precipitada por el mismo. Cuando más intensas son las represiones previas y más inestable el equilibrio en los conflictos defensivos, con mayor facilidad se experimentará un evento como traumático.

Los traumas graves que trastornan toda la economía de la energía psíquica, trastornan también necesariamente el equilibrio entre impulsos re---

primidos y fuerzas represoras.

Todas las funciones psíquicas diferenciadas, incluso la sexualidad pueden verse despojadas de sus catexis específicas, el cuadro creado es el de -- una desintegración inespecífica de la personalidad, en la que predominan la abolición de las diferencias y la regresión a una dependencia de ca---rácter infantil.

La disposición neurótica latente puede ser movilizada por un trauma, ya sea por un incremento de la ansiedad que da lugar a la represión, o por un incremento de las fuerzas instintivas reprimidas.

El efecto de la angustia de castración resulta claro en los casos en que el trauma ha traído un intenso peligro de daño físico, es conocido que -- las neurosis traumáticas se producen a menudo en los casos en que no ha -- habido verdaderas lesiones.

El trauma puede ser sentido como una mera repetición de otros traumas más antiguos de la infancia, algunas veces los síntomas de los ataques en las neurosis traumáticas pueden revelar un origen que no corresponde a la situación física de la situación real, sino correspondiente a algún hecho olvidado de la infancia, "El trauma puede tener una función de encubri---miento".

Para la neurosis traumática tiene carácter decisivo el grado de preparación para el acontecimiento; a mayor preparación, menor probabilidad del trauma.

Henry Ey (1978) nos dice que estos trastornos no fueron exclusivos de la guerra, ya que ante fenómenos que ponían a un individuo ante una amenaza para su vida y su patrimonio, por ejemplo en catástrofes (accidentes, --- inundaciones, temblores, huracanes, erupciones volcánicas, incendios, --- etc.) se observaron reacciones parecidas.

A estas reacciones se les denominó de diferentes maneras: neurosis agudas de angustia, reacciones emocionales, neurosis traumáticas. En la literatura alemana se les describió como neurosis de espanto; también han sido estudiadas como neurosis de guerra o de combate, o neurosis traumáticas - agudas; Henry Ey las define como "reacciones ansiosas desencadenadas por un shock emocional".

Debe tenerse presente que estos estados siguen, por lo general, a traumas brutales y particularmente graves, cuyo prototipo viene representado por las neurosis de guerra.

El papel desempeñado por las circunstancias es muy variable y con frecuencia problemático, por ello el aspecto reactivo de estos estados (reacción a los acontecimientos o a las situaciones) se explica de la siguiente forma: La noción de reacción o de estado reactivo se emplea con frecuencia en patología general: se habla de una reacción febril o de inmunidad, queriendo indicar así que el organismo dispone de mecanismos de defensa - específicos, por así decirlo, que están preparados para responder a un "stress". Pero en la vida de relación y su patología, donde el medio parece incluso más determinante, existe la tendencia a olvidar que la reacción supone este montaje funcional interno y a poner a cuenta exclusiva - el factor "stressante" (factor del medio), la totalidad etiopatogénica de las "psicosis reactivas". Es así como esta voz ha venido a convertirse -- cada vez más en sinónimo de enfermedades psicógenas, es decir engendradas o causadas por una modificación del medio (situación vital, medio -- social, acontecimiento, etc.).

El caso de las reacciones neuróticas agudas ilustra la necesidad y los límites del concepto de enfermedad mental reactiva, porque si bien el papel del acontecimiento es determinante, también pone en juego una disposición o predisposición interna, de tal forma que la acción desencadenante del medio y las tendencias emocionales virtuales (predisposición) son complementarias en el determinismo mismo de toda reacción psicopatológica.

Es decir, que la noción de reacción remite más exactamente a la umbral que a la de una patogenia puramente exógena o psicógena. O sea que Faergeman (1) dice que en la psicogénesis de estas reacciones existen tres factores: constitución, trauma psíquico y conflicto psíquico interno. Dicho de otra manera, la reacción está relacionada no sólo con las condiciones del medio, sino con la organización misma del sujeto.

Las reacciones a los grandes shocks emocionales se presentan en las neurosis de guerra o después de grandes catástrofes. Pero incluso en estos casos es imposible no tener en cuenta numerosos factores psicosociales. En dichas reacciones intervienen no tan sólo la estabilidad y equilibrio de la personalidad en general, así como su valor moral, sino también su integración al grupo actual.

En las reacciones a situaciones penosas o dramáticas, los factores circunstanciales son menos importantes en aquellas crisis de angustia que sobrevienen a continuación de una situación vital mal tolerada, como por las crisis de angustia desencadenadas por la muerte de allegados, las cuales son vivenciadas como grandes frustraciones. Después de que se ha presentado una catástrofe, se pueden presentar tres tipos de crisis:

1.- Crisis confusoansiosas. Estas dan lugar a los cuadros clínicos de -- estupor, agitación o confusión mental y pueden presentarse en forma sucesiva o continua en el mismo enfermo, ciertos sujetos quedan paralizados -- por el miedo, inertes, bloqueados e inconscientes respecto al aconteci-- miento, las percepciones están casi abolidas, contacto sexual interrumpido, atontados parecido a un estado de hipnosis, algunos sujetos se desmayan como forma de sustraerse a los estímulos inaceptables.

2.- Crisis histeroansiosas. Las reacciones agudas de angustia se desa-- rollan en forma menos intensa, no alcanzando un nivel tan profundo de --

(1) Citado por Henry Ey, (1978).

destrucción de la conciencia; la crisis constituye un paroxismo emocional ligado a una idea fija o a la situación patógena, las manifestaciones -- somáticas son: palidez, sudores, crispación, etc., unas veces postrado, - otras veces agitado, se queja de una situación asfixiante de opresión --- torácica, disnea, taquicardia, náuseas, vómitos, diarreas, etc. Estos --- trastornos son vivenciados a un contexto de enloquecimiento comparado al vértigo, a veces se producen movimientos involuntarios (tics, expresiones teatrales, etc.).

3.- Crisis de angustia psicósomática. La expresión somática puede ser -- prevalente en un sector funcional, suele tratarse de dolores torácicos, de disnea o de espasmos digestivos o urinarios. Esto puede presentarse -- muy aislado, siendo difícil de establecer un diagnóstico diferencial entre la angustia expresiva de una afección local y la que resulta de un -- sufrimiento más global del sujeto.

La expresión psicológica puede presentarse en forma prevalente o aislada y el aspecto del sufrimiento moral de los pensamientos pesimistas, del -- espanto o de la huida, constituyen la única manifestación del acceso angustioso por lo general, y es ello lo que ha movido a caracterizar estos estados de pánico con el término de neurosis. Para Lawrence Kolb (1983), - mientras haya más deficiencia física (agotamiento, falta de sueño, mala - alimentación o alguna enfermedad anterior) aparece con mayor facilidad el colapso emocional.

Se ha encontrado que un número grande de neurosis traumáticas aparecen en individuos que provienen de hogares rotos o distorsionados, los cuales -- han sido desfavorables para el desarrollo de una personalidad madura o -- bien integrada.

Janis (1), en una serie de estudios de reacciones inmediatas ante el ---- stress agudo de distintos tipos, describió la mirada obsesiva como res---

(1) Citado por Kolb (1973).

puesta a una calamidad, también observó esto en personas que vieron una - escena de desastre. Tanto las víctimas como los observadores están preocupados por fantasías de lo que les pudo haber pasado o lo que les podría pasar en el futuro.

Cuando existe una preocupación anticipatoria o un miedo anticipatorio, es más probable que el individuo se tranquilice, en cambio cuando el evento que produce stress es repentino, la reacción será mucho más profunda que en los individuos que se preparan gracias al miedo anticipatorio.

Lifton y Olson (1) delinearon en cinco etapas la respuesta de cada individuo después de un desastre:

- 1.- Impronta de muerte y angustia de muerte. Creían o veían que iban a -- morir produciéndoles grandes estados de angustia.
- 2.- Culpa de muerte. Se culpaban o culpaban a todo por alguien que había muerto o iba a morir; la gente tenía grandes sentimientos de culpa -- por no haber muerto ellos.
- 3.- Enbotamiento psíquico. Se daba un bloqueo a las funciones intelectuales.
- 4.- Alteración en las relaciones humanas. Había pérdida en la capacidad -- para relacionarse.
- 5.- Significado del desastre. Es cuando la gente se da cuenta en realidad de todo lo que pasó o está pasando, en esta etapa puede desorganizarse la personalidad o bien darse la organización de ésta.

REACCIONES PSICOLÓGICAS.

Estudios científicos de la conducta asociada a situaciones de catástrofe

(1) Citado por Kolb (1973).

confirman la hipótesis de que los desastres naturales originan consecuencias psicológicas profundas. La severidad de las alteraciones psicológicas dependen de la proximidad que tengan los sujetos con los efectos devastadores del desastre, como pueden ser:

- Grado de destrucción. Edificios dañados, dinero para poder reanudar las actividades de las personas, dinero requerido para reconstruir, etc.
- Nivel de daño en cuanto a pérdidas humanas.
- Factor sorpresa. Lo inesperado de un evento puede ser un factor clave para determinar la magnitud de un desastre. Un terremoto es inmanente al factor sorpresa y generalmente produce grandes catástrofes, ya que no existen formas efectivas de predecirlo.
- Duración e intensidad del desastre. La duración de un desastre puede ser por un tiempo corto o prolongarse por un tiempo considerable. No hay evidencia clara de cuáles pueden ser los efectos de la prolongación de un desastre. Las opiniones son encontradas, algunos autores afirman que mientras más tiempo se prolongue un desastre, más se desorganiza la personalidad del individuo; mientras que otros han encontrado que puede desarrollarse una inoculación al desastre, tal como fue observado durante la Primera Guerra Mundial.
- La preparación y adiestramiento previo.
- Frecuencia y experiencia en desastres. Las experiencias anteriores que hayan tenido los individuos o la población en general ante situaciones semejantes puede determinar el tipo de reacción que éstos presentan ante el desastre y por tanto en su evaluación. Por ejemplo, hay quienes consideran que el vivir en zonas de alto riesgo produce mayor inoculación en las personas; esta afirmación no es necesariamente cierta. Los sucesos en la ciudad de México en septiembre del 85 son un ejemplo de -

esto, ya que aun cuando en México la población ha estado expuesta anteriormente con cierta frecuencia a temblores, no por esto se redujo la magnitud del impacto que éste tuvo. (Contreras y Desatnik, 1986).

A su vez las reacciones del individuo ante situaciones de desastre dependen de variables tales como:

- La personalidad.
- El sexo.
- Posición económica.
- Mentalidad nacional. Las reacciones de las personas varían según sea la idiosincrasia nacional.
- Edad de las personas afectadas. El impacto del desastre va a ser distinto para diferentes sectores de la población dependiendo de su edad, afectándose probablemente en forma más importante a los niños ya que éstos no tienen elementos cognitivos ni emocionales suficientemente definidos para procesar la experiencia, lo cual puede conducir a la manifestación posterior de problemas; por ejemplo, en niños huérfanos de guerra o de desastre, la orfandad produce menos adaptación cognitiva, educativa y emocional.

La adolescencia también es un periodo muy vulnerable ante situaciones externas; en México se observó que los adolescentes fueron el grupo de personas que más directamente se involucró en el trabajo de rescate y de reorganización de la vida cotidiana. Debido a las características propias de esta etapa, existe menos miedo y/o menos angustia ante situaciones que implique la aceptación de un reto.

- Nivel de salud mental individual. Las personas presentan mayor número de reacciones neuróticas y psicóticas de acuerdo a su estado previo al evento desastroso. Aquellos que tienen cualquier tipo de afección no tratada o no resuelta desde antes de la catástrofe, tienden a manifes--

tar dichas reacciones en forma más marcada. (SEP, 1986). Así se podrían identificar los siguientes niveles de daño al individuo y por tanto -- suponer distinta severidad de alteración psicológica:

- . En el primer nivel figurarían las personas que perdieron a su familia inmediata, su habitación, y que sufrieron daños corporales severos tales como amputaciones o heridas causantes de incapacidades --- relativamente permanentes.
- . En el siguiente nivel se encontrarían aquellos individuos que per--- dieron a su familia inmediata y su vivienda, pero que quedaron per--- sonalmente ileso aun habiendo presenciado la destrucción de sus -- seres queridos y sus bienes.
- . El tercer nivel se representaría por aquellas personas que pertene--- ciendo al caso anterior, no presenciaron directamente la destrucción referida.
- . En el cuarto nivel estarían las personas que presenciaron la destruc--- ción de inmuebles y/u otros bienes ajenos y supieron de daños perso--- nales en conocidos sin tratarse de parientes cercanos.
- . En el quinto nivel figurarían los que se enteraron de los efectos -- del siniestro a través de comunicación indirecta o bien por los me--- dios de comunicación y no sufrieron pérdidas materiales, pero cola--- boraron activa y directamente en tareas de rescate y cuidados de --- emergencia.
- . En la última posición estarían aquellas personas que sólo tuvieron - contacto con el siniestro a través de la información de los medios - de difusión y tuvieron consecuencias indirectas tales como irregula--- ridades en los servicios (agua, luz, transporte, etc.). (Sánchez So--- sa, 1985).

Por lo tanto, las repercusiones psíquicas son mayores en las personas que experimentaron directamente los efectos destructi--

vos del siniestro.

El efecto de desequilibrio emocional y psíquico es también serio en --- aquellos que, si bien no lo sufrieron tan directamente, se ven afectados en forma material, provocando inseguridad y desconcierto.

Las personas que no sufrieron pérdidas ni humanas ni materiales, pero - que experimentaron la conmoción del fenómeno primero, y después la --- conmoción social que esto produjo, se verán menos afectadas en su equilibrio emocional y psíquico pero indudablemente participarán de un estado colectivo de inseguridad y angustia.

Es importante considerar que el comportamiento de las personas es muy - variable, algunas resisten el impacto con entereza y razonable equanimidad, otras reaccionan dando salida a su angustia mediante tristeza -- profunda, desmayos, gritos, etc.

El individuo afectado por un siniestro se ve forzado de manera instantánea a cambiar sus marcos de referencia personales, familiares o laborales.

Su forma de vida se transforma de una manera forzosa, su capacidad de - reacción personal no siempre es congruente con las demandas del cambio ambiental, sufre de manera instantánea cambios profundos en su reacción emocional, mismos que frecuentemente interfieren con su adaptación tan necesaria después de un siniestro, en percepción y concepción del mismo, del futuro y de su funcionamiento, como ser humano se ven afectados de una manera tan importante, que puede interferir incluso con la instrumentación misma de habilidades adaptativas posteriores.

Las reacciones pueden ser muy diversas, sin embargo, los principios que regulan el funcionamiento psicológico en general y algunas peculiaridades bajo condiciones de desastre en particular, muestran efectos singu-

lares en toda la población. A partir de la ocurrencia del desastre, es usual observar algunas actitudes y conductas que parecen ocurrir en sucesiones relativamente típicas, clasificándolas en dos tipos:

- Las primeras llamadas reacciones inmediatas son aquellas que se presentan durante las primeras horas y pueden incluso demorar días o semanas en desaparecer. Son fundamentalmente de pánico, angustia, dolor e impotencia. El pánico desorganiza el comportamiento y la persona puede dar una serie de respuestas desadaptativas e incluso perecer en un intento inadecuado de huida o de parálisis. Después suelen sobrevenir reacciones de dolor intenso, llanto desesperado e incontrolable, sensación de desolación, impotencia y desorientación. Una acción importante para la resolución a estos problemas es la ayuda inmediata que se reciba por parte de otros seres humanos presentes en el sitio.
- Una segunda situación son las reacciones de largo alcance que pueden presentarse de inmediato y prolongarse por mucho tiempo después, o bien, pueden permanecer en forma latente y después de un período prolongado emerger, llegando incluso a presentarse después de uno o dos años, cuando el individuo vive alguna otra situación crítica o de duelo que desencadena estas reacciones. Es un estado de excitación física que se orienta usualmente hacia actividades de rescate; a éste le sigue un estado depresivo y representado por reacciones de amargura y resentimiento e incluso de actitudes agresivas; estas reacciones se presentan a lo largo de un continuo que se va de la depresión a la manía y viceversa, presentándose en toda la gama de reacciones estos dos tipos de trastornos. Entre las reacciones depresivas se observan apatía, llanto, regresión total o no querer hacer nada en casos agudos. (Contreras y Desatnik, 1986).

Las reacciones maníacas son reacciones inmediatas, exteriorizan gran parte de la energía en distintas formas; también se observan reacciones obsesivo-compulsivas, conductas agresivas intensas las cuales pueden te-

ner una dirección positiva, siendo útiles, por ejemplo recogiendo escom--
bros. Las reacciones agresivas pueden en ciertos casos presentarse de --
forma patológica; algunos ejemplos de esto serían los siguientes:

- a) Agresión contra las víctimas: "¿Por qué nos causaste esto con tu
muerte?
- b) Agresión contra los demás: contra posibles causantes del desastre, --
por ejemplo: Dios, el que construyó el edificio, las autoridades, etc.
- c) Agresión hacia uno mismo: Cuando no hay posibilidad de expresar la --
agresión hacia afuera o canalizarla hacia un objeto externo, puede --
haber reacciones o pensamientos suicidas.

Desde el punto de vista emocional, las reacciones posteriores a una si---
tuación de desastre en los individuos incluyen: dificultades para dormir
o bien somnolencia persistente, sensación de inseguridad o temor constan--
te, sensación como si continuara temblando (en caso de sismo), dificultad
para concentrarse, irritabilidad, llanto fácil, dificultad para recordar -
eventos, sensación de confusión temporoespacial, tristeza persistente, --
intolerancia a lugares cerrados o pequeños y oscuros y, sensación de so--
bresalto, entre otras.

Cuando las manifestaciones tienen una tendencia primordialmente psicoso--
mática, es decir, en términos de signos o síntomas físicos, los casos más
frecuentes incluyen: dificultad para respirar, sensación de peso en el --
pecho, sensación quemante en la boca del estómago, temblores en las ex---
tremidades, dolor de cabeza, anorexia o apetito insaciable, manchas o ---
erupciones en la piel, pérdida del cabello, dolores musculares, diarreas,
enuresis, encopresis, insomnio, hipertensión, propensión a enfermedades -
del aparato respiratorio y pérdida de la libido. Estas reacciones parecen
a primera vista tener un componente físico solamente, puede presentarse -
de forma inmediata o latente, en algunas personas se presentan en forma -

aguda, mientras que en otras se manifiestan levemente. Sin embargo, todas las reacciones enunciadas son parte de un síndrome asociado a la reacción post-traumática que señala el DSM III como una neurosis de gran ansiedad, haciendo notar asimismo, que cuanto más prolongada es la reacción y más se aleja del hecho real que la produce —en tiempo y en espacio— más aguda será la neurosis y puede incluso convertirse en psicosis. Estas reacciones se presentan de forma diferente en distintas personas, observándose no sólo diferencias a nivel individual, sino también a nivel cultural o nacional en las formas de responder ante los desastres. (Contreras y Desatnik, 1986).

En el estudio realizado por Ahearn y Rizo (1979) sobre problemas de salud mental después del terremoto de Managua ocurrido en 1972, concluyeron que los problemas emocionales se presentan con frecuencia inmediatamente después de un desastre natural, especialmente en cuanto a las neurosis de ansiedad, histéricas y depresivas; pero la investigación reveló que muchos de estos problemas emocionales persisten por un tiempo más prolongado de lo que se creía, debido a que existían diagnósticos previos de neurosis.

Estos autores afirman que pudiera ser que jugaran un papel importante los sentimientos de pérdida dentro de un cuadro de personas queridas que mueren, familias que quedan desintegradas, hogares destruidos, situaciones de trabajo anuladas, incertidumbre en cuanto al futuro, etc. Estos cambios, bruscos y extremos, combinados con una situación de constante tensión explicarían por qué la conducta neurótica aparece en los tres primeros meses después de la catástrofe, persiste por algún tiempo y, debido a la desadaptación social y a la cronicidad que adquiere la tensión, puede recrudecer en el cuarto trimestre.

En el estudio longitudinal realizado por Ahearn (1984) a raíz de los terremotos en Managua, encontró que los problemas emocionales posteriores al desastre persistieron durante casi 3 años y que el abatimiento econó-

mico y social de la comunidad fue una variable de suma importancia en --- relación con el grado de desequilibrio psicológico. Infantes y colabora--- dores (1970), en su investigación realizada a raíz del terremoto de An--- caks en 1970, afirman que se desencadenaron múltiples desórdenes psico--- lógicos: reacciones de pánico, perturbaciones emocionales transitorias, - neurosis de terror, disturbios psicósomáticos y psicosis agudas, y que -- muchos de estos cuadros psicopatológicos persistieron durante cinco meses después de la catástrofe.

Se ha sugerido que las reacciones traumáticas o postraumáticas se produ--- cen por la pérdida ya sea individual o grupal; cuanto más significativa - sea ésta, mayores serán las reacciones postraumáticas. Posteriormente y - de una manera gradual, sobreviene paulatinamente la resolución de estos - conflictos o reacciones, si no intervienen otros factores que alteren su evolución. El individuo avanza en el manejo de duelo en caso de pérdida - de seres queridos o bien, muy significativos, iniciando su adaptación en términos del contexto de las secuelas del desastre, así como a reestruc--- turar el sentido cognoscitivo de las vivencias deformadas que surgieron - con anterioridad.

La depresión y la desesperación requerirán de la elaboración de un duelo, de llorar lo irrecuperable, de maldecir la desgracia, de buscar un culpa--- ble en quien descargar la ira que surge de la impotencia ante lo que ya - no tiene remedio. La elaboración de un duelo defectuoso dará lugar a se--- cuelas en el equilibrio psicológico que pueden desencadenar padecimientos futuros.

Estas manifestaciones pueden tener un amplio rango de severidad en la --- misma persona de un momento a otro, a la vez que varían mucho de sujeto a sujeto. Los factores que modifican la intensidad de estas reacciones es--- pecíficas y la reactividad global de la persona ante situaciones de an--- gustia prolongada, típica de situaciones de desastre, son a su vez múlti--- ples y de origen diverso. En general se mencionan como los más frecuentes

los siguientes cinco factores:

- 1º La capacidad instrumental del sujeto para responder a las condiciones impuestas por el siniestro.
- 2º La rapidez y naturalidad con la que el sujeto organice y reconceptualice los cambios que han ocurrido en su realidad a partir del desastre.
- 3º La cantidad y la permanencia de un estado de aplomo emocional y su relación con los cambios cognoscitivos e instrumentales descritos.
- 4º La cantidad de apoyo familiar, comunitario o social que el sujeto experimente.
- 5º La madurez en el desarrollo psíquico del sujeto en el sentido de la solución de conflictos internos y la aceptación de su realidad existencial.

En cuanto a las reacciones más comunes que presentan los niños y los adolescentes se encuentran las siguientes: la investigación científica indica que los niños y los sujetos de edad más avanzada están más expuestos a una mayor proporción de traumas emocionales y físicos si se les compara con la población de edad adulta en las situaciones de desastre.

Los problemas psicológicos también varían dependiendo del período en que se presenten, ya que algunos pueden aparecer inmediatamente y otros mucho tiempo después del desastre, pues es frecuente que en la preocupación de la seguridad física del niño y la familia en el momento, se descuide la atención sobre las consecuencias emocionales posteriores; sin embargo, no necesariamente de un desastre debe resultar un daño psicológico permanente.

En general, los síntomas más frecuentes en los niños son: perturbaciones del sueño y pesadillas nocturnas, miedos persistentes a estar solo o a ser separados de su familia y quedar abandonados, el miedo a la repetición -- del desastre y una pérdida de interés por asistir a la escuela y por las actividades cotidianas. También pueden adoptar conductas de edades pasadas como por ejemplo: chuparse el dedo, mojar la cama, llorar sin motivo, etc.

Hay que tomar en cuenta que los niños, y en particular los más pequeños, no tienen la habilidad verbal ni tampoco una madurez psicológica ni cognoscitiva para superar por sí solos un período postraumático; por lo tanto, son las personas adultas como los padres, los maestros, hermanos mayores y familiares en los que el niño se apoyará y tomará un ejemplo conductual a seguir.

Los sujetos preadolescentes y adolescentes presentarán reacciones semejantes de miedo y angustia además de una rebeldía y una negativa a hacer las actividades cotidianas. Esto acompañado de una sintomatología somática, como dolores de cabeza, náuseas y vómitos, pérdida de apetito, erupciones en la piel, además de algunas molestias vagas debido a la súbita ruptura de un patrón cotidiano, y a que no siempre tienen acceso a las acciones que llevan a cabo los adultos para restablecer la situación.

Todas las reacciones descritas en estos dos grupos de sujetos pueden ser leves y desaparecer con el tiempo y la reanudación paulatina del patrón de vida de cada sujeto; sin embargo, también pueden convertirse en una -- patología severa si no se les presta la atención necesaria en un tratamiento adecuado. (SEP, 1986).

A continuación se presentan cuadros de actitudes psicológicas normales -- que se pudieran presentar ante una situación de desastre:

1.- Tensión. Proceso psicológico, biológico, que comprende tres elemen-

tos; iniciándose con una situación o estado potencialmente peligroso o nocivo (agente productor de la tensión), si el agente es visto como algo potencialmente peligroso o amenazador se producirá una reacción de ansiedad.

IDENTIFICACIONCONSECUENCIAS

EN EL ADULTO:

- | | |
|---|--|
| - Sensación continua de tirantez tanto emocional como muscular. | - Falta de concentración. |
| - La tensión interfiere en el sueño, insomnio, pesadillas. | - Falta de interés en tareas académicas y laborales. |
| | - Cefaleas. |

EN EL NIÑO:

- | | |
|--|--|
| - Preocupación constante en casos de daños materiales (habitación) ¿dónde van a vivir?, ¿qué les va a pasar? | - No tiene apetito, vomita o come en exceso. |
| | - Despierta durante la noche sobresaltado, llorando. |
| | - Leves dolores de cabeza. |
| | - Baja en el rendimiento académico. |

2.- Miedo. Respuesta afectiva a un peligro externo real y actual, y desaparece cuando se elimina la situación amenazadora, ya sea porque el sujeto la controla o escapa de ella.

IDENTIFICACIONCONSECUENCIAS

EN EL ADULTO:

- | | |
|---|---|
| - Se manifiesta con gran alteración y agitación con posible sudoración que tiende a desaparecer cuando la amenaza es controlada o el sujeto escapa de ella. | - No muestra iniciativa, sigue órdenes y consignas. |
|---|---|

EN EL NIÑO:

- Temor a ser separado de su familia.
- Teme a que se le deje solo.
- Teme a la oscuridad.
- Reacciona con sobresaltos y claras muestras de miedo ante ruidos fuertes.

3.- **Angustia.** Respuesta global de la personalidad que el sujeto valora -- como amenazante para su existencia.

IDENTIFICACIONCONSECUENCIAS

EN EL ADULTO:

- Muestra vigilancia excesiva, mueve las manos y los pies "nerviosamente", su voz se vuelve irregular y forzada.
- Al sujeto se le percibe alterado, inquieto, ansioso, con llanto, temor.
- Transtornos en funciones fisiológicas: diarrea, palpitaciones, dificultad para respirar, bochornos, gran inquietud motora (agitación), llanto incontrolable.

EN EL NIÑO:

- Muestra hiperactividad.
- Teme sentirse abandonado por los padres.
- Teme que se le deje solo.
- Se aferra a otra persona, abraza y no desea separarse de ésta.
- Baja su rendimiento académico.

4.- **Pánico.** No es sólo un grado intenso de miedo, sino un miedo basado en una tensión prolongada con un clímax súbito que se caracteriza por miedo e inseguridad extrema, suspicacia y con una tendencia hacia la desorganización.

IDENTIFICACIONCONSECUENCIAS

EN EL ADULTO:

- Puede haber dolor en cualquier parte del cuerpo, jaquecas, dolores (de estómago o en la espalda), pero
- Le es difícil pensar y en ocasiones tiene la sensación y la apariencia de atollamiento.

habitualmente pueden producirse mareos como consecuencia de la hiperventilación.

- Presenta sensación de inseguridad, puede reaccionar con agresividad o, en otros casos, presenta parálisis motora, -- así como un grado importante de angustia y otros.

EN EL NIÑO:

- Presenta miedos que parecen no relacionarse con la fuente original, teme a los animales, a la oscuridad, a los tumultos, a los extraños o a los truenos.

- Demanda la compañía para ---- cualquier actividad.
- Falta de apetito.

- 5.- **Agresión.** Actitud que afirma al ser, se dirige hacia un objetivo e implica un ataque y un intento hostil y destructivo, ligado a un -- efecto de ira; no siempre es hacia otros sino que puede ser dirigido hacia uno mismo.

IDENTIFICACION

CONSECUENCIAS

EN EL ADULTO:

- Se manifiesta como una reacción contra el malestar y la incomodidad producto de causas externas e internas.
- En forma pasiva se presenta: -- mal humor, terquedad, demoras, ineficiencias y abstracciones pasivas.

- Suele trabajar mal en compañía de otros y puede producir un efecto desmoralizante sobre el grupo, se queja constantemente y está insatisfecho de todo.

EN EL NIÑO:

- Se comporta con desobediencia y tiende a hacer lo contrario de lo que se le dice.
- Pelea frecuentemente con sus hermanos y compañeros sin razón aparente.

- Enfadarse fácilmente. Los niños pueden pegar, tirar cosas, dar patadas, mostrar enojo -- sin que haya habido una provocación.

- Se comporta agresivamente con su maestra (o).
- Mostrar enfado por haber perdido sus cosas: el juguete -- favorito, una cobija, una --- silla, etc.

6.- **Depresión.** Es un tono afectivo de tristeza que puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo.

IDENTIFICACION

CONSECUENCIAS

EN EL ADULTO:

- Se presenta una reacción -- pesimista con poca movilidad física; inhibido, experimenta una sensación de falta de ánimo y desesperanza.
- Tristeza intensa.
- Es incapaz de tomar decisiones y le cuesta trabajo ejecutar actividades mentales -- que habitualmente no se le -- dificultaban.

EN EL NIÑO:

- Parece ausente, muestra poco o ningún interés por lo que le rodea.
- Lloro constantemente, solloza, grita.
- Se le ve triste y poco activo.
- Poco interés en realizar sus actividades.
- Retirarse sin hablar.
- Se rehusa a ir a la escuela.

Se ha intentado en el presente capítulo presentar un panorama general sobre las consecuencias psicológicas ante los desastres, así como la revisión de diferentes autores sobre este tema. Hemos encontrado que las --- reacciones que se mencionan con más frecuencia y pueden ser más significativas en el individuo ante una situación catastrófica, son las de depresión, ansiedad y frustración, ya que sus efectos pueden presentarse inmediatamente después de la ocurrencia de un evento y persistir por un tiempo prolongado; por lo cual nos avocaremos a un estudio más específico de estas reacciones.

GENERALIDADES SOBRE DEPRESION, ANSIEDAD Y FRUSTRACION.

a) Depresión.

Antiguamente, el concepto de depresión era conocido como melancolía, --- Hipócrates (s. IV a.C.) empezó a describirla como "un estado y condición mental del hombre", un desorden mental crónico sin fiebre ni agitación -- que era producida por el exceso de bilis negra o atrabilis y de la existencia de cambios en la calidad de los otros humores corporales que eran: sangre, bilis amarilla y flema.

Para Burton (1930), la melancolía es la aflicción más universal del hombre, explica que cualquier individuo era susceptible de experimentarla en el curso de su vida de una u otra forma. Pinel en 1801 describe al melancólico como un ser taciturno, pensativo y que busca la soledad. Es Griesinger (1845), el primero que llevó a cabo una detallada descripción de la depresión. Observó las vagas manifestaciones tempranas y el papel que éstas jugaron en el desarrollo de otras formas de enfermedad mental. Más tarde Kraepelin (1926), al combinar la investigación neuroanatómica con la psicología experimental, empieza a describir dos tipos de psicosis: la maniaco depresiva y la demencia precoz. Intenta establecer una nosología descriptiva que pudiera ahondar en una clasificación psiquiátrica. Lange (1928), fue el primero que prestó atención sobre las depresiones que se desarrollan como resultado de la angustia que representa el vivir. El --- término depresión neurótica fue adoptado por Gillespie en 1930, añadiéndole el concepto de reacción ante las circunstancias adversas.

Por su parte Abraham (1912), intenta hacer una diferenciación entre la -- depresión y la melancolía. Denominó depresión melancólica normal al estado producido por la muerte de un ser querido, y depresión melancólica al estado que presenta un individuo que sufre frecuentemente sentimientos de culpa.

Sigmund Freud (1917), trata de esclarecer la relación y la diferencia entre duelo y melancolía. Refiere que en el duelo, el objeto es perdido por una muerte real, y que en la melancolía existe una pérdida interna debido a la relación ambivalente que el sujeto tenía con el objeto perdido.

En el duelo se explica la inhibición y la falta de interés del sujeto por la elaboración de éste que absorbe su yo por completo. La melancolía absorbe por completo al sujeto y además presenta un sentimiento de ser incapaz de rendimiento valioso alguno e indigno de estimación.

Varios autores como Mendels (1970) y Castilla del Pino (1966), coinciden en que a la **depresión** se le puede dar tres significados: como **síntoma**, -- que a veces se presenta con carácter exclusivo o a veces acompañando a -- otros que no tienen relación directa con él. Como **síndrome**, cuya característica principal es la tristeza pero que se enlaza con los otros síntomas que lo constituyen. Y como **enfermedad**, cuya manifestación habitual es el síndrome depresivo (y dentro de éste el síntoma habitual: **la tristeza**), y sobre el cual puede indagarse con referencia a sus aspectos concretos - (etiología, patología, forma de curso, final y tratamiento).

Para el estudio de la depresión se tiene en cuenta estos tres significados aunque no se hable de ellos en forma explícita; sin embargo, existen diferentes puntos de vista sobre lo que hay detrás de este trastorno -- emocional.

Para Bibring (1968) es la pérdida de la autoestima el elemento clave de la depresión. Esta surge como consecuencia de la frustración de las expectativas conscientes. La depresión es la expresión emotiva de un estado de desamparo y de impotencia del yo sin consideración de lo que puede haber causado la ruptura de los mecanismos que establece la autoestimación.

Kolb (1976), afirma que la depresión es un tono afectivo de tristeza, que puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia, -

hasta una desesperación en grado extremo, surgiendo posiblemente de la -- ambivalencia inconsciente y la hostilidad con impulsos agresivos y rencorosos dirigidos hacia personas que son objeto de una devoción forzada o hacia personas de quienes depende la propia seguridad. Los impulsos hostiles originalmente dirigidos contra otras personas llegan a encaminarse hacia el propio yo del individuo. Para él, la depresión tiene sus raíces en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales. -- Tal vez en la ambivalencia inconsciente y en la hostilidad con impulsos agresivos y rencorosos dirigidos a la persona o personas de quienes depende la propia seguridad.

Otra contribución para el entendimiento de la depresión fueron las teorías de Klein (1948), quien en su estudio sobre la psicogénesis de los -- estados maniaco depresivos expone que la característica esencial de la -- culpa depresiva es el anhelo de reparar al objeto que se siente dañado -- por los propios impulsos destructivos. Esta necesidad de preservar o revivir al objeto amado, conduce a estados de duelo y sus defensas correspondientes.

S. Rado (1959), subraya la vinculación entre la depresión y autoestima y aclara la doble introyección del objeto en el yo y en el superyo, utilizó la distinción entre el aspecto "bueno" (protector) y el aspecto "malo" -- (castigador) del superyo, para poner en claro los mecanismos depresivos.

Para Fenichel (1966), la depresión en forma leve se presenta en casi todas las neurosis, al menos bajo la forma de sentimientos neuróticos de -- inferioridad. Para él las depresiones neuróticas son intentos desesperados de obligar a un sujeto a conceder los suministros vitalmente necesarios. Esta rigidez de los neuróticos es lo que distingue su conducta en un momento dado de una conducta normal.

Beck (1967), desde un punto de vista cognoscitivo, afirma que la depresión es más bien un trastorno del pensamiento con la consecuente altera--

ción de la afectividad y de la conducta. El esquema del depresivo se caracteriza por una tendencia a la subestimación, autocrítica, autoinculpación, con ideas de pérdida y exageración del principio del deber y responsabilidad y deseos de huida y suicidio.

Los existencialistas como Strauss (1928) y Minkowski (1930), sostienen -- que a partir de sus análisis fenomenológicos, hay una evidencia de que en la depresión existe una profunda alteración de la estructura temporal del sujeto, por lo que hay una desorganización del ser psíquico.

Para los estructuralistas (Henry Ey, 1978), hay una relación entre el --- proceso orgánico y el proceso psicológico. El trastorno fundamental o estructura negativa es lo constituido por: a) pérdida de la actividad sintética del pensamiento: abulia, torpeza, enlentecimiento, inhibición psicomotriz, etc.; b) trastorno de la conciencia: que va de la ligera y casi imperceptible obnubilación al profundo estupor; c) desestructuración temporal ética de la conciencia melancólica: es el trastorno fundamental y se trata de una lentificación del tiempo vivenciado. Pierde el impulso -- hacia el futuro y vive para siempre en el pasado.

Para Mackinnon y Michels (1978), la depresión se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común. En cuanto a síntoma, la depresión describe un tono afectivo de tristeza - acompañado de sentimiento de desamparo y amor propio reducido. El individuo deprimido está amenazado, y cree que no es capaz de enfrentarse a sus problemas, y que otros no pueden ayudarlo. En los síntomas depresivos moderados o tempranos, el paciente trata activamente de aliviar sus sufrimientos. A medida que la depresión se hace más crónica o grave, el paciente renuncia. A pesar de que estos autores reconocen que la mayoría de los episodios depresivos, tanto psicóticos como neuróticos, se remontan en -- alguna causa precipitante, aún así consideran los factores externos. Explican que la capacidad de los síntomas depresivos de comunicar dependencia desamparada y de provocar atención defectuosa, sugiere que los meca--

nismos depresivos pueden poseer valor de adaptación y que la capacidad de desarrollarlos podrá haber sido seleccionada en el curso de la evolución. Esto está en contraste con la mayoría de las teorías biológicas que destacan los aspectos de mala adaptación de la enfermedad. Para la depresión, las explicaciones biológicas y psicodinámicas son en la concepción de estos autores no sólo compatibles sino además interdependientes.

Características de la depresión. Lo que distingue a la pena normal de la depresión es que la primera se da por una causa concreta, generalmente -- pérdida de un ser querido o su equivalente abstracto, no se acompaña de -- sentimientos de culpa, es pasajera y con el tiempo, que suele ser corto, tiende a mejorar y a desaparecer. En cambio la depresión es un trastorno paralizante donde se pierde la autoestima, la confianza en sí mismo y --- aumenta el autodesprecio; se pierde el interés por las cosas y por consiguiente se acaba poco a poco con los deseos de vivir, hay una pérdida en lo vital que puede llevarlo al suicidio. Se caracteriza por un tono afectivo de tristeza, alto grado de preocupación por los problemas personales, disminución progresiva de las actividades cotidianas, el yo es devaluado y se siente que se vive en la nada total, el sujeto siente que no ha hecho más que el mal, que no sirve para nada y que hay que morir. La auto--devaluación es tal, que el sujeto sólo puede o se permite expresiones despectivas de sí, creyéndose falso, traidor, negativo, destructivo, etc.

La depresión no sólo es producto de la revisión de una realidad desagradable, su aparición se da más bien por un sentimiento de abandono, coraje, agresión, ira, sentimiento de impotencia; por situaciones de conflicto, - circunstancias debilitantes por enfermedad, fallecimiento de un ser querido, etc., que favorecen la expresión de una personalidad característica. Con frecuencia la depresión no puede ser explicada por el sujeto y quienes pueden hacerlo lo aducen a problemas inmediatos, y en casos muy severos, hay la creación de todo un sistema de tipo delirante.

English and English (1977), define a la depresión como una condición emo-

tiva normal o patológica caracterizada por la disminución de la actividad psicofísica y por una sensación de desagrado, provocada por un incremento de los sentimientos de culpa, autorreproche y disminución de la autoestima.

De acuerdo a la A.P.A. (1852), la depresión ocurre como una reacción a la pérdida real o imaginaria de un objeto emocionalmente significativo o de un atributo o habilidad personal. El modo depresivo está caracterizado -- por un sentimiento subjetivo de tristeza, baja autoestima, disminución -- del interés, abatimiento y desesperanza.

En general, en la depresión neurótica, el aspecto físico es de desarreglo, expresión de tristeza, insatisfacción, fastidio, decaimiento, etc. En la depresión psicótica encontramos que la expresión del rostro es de tristeza, insatisfacción, perplejidad, desesperanza y tal vez miedo; la frente y el entrecejo están fruncidos, las comisuras de la boca se encuentran -- hacia abajo. Su cara es pálida y los ojos están muy abiertos, con la mirada fija. El arreglo personal es de desaliño con las ropas arrugadas o sucias. Se muestra abatido y callado, con movimientos lentos, fatiga, --- apatía, disminución de los impulsos y llanto.

A nivel orgánico se presentan trastornos como anorexia, náuseas, constipación, problemas digestivos, estreñimiento o diarrea, vómito y baja de peso. Hay casos en que se manifiesta por excesivo apetito. Son frecuentes las perturbaciones del pulso y tensión arterial, taquicardia y diarrea. A nivel del sistema nervioso encontramos disminución de los reflejos e hipostenia, cefaleas, rigidez de nuca, sensación de depresión cefálica, --- zumbido en los oídos, dolor vago y obnubilación. Se altera la concentración, la atención y la memoria. En relación a la sexualidad encontramos alteraciones en la menstruación y pérdida del impulso sexual. Los trastornos del sueño también son característicos.

La conducta del depresivo también es característica, son sujetos pruden--

tes, tímidos, sensibles, meticulosos con constante autorreproche. En el fondo personas inseguras y dependientes de fuentes externas, sobre todo de personas significativas de quienes buscan, y a veces exigen, apoyo, -- aprobación, amor, confianza en sí mismo o consideración.

Son personas con una endeble relación con la realidad, viven pasivamente el presente y activamente el pasado, pues sienten que éste les ofrece --- protección.

La tristeza o dolor moral invade casi todo el campo de la conciencia, empieza por expresarse por sentimientos intensos y vagos de aburrimiento, - disgusto, descorazonamiento, desesperación, y derivan en expresiones de - autodesprecio, autocastigo y sentimiento de culpa. Se manifiesta como --- angustia e irritabilidad. En apariencia esta tristeza es sin motivo, pero en realidad lo que hay detrás es culpa.

La culpa aparece por un sistema de valores que el sujeto ha aprendido durante el crecimiento, por la pertenencia a una sociedad determinada. La culpa es la expresión de la conciencia de que se ha roto por algo esta---blecido y que se debe pagar por ello.

Aparecen también signos de ansiedad expresados como tensión, indecisión, -- temores vagos e inespecíficos, así como temor y accesos de sudoración comunes en los estados de ansiedad. La angustia surge porque el sujeto --- oscila entre si es culpable o no, y es muy fuerte el temor a aceptarse -- culpable, responsable sobre todo de la pérdida del objeto.

Otro síntoma es la inhibición que se caracteriza por ser una especie de frenaje o enlentecimiento de los procesos psíquicos, repliega el sujeto sobre sí mismo y le empuja a rehuir a los demás y las relaciones con los otros.

Una idea constante en todo individuo deprimido es la muerte. Se manifies-

ta como la verbalización del deseo hasta el rechazo abierto y obstinado a la alimentación, acompañado del abandono total de su persona. Pero finalmente, lo que busca es ser sencillo como una obligación, un castigo y una solución a su pesar. Esta idea puede intensificarse o decrecer, pero nunca desaparece. Las ideas de muerte aparecen cuando el sujeto siente que ya no hay esperanzas, cuando las ideas de culpabilidad y desesperación se acentúan de tal modo que para el sujeto es evidente y sin lugar a dudas su fracaso en el compromiso de vivir. El futuro se presenta negro y no -- hay nada que hacer.

En cuanto a los trastornos del pensamiento existen en el depresivo ideas persistentes de temor de que algo pueda ocurrir, angustia y tristeza por la pérdida del objeto amado, caracterizándose por poseer una fuerte carga emotiva, es decir, una importante sobrestimación a las vivencias. Reciben el nombre de ideas delirantes y están íntimamente ligados a la angustia y aunque parecen falsas a los demás, son reales para el sujeto y poseen un significado y un propósito que es presentarse ante los demás como castigado y así obtener el perdón. Las ideas delirantes son una expresión de sus sentimientos interiores, reflejos de un estado de ánimo y una racionalización de los afectos; se caracterizan por tener una tonalidad -- afectiva de pena, son monótonos, pobres en construcción intelectual pero ricas en contenido emotivo, pasivas, son delirios referidos al pasado o al futuro que retroceden o avanzan en relación a los acontecimientos presentes.

Henry Ey (1978), clasificó los temas de las ideas delirantes en: ideas de culpabilidad, ideas de frustración, ideas hipocondríacas, de transformación y negación corporal, ideas de influencia, de dominación y de posesión, ideas de negación e ideas de condenación e inmortalidad.

Clasificación de la depresión. No todas las personas que padecen depresión presentan el mismo cuadro, hay veces que los síntomas son más agudos que otros, además el origen de la depresión responde a diversas causas --

y se manifiesta incluso asociada a otra enfermedad. Es por esto que clasificar la depresión resulta muy difícil.

Con base en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Desórdenes Mentales - de la American Psychiatric Association, Tercera Edición (DSM-III) podemos dividir fundamentalmente a la depresión en: **Depresión neurótica o reactiva y depresión psicótica.**

- **Depresión psicótica.** Es característica de toda psicosis una alteración en el estado de ánimo, la presencia del delirio, así como modificaciones en la personalidad que llevan al sujeto al rompimiento del contacto con la realidad. La depresión psicótica se caracteriza por frecuente --ocurrencia de factores precipitantes, antecedentes de conflicto o conflicto, angustia intensa, ideas delirantes típicamente paranoicas, sentimiento de culpa, ideas de pobreza, desprecio de sí mismo, ideas de no valer nada; es provocada por stress afectivo tal como la pérdida de un ser querido o tener una intensa frustración. La depresión psicótica ---pertenece al rubro de la psicosis afectiva, donde el síntoma nuclear es la presencia de alteración en el estado de ánimo en los bipolos tristeza-euforia con síntomas de inhibición, alteración del sentido de la ---realidad con presencia de deliremas y pre-deliremas, así como alucinaciones.

En este rubro se incluyen: Psicosis depresiva; hay la presencia de una melancolía aparentemente inmotivada. Es un estado duradero, no evolutivo.

Depresión involutiva. Se caracteriza por ansiedad, agitación, preocupación e insomnio grave. Son frecuentes las preocupaciones somáticas y sentimientos de culpa.

Estados mixtos maniaco-depresivos: se caracterizan por oscilaciones en

el estado de ánimo. Tipo maniaco: presenta solamente episodios de ---- excitación excesiva, locuacidad, irritabilidad, fuga de ideas y actividad motora y lenguaje acelerados; tipo depresivo: consta sólo de episodios depresivos con todas sus características; tipo circular: se caracteriza por la presencia de por lo menos un episodio depresivo y uno maniaco, alternadamente.

- **Depresión neurótica o reactiva.** Fundamentalmente este es el tipo de -- depresión que interesa para el presente estudio, ya que surge como ---- reacción a las causas externas evidentes.

El núcleo de toda neurosis es la inseguridad que alude a la propia identidad, ya sea en su totalidad o en diversas partes de la misma, y se expresa a través de la angustia. En el caso de la neurosis depresiva, la -- angustia se manifiesta por la tristeza o la depresión.

La depresión neurótica aparece como consecuencia de la pérdida del objeto y la consecuente mutilación que implica, debido a la dependencia para el sujeto. La pérdida de objeto provoca una herida narcicista en el sujeto, por haber sido abandonado y por fracasar en la retención del objeto amado.

Este tipo de depresión es causada por la pérdida de un ser querido, de -- bienes materiales o tensión grave y puede prolongarse por conflictos no -- resueltos. Los antecedentes familiares están presentes algunas veces; el inicio es súbito relacionado con la pérdida, o es gradual, durante mucho tiempo la intensidad es leve o moderada, su duración sin tratar puede --- persistir de tres a doce meses, mejora con el tiempo, pero puede volverse crónica, el enfermo tiene dificultades para quedarse dormido y se despierta periódicamente en la noche; generalmente existe anorexia leve o mode-- rada; otros comen en forma compulsiva, dificultad en la concentración, -- fatiga, cefálea o presión torácica, indigestión, calambres, libido dismi-- nuída, sentimientos de dependencia, ideas suicidas generalmente enmasca-- radas.

Muchas de estas depresiones tienen carácter crónico y a veces presentan períodos de ansiedad. El sujeto tiene una endeble relación con la realidad.

En este rubro encontramos depresiones como:

- . Depresión en el obsesivo. Es cuando el sistema de defensa se desborda y se manifiesta como obsesión por el suicidio.
- . Depresión de inferioridad. Lo central es la frustración del objeto.
- . Depresión por agotamiento. Se da en sujetos que se encuentran permanentemente en situaciones de tensión en los que se desencadena una sobrecarga emocional prolongada y repetida.

La depresión reactiva se refiere a las diferentes reacciones del sujeto a enfrentarse a un estado de pérdida, acontecimiento doloroso o alguna situación penosa vital.

Esta depresión está considerada como normal porque es como ya dijimos, la reacción ante algún acontecimiento desencadenante. Puede ser la muerte de algún familiar querido, pérdida de dinero o de algún afecto. Hay quienes no encuentran diferencia entre la depresión neurótica y la reactiva. Por ejemplo, los psicoanalistas dicen que es la misma, ya que la personalidad es siempre neurótica, pero su estado depresivo se debe a una reacción consecuente de algún problema. Otros autores en cambio, consideran que la personalidad es la base de reacción ante la depresión y reservan la denominación de neurótica para los estados depresivos que aparecen en personalidades neuróticas aparentes.

Es muy difícil delinear los límites entre depresión reactiva y neurótica, aunque los sentimientos que expresa el sujeto son accesibles a cualquiera en cuanto a entender la angustia normal. Es por tanto insensible el paso

de esta angustia, que responde a la situación externa de decepción y dificultad a la reacción depresiva patológica. Aquí la depresión no es patológica, por intensa que sea, pero sí podemos considerar como patológica la angustia y la tristeza que llega a invalidar al sujeto hasta el punto de absorberlo completamente e inmovilizarlo.

La presencia de esta depresión es más frecuente en la mujer que en el hombre y puede aparecer aproximadamente entre los 15 y los 30 años. La duración varía de acuerdo a la edad, siendo menor en los sujetos jóvenes.

Es posible encontrar "recaídas de aniversario", o sea, que el sujeto se muestra en la fecha del acontecimiento desencadenante, nuevamente triste y deprimido aunque en forma menor que la inicial, es en el 10% al 20% de estos casos que la evolución de la depresión reactiva es lenta, llegando a prolongar por meses o años, principalmente por luto. Es también necesario aclarar que el acontecimiento doloroso es más patógeno cuando se presente de una manera inesperada.

Se ha investigado que la depresión como síndrome es uno de los cuadros nosológicos más frecuentes en la psicopatología. De la Fuente (1974), reporta que en México del 10 al 15% de los pacientes que recurren al médico general presentan problemas psiquiátricos importantes y que éstos sufren depresión en un 90%.

En los últimos años la importancia de la depresión se ha destacado de tal forma que se considera no sólo como el problema más frecuente en el campo de la salud mental, sino aun como el padecimiento que más trastornos acarrea a la humanidad. Se ha registrado un continuo incremento del cuadro depresivo entre las personas que viven en grandes comunidades urbanas y entre la población de países industrializados.

b) Ansiedad.

La ansiedad se puede definir como una neurosis que se manifiesta como la

inquietud del ánimo ante un peligro inminente, pero indeterminado. Se diferencia del miedo en que la ansiedad no es influida por una amenaza --- externa clara, sino más bien por un peligro subjetivo; su fuente es in---terna y el individuo no tiene advertencia de ella.

Al desconocer la fuente del peligro, el sujeto no está en posibilidad de defenderse, de ahí la importancia y el sentimiento de verse amenazado por todos lados y por ninguno.

Al abordar el tema correspondiente a la ansiedad, se observa una diver---gencia de opiniones por parte de los autores, respecto a la terminología de angustia y ansiedad. Mientras que para algunos psiquiatras franceses y españoles contienen significado distinto (atribuyendo la diferencia a que en la angustia dominan sobre los síntomas psíquicos, los corporales, y en la ansiedad se percibe más intensamente en el sector psíquico), para gran parte de la literatura psiquiátrica aparecen como sinónimos, denominando indistintamente los dos estados como en alemán, la palabra "angst", y en toda la amplísima literatura psiquiátrica angloamericana sobre el tema, - utiliza sólo el vocablo "anxiety". Por lo tanto en la presente investigación se utilizará el término ansiedad como sinónimo de angustia. (Vallejo Nájera, 1977).

En general, la ansiedad es considerada como un sentimiento de temor difuso, desagradable, muchas veces vago, acompañado de una o más sensaciones corporales recurrentes. Es una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante y permite a la persona tomar medidas para enfrentarse con la -amenaza. El miedo es una señal de alerta parecida a la ansiedad ya que -- los dos representan señales de peligro, pero se distinguen normalmente en que: en el miedo, la amenaza es conocida, externa, inmediata, definida y de origen no conflictivo. En la ansiedad, la amenaza es desconocida, in---terna, vaga y de origen conflictivo. La ansiedad es una característica -- importante de la neurosis y puede disminuirse por el uso de los mecanis---mos de defensa y así como provocar la formación de síntomas como fobias,

obsesiones, etc. (Freedman y Kaplan, 1975).

Diferentes enfoques sobre la ansiedad. Se realiza a continuación una revisión de los diferentes enfoques sobre el tema de la ansiedad, desde el punto de vista de diversos autores.

Freud (1), define la ansiedad como un estado afectivo o unión de determinadas sensaciones de la serie placer-displacer, con actos de descarga por vías determinadas. Corresponden a la ansiedad sensaciones físicas, -- siendo las más frecuentes las que atacan los órganos respiratorios y corazón. Después añade que la ansiedad tiene su ubicación en el yo, donde solamente el yo puede experimentar ansiedad. La fuente de esta ansiedad se puede encontrar: 1) En el mundo exterior (ansiedad frente a un peligro) y se presenta ante alguna amenaza real del mundo externo, donde el yo se relaciona con el mundo exterior y lucha contra él para obtener una gratificación sin causar un desequilibrio en el organismo, 2) En el ello (ansiedad neurótica) donde el yo lucha con el mundo de las necesidades -- instintivas, y 3) En el super-yo (ansiedad moral) donde la ansiedad moral se presenta cuando se teme un castigo como consecuencia de haber sobrepasado un valor moral.

Se puede observar que la función del yo es mantener la estabilidad emocional del individuo previendo la experiencia consciente de la ansiedad que nace de las amenazas del ello y del super-yo, dando lugar al desarrollo de los mecanismos de defensa y características de la personalidad.

Otto Rank (2), considera la vida como una serie de experiencias de separación de objeto amado que se inicia con la madre y posteriormente todas las situaciones productoras de ansiedad se relacionan con alguna amenaza de separación, y la aprehensión que se siente en estas separaciones ----afirma-- es la ansiedad.

(1) Citado por Greenwell, 1976.

(2) Citado por Peláez, 1974.

Adler (1), emplea el término ansiedad como el sentimiento experimentado - ante los obstáculos que existen al afirmar las relaciones que unen a un ser humano con otro.

Jung (1), considera que la ansiedad es la relación del individuo ante la invasión de su mente consciente por fuerzas irracionales o imágenes del - inconsciente colectivo.

Sullivan (1), dice que la ansiedad es un estado de tensión intensamente desagradable que se origina al experimentar desaprobación en las relaciones interpersonales. Siendo la ansiedad el producto de ciertas exigencias culturales que tiene que ver con el logro adecuado de su necesidad de satisfacción y de seguridad.

Para **K. Horney (2)**, la ansiedad es una respuesta emotiva al peligro, puede ir acompañada de sensaciones físicas. La génesis se encuentra en toda situación conflictiva entre la necesidad de depender de otros (padres en la infancia) y la hostilidad que despierta esta situación, y cuando la -- hostilidad ha sido reprimida surge la ansiedad. La ansiedad --dice-- es una reacción ante una amenaza de un valor vital y es diferente para cada individuo. Por sí sola la inhibición no provoca ansiedad, mientras no compromete este valor vital.

Schachtel (2), nos habla de afecto de convivencia que consiste en una --- descarga difusa de la tensión sin meta fija, y que sucede siempre que el sujeto ha perdido su sentido de seguridad, familiaridad, intimidad hogareña y adaptación ambiental. Surge en las etapas del ser humano cuando la realización de la actividad al frustrarse saca al individuo de su situación familiar o de su protección.

Rollo May (1), define la ansiedad como la aprensión originada por la -- amenaza de algún valor que el individuo considera esencial para su exis--

(1) Citado por Peláez, 1974.

(2) Citado por Reyes, 1983.

tencia como una personalidad. Dice que una reacción de ansiedad se puede considerar normal cuando es proporcional al peligro objetivo y no implica represión u otros mecanismos de defensa; y la ansiedad neurótica, dice -- que también está producida por un miedo objetivo y no subjetivo como dice Freud, pero con una reacción desproporcionada a éste.

En el DSM-III (1984), se define a la ansiedad como: aprehensión, tensión o inquietud derivada de la anticipación de un peligro, interno o externo. Las manifestaciones de la ansiedad incluyen tensión muscular, hiperactividad autonómica, expectación aprehensiva, vigilancia e investigación -- atenta al entorno.

La ansiedad puede concretarse en un objeto, situación o actividad que son evitadas (fobia) o ser inconcreta (ansiedad libre o flotante).

La ansiedad puede experimentarse durante períodos breves de inicio súbito y acompañamiento de síntomas físicos (crisis de angustia).

Se observa en la revisión que la mayoría de los autores conceptualizan la ansiedad de la misma forma, sus diferencias son de grados y en que utilizan diferente terminología para referirse a la ansiedad.

Así vemos que para la escuela existencialista, con uno de sus exponentes - Rollo May, la ansiedad se refiere al presente y al futuro en general y -- aparece ante las amenazas contra la integridad existencial.

En la corriente psicoanalítica fijan su atención sobre los dinamismos inconscientes, en las experiencias traumáticas tempranas, en los conflictos y frustraciones, así como en los mecanismos de defensa.

Para la escuela culturalista, con sus exponentes K. Horney, Sullivan, ---- Schachtel, la ansiedad se origina como una reacción ante la amenaza in---terna, la cual es producto de las exigencias culturales.

Para los conductistas, con **Dollar y Miller**, **Joseph Wolpe**, se concentran en el estudio observable, objetivo del comportamiento del hombre y en particular del proceso del condicionamiento. Su preocupación radica en descubrir cómo fue adquirido el comportamiento y cómo puede modificarse.

La corriente **factorialista**, es aquella que se forma a través del desarrollo de cada individuo y surge ante una situación objetiva no peligrosa, - pero amenazante y responde a ésta con reacciones de ansiedad-estado. ---- (Chagoya y Maza, 1980).

En esta investigación utilizamos la definición de ansiedad que proporciona **Spielberger (1927)** señalando que es un estado subjetivo de sentimientos de aprehensión y tensión percibidos conscientemente y acompañados por la activación del sistema nervioso autónomo, cuyo nivel ansioso fluctúa en tiempos y en personas como respuesta a estímulos internos y externos.

Distingue entre ansiedad-estado y ansiedad-rango: Cuando habla de ansiedad-estado, se refiere a la ansiedad experimentada en un momento dado y - es "una condición o estado emocional transitorio del organismo humano y - que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprehensión subjetivos - conscientemente percibidos y por un aumento en la actividad del sistema - nervioso autónomo".

Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través - del tiempo.

La ansiedad-rango la define como "las diferencias individuales relativamente estables, en la propensión de la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado". (Spielberger, 1971).

Las personas que califican alto en ansiedad-rango, exhibirán elevaciones

de ansiedad-estado más frecuentemente que los sujetos que califican bajo, pues las primeras tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones - como si fueran amenazantes. Las personas con alta ansiedad-rasgo también tenderán a incrementar en la intensidad del estado de situaciones que implica relaciones interpersonales que amenazan la autoestima.

Teoría de ansiedad de Spielberger. - El stress corresponde a un estímulo objetivo propio de una situación y que trae como consecuencia cambios físicos y psicológicos. Y la amenaza se refiere a la forma de percibir como menos o más peligrosa una situación o como una amenaza personal para él.

De acuerdo a la subjetividad del individuo (idiosincrasia) una situación de peligro se puede interpretar como amenazante, con base en sus experiencias adquiridas en el pasado ante situaciones semejantes así como los recuerdos o pensamientos que se reintegran o se evocan por dicha situación.

La ansiedad como rasgo (A-R) implica un motivo o disposición conductual - adquirido que predispone al individuo a percibir un amplio rango de circunstancias objetivas no peligrosas pero amenazantes, y responde a éstas con reacciones de ansiedad-estado (A-E) desproporcionadas en la intensidad a la magnitud del peligro objetivo.

El fenómeno de la ansiedad con su conjunto de componentes (factores) ha - sugerido a los teóricos de la corriente factorialista a considerarlos --- también como rasgos; es decir características relativas constantes que se hayan en cada individuo. Cada factor es un rasgo cuya magnitud varía y -- está organizada de diversa manera que se expresa fenomenológicamente en - cada sujeto. Thorndike (1), señala que un rasgo es una cantidad variable que se mide por los diferentes grados del mismo, en todos los sujetos de un grupo definido, por el número de veces que aparece.

(1) Citado por Archundia, 1981.

De esto resultan dos factores: una constante (rasgo) que es común a muchos; y otra transitoria que es más compleja y más difícil de someter a patrones, responde al patrón de estado.

Catell (1) distingue dos clases de ansiedad: la característica y la situacional.

La caracterológica se refiere a algo que surge internamente de las diferencias temperamentales, como la timidez. Como conflicto interno es una huella de la experiencia externa que puede ser histórica, remota y atribuye a los sentimientos y complejos del sujeto.

La ansiedad situacional se relaciona más con la amenaza externa, y menos con los aspectos internos del sujeto, ésta puede ser ajustada a las estructuras de la personalidad del individuo y considerarse normal en momentos determinados para esa persona.

Esta tendencia de factores y rasgos ha sido estudiada por R. B. Catell, Scheier, C.D. Spielberger y algunos más (1); los cuales consideran a la ansiedad como una reacción a una fuente interna (rasgo) que amenaza la integridad del individuo y que está relacionada con sus vivencias pasadas, y con una fuente externa (estado que ocurre en un momento determinado; ansiedad que se presenta como una señal de alarma ante un peligro externo).

La ansiedad como rasgo (A-R) se emplea para describir las diferencias individuales de la propensión a la ansiedad.

Cualquier persona puede vivir de vez en cuando estados de ansiedad, pero existen diferencias individuales en cuanto a la frecuencia e intensidad con que se experimentan.

Las personas que padecen de una alta ansiedad-rasgo tienden a percibir más

(1) Citado por Archundia, 1981.

peligroso el mundo en comparación con los que presentan baja la ansiedad, y son más vulnerables a la tensión; también se considera más probable que experimenten la ansiedad neurótica, en la cual, las derivaciones del pensamiento o recuerdos reprimidos de situaciones peligrosas dan lugar a --- reacciones del tipo A-estado. (Gómez, 1985).

El Dr. Otto Fenichel (1966), afirma que la experiencia previa del individuo así como los factores constitucionales influyen en la capacidad de -- control cuando el sujeto se encuentra expuesto ante alguna tensión crónica o acontecimientos abrumadores repentinos que no son controlables, se -- crean sensaciones de ansiedad sumamente dolorosas y ponen en marcha in--- tentos patológicos y arcaicos para controlar lo que no pudo ser controlado en forma habitual. Se crea una especie de régimen de descarga de emergencia en parte como una función automática contra la voluntad del yo, y sin participación de éste, y en parte de las fuerzas reservantes (y las - restauradas) del yo.

Las personas que padecen de una ansiedad rasgo muy alta como pueden ser - los psiconeuróticos o las que padecen depresión, casi todo el tiempo se - encuentran en un estado de ansiedad, y también tienen defensas contra la ansiedad, pero rara vez los libera de ella.

Spielberger (1) nos dice que todos los accesos posteriores de ansiedad -- son repeticiones de estados traumáticos de una época temprana.

Ansiedad-estado: Cuando cualquier estímulo interno o externo, evaluado - cognoscitivamente como algo amenazador provoca reacciones del tipo de --- A-estado.

La intensidad y duración de dicha reacción emocional será proporcional a la cantidad de amenaza que la situación representa para el individuo y a la persistencia del estímulo provocador. Las características objetivas de

(1) Citado por Gómez, 1985.

la situación, los pensamientos y los recuerdos que se insinúan o vienen a la mente, la capacidad que el individuo tiene para enfrentársele, así como las experiencias anteriores con circunstancias similares contribuyen a la evaluación de una situación como amenazante en mayor o menor grado.

Se han observado diferencias en la ansiedad en cuanto a aspectos que se definen como normales y neuróticos, y a continuación se mencionan:

- En la ansiedad normal la reacción ante una situación amenazante o de tensión, es proporcional al peligro o situación de una manera real y objetiva; y en la ansiedad neurótica esta reacción es desproporcionada.
- El individuo normal puede controlar de una manera madura y real los conflictos que se presentan.
- La ansiedad normal se presenta ante situaciones reales y objetivas de amenaza y tensión, en cambio la ansiedad neurótica se presenta ante cualquier situación.
- El índice de ansiedad será siempre mayor en el individuo neurótico que en el normal.
- El neurótico responde casi siempre a conflictos reprimidos y dará a las situaciones una interpretación simbólica de estos conflictos.
- El individuo normal sabe por qué está ansioso, el neurótico no lo sabe o le da una interpretación errónea a la causa de la ansiedad. (Fenichel, 1966).

Otra característica de la ansiedad normal es que puede manejarse constructivamente, no se muestra en forma de pánico u otras formas dramáticas, y puede conducir a la acción destinada a hacer desaparecer o reducir la amenaza.

Reacciones de ansiedad. Las reacciones de ansiedad son las más comunes de todos los trastornos psiconeuróticos. Este tipo de enfermedad está -- caracterizado por ansiedad difusa y tensión nerviosa que aparentemente no se origina en ninguna situación ni en algún objeto en particular. Generalmente el individuo sufre de un sentimiento moderado pero continuo de -- ansiedad y ocasionalmente experimenta "ataque", o sea períodos de intensa ansiedad, que oscilan entre unos cuantos segundos y una hora o más.

Estos períodos de intensa tensión son generalmente acompañados de palpitaciones, temblor de las manos, excesiva sudación y otros síntomas físicos.

Coleman (1964), ha hecho notar que "ciertas situaciones de tensión psicológica y de debilidad de la personalidad pueden intervenir en la precipitación de las reacciones de ansiedad". Cuatro de ellas son comunes: 1) las amenazas a las finalidades de la vida o a la situación actual, 2) la amenaza de la irrupción de deseos peligrosos, 3) el sentimiento de culpa y el temor al castigo, 4) la reactivación de experiencias traumáticas anteriores y 5) decisión que despierta ansiedad.

Por otra parte, la ansiedad con su aprensión obsesiva, puede surgir ante frustraciones o dilemas en alguno de los principales problemas de la vida. (Whittaker, 1970).

La ansiedad como reacción ante situaciones de desastre. En tiempos primitivos las reacciones de ansiedad tenían el objetivo en el hombre de --- sobrevivir, como cuando percibía algo amenazante para su vida, su química corporal se activaba para impulsarlo a defenderse o escapar.

Posteriormente cuando se fue teniendo más conocimiento de los fenómenos -- que eran inexplicables, se dice que se tuvo más control sobre algunos --- aspectos que causaban tensión y como dice Freud (1) la angustia frente a un peligro real está bajo la dependencia de las pulsiones de autoconser-- vación, y es la consecuencia de la interpretación de los signos de peli--

(1) Citado por Greenwell, 1976.

gro que amenazan la integridad física del individuo.

Toda señal de peligro induce a un estado de alerta que es una sensorial y tensión motriz que movilizan las capacidades de respuesta a ese peligro - para el combate o la fuga, según las circunstancias. Las reacciones ante el peligro son útiles y necesarias, pues preparan al sujeto a la réplica.

La ansiedad es una reacción generalizada ante el peligro; sus manifestaciones físicas y psicológicas actúan como defensa y tienen como objetivo movilizar los recursos del organismo para la pelea o la huida. Sin embargo esta reacción generalizada puede interferir con la capacidad del individuo para diferenciar y adaptarse, y su violencia puede paralizar y desorganizar, más bien que activar los recursos del sujeto.

Los estados de ansiedad generalmente impulsan al individuo hacia una solución del conflicto, ya sea en forma satisfactoria o insatisfactoria,--- (Bosselman, 1967).

Los conflictos han sido agrupados en: atracción-atracción, atracción-evitación, evitación-evitación y doble atracción-evitación. (Whittaker, 1970).

La condición biológica de desvalimiento de la criatura humana conduce a estados de intensa y dolorosa tensión. Los estados en que el organismo es inundado de cantidades de excitación que están más allá de su capacidad de control le llaman estados traumáticos. El dolor de los inevitables estados traumáticos más tempranos, aún indiferenciados, y que por ello no son todavía idénticos a los efectos ulteriores, definidos, constituye la raíz común de diferentes afectos, entre los cuales está también, desde -- luego, la angustia. Las sensaciones de esta "angustia primaria" pueden -- considerarse en parte como la forma en que es sentida la tensión y en --- parte como la percepción de descargas vegetativas involuntarias de emergencia. Freud sugirió que el acto de nacer podría considerarse como una experiencia en que queda establecido el síndrome de angustia primaria, la

cual es creada por estímulos externos e internos, aun controlados, y en la medida en que es experimentada como una sensación dolorosa consciente, es sentida pasivamente, como algo que le ocurre al yo y que se debe soportar.

Más tarde se producen experiencias comparables a la angustia primaria en personas a quienes toca soportar acontecimientos traumáticos. Resulta --- probable que la angustia traumática o pánico sea dinámicamente la misma cosa que la angustia primaria: la forma en que es sentida, pasiva y automáticamente, una insuficiencia de control, un estado de hallarse anegado por la excitación.

Con la imaginación anticipatoria, y el planeamiento de los actos adecuados subsiguientes, que de ello resulta, aparece por primera vez la idea de peligro. El yo que juzga declara que una situación que aún no es traumática puede transformarse en tal. Este juicio, evidentemente, pone en -- juego situaciones que son similares a las creadas por la situación traumática misma, pero mucho menos intensas. También esto es sentido por el yo en forma de angustia. Pero ¿Cuán diferente es este miedo comparado con pánico original? En lugar de un abrumado ataque de angustia, lo que se siente es un miedo más o menos moderado, que es utilizado como una señal o como medida de protección. Esta angustia es una anticipación de lo que podría suceder. Los componentes voluntarios de la angustia frente al peligro deben ser acreditados al yo que juzga; los componentes involuntarios, tales como la posibilidad de una parálisis, se deben al hecho de que el yo no produce la angustia sino que únicamente hace uso de ella; no tiene recurso mejor a su disposición.

En algunas ocasiones la expectación ante un peligro, en lugar de precipitar un temor voluntario que pudiera utilizarse para evitar el estado --- traumático, precipita un temor voluntario que pudiera utilizarse para --- evitar el estado traumático, precipita precisamente un estado traumático. El juicio del yo que se expresa como "¡peligro a la vista!" es seguido de

un pánico arrollador; el yo ha provocado algo que no puede controlar. El intento de "amasar" la ansiedad ha fracasado, y el salvaje pánico primitivo reaparece y arrolla al yo. Esto sucede cuando el organismo entero se halla en ese estado de tensión que podría describirse como una predisposición latente a la producción del pánico. (Otto Fenichel, 1966).

Whittaker (1970), dice que ante situaciones bélicas el individuo presenta en forma conjunta miedo, angustia y tonos afectivos, así como expresiones fisiológicas iguales, aunque la angustia en realidad se origina en amenazas internas, el individuo la atribuye a alguna fuente exterior real. En las neurosis de guerra se proyecta sobre una situación externa peligrosa, que también provoca miedo; así, el miedo y el sentimiento de aprensión e inseguridad (característico de la angustia) pueden tener la apariencia de que se han originado en un mismo factor. Durante la batalla, el miedo y otras poderosas fuerzas emocionales externas actúan sobre las amenazas y las tensiones internas, es decir, sobre las fuentes inconscientes de la angustia.

Cuando pensamos en un sujeto ante una catástrofe, se considera que vive una situación neurotizante (con una expresión sintomática de pánico); pero tenemos que tomar en cuenta que los seres humanos contamos con un límite de tolerancia a la ansiedad y cuando se llega a éste, algunos sujetos pueden reaccionar de modo primitivo intentando huir o de acuerdo al modo de ser del sujeto mantener una conducta aceptable a la realidad.

Henry Ey (1978), nos dice que los sujetos expuestos a grandes catástrofes (como combate, bombardeos, fallecimientos de personas allegadas, terremotos, etc.) algunos quedan paralizados por el miedo, inertes, bloqueados e inconscientes respecto al evento que están viviendo. Las percepciones están casi abolidas, el contacto social interrumpido; la expresión mímica es vacía, atontada.

Otros sujetos adoptan una actitud inversa, reaccionando con movimientos -

como gritos, sollozos, etc. En sujetos predispuestos nos dice el autor -- que se puede observar en ocasiones una crisis epileptiforme.

Y otra reacción puede ser que entre en un estado confusional típico, donde se encuentra desorientado, perdido en el tiempo y en el espacio.

En la pérdida por muerte, durante el proceso de aflicción, la intensidad de la pena produce alteraciones fisiológicas y psicológicas, las cuales - se manifiestan con el aislamiento personal, alejándose de los demás y con preocupación por la pérdida, se muestra apático, todo le parece fútil y - en ocasiones se siente deprimido, aparece insomnio, anorexia, inquietud, explosiones de irritabilidad e incluso ira contra otros o contra sí mismo.

El proceso de aflicción es un esfuerzo psicológico para mantener el objeto perdido, recordando experiencias e incorporando algunas cualidades - del ser perdido.

Por lo tanto, la angustia por la separación y el duelo son respuestas emocionales ante una pérdida y ambas tienen un curso de desarrollo y una resolución; en los adultos se observa con intensidad variable durante unas - seis semanas según la cercanía que existió en la relación, y en los sujetos sanos, va disminuyendo hasta que al cabo de unos seis meses alcanza su intensidad mínima y durante varios años pueden surgir de improviso breves periodos ocasionales de sufrimiento, precipitados por eventos o cosas que traen el recuerdo de la relación perdida. (Whittaker, 1970).

Para hablar de las neurosis de formas de reacción anómala a una vivencia, lógicamente se podría deducir que existen traumas afectivos terribles, en virtud de la potencia desmesurada de su impacto afectivo (como presenciar el asesinato de seres queridos, terremotos u otras calamidades, etc.), y que desvíasen la reacción psicológica en un sentido anormal. Pero Vallejo Nájera (1977) nos dice que la experiencia demuestra constantemente todo - lo contrario, ya que el ser humano cuenta con mecanismos psíquicos de ---

defensa, de compensación para poder soportar las calamidades habituales, y si está bien estructurado y psíquicamente maduro, soporta los golpes -- terribles que tarde o temprano acaecen en toda biografía. Agrega que esto se ve con claridad casi experimental en las calamidades colectivas como - accidentes ferroviarios, terremotos, etc., en los cuales el choque emo--- cional es recibido por un gran número de personas con pareja intensidad,- y del grupo sólo unas cuantas personas tienen una reacción vivencial ---- anormal (en forma de parálisis o crisis histéricas o de angustia que ya - seguirá su curso desde ese momento), mientras que las demás personas, quizá - tras un brevísimo episodio de estupor o de otra índole, recuperan la to- tal normalidad de su estado psíquico y emocional. Por lo tanto, la vivencia tiene un papel, pero no exclusivo, sin ella no habrían existido las - reacciones anormales que la siguieron, pero el que éstas se limiten a -- unas pocas personas demuestra que la vivencia no es el único factor etio- lógico (las personas que reaccionan anormalmente no son las que más han - sufrido en el episodio, por pérdida de seres queridos o de bienes mate--- riales, sino repartidas al azar en el grupo de damnificados). La función relativa del trauma afectivo desencadenante se muestra mejor aún por el - hecho de que muchas veces es imaginario.

La explicación de la función selectiva del trauma afectivo, que provoca - reacción anormal sólo en algunas personas y no en otras, hay que buscarla en factores personales, en una condición especial de la persona afectada; y caben tres tipos de posibilidades:

- Cuando la persona afectada es constitucionalmente anormal o insuficiente.
- Cuando la persona afectada es constitucionalmente normal, pero influen- cias del medio ambiente han debilitado su capacidad de adaptación y --- reacciona anormalmente al trauma. Y cuando,
- La persona es normal constitucionalmente, pero atraviesa una situación anómala, de tipo biológico.

Se hace la observación que en cada individuo se dan en alguna medida elementos pertenecientes a los tres grupos, los cuales encajan en uno u otro, según el factor preferente o de más intensa presentación.

c) Frustración.

La frustración se define como el bloqueo o la interferencia de la actividad dirigida a una meta, es el estado afectivo o motivacional que resulta de sentirse bloqueado, impedido o contrariado.

Es la reacción que se presenta siempre que el individuo se encuentra --- frente a un obstáculo difícil de vencer o que coarta la satisfacción de --- alguna necesidad vital.

La palabra frustración proviene de:

Frustra	= vano.
Frustrare	= frustrar, engañar.
Frustrario	= decepción, derrota.
Frustratus, frustrado	= engañado en su esperanza.

Dollard y Miller (1), en su libro Frustration and Agression, nos dicen -- que la frustración se presenta "cuando hay interferencia para la ocurrencia de una respuesta meta instigada en el momento propio de su ocurrencia en la secuencia conductual".

Freud (1) habla de frustración como consecuencia de un bloqueo de las --- fuerzas libidinales, dice que la frustración ejerce una influencia patológica provocando el estancamiento de la libido.

Hilgard, Atkinson y Atkinson (1) dicen que cuando a una persona se le --- presenta en su camino algún obstáculo el cual le impide, retrasa o interfiere el alcanzar una meta, se le llama frustración.

(1) Citados por Cuevas y Olivera, 1980.

Skinner (1), habla de la frustración en términos de un estado emocional que surge cuando se suspende un refuerzo habitual. Cuando se presenta por --- primera vez la respuesta es intensa, pero a medida que se repite la experiencia la respuesta decrece en intensidad.

English and English (2) nos dice que frustración es el bloqueo o la interferencia de la actividad dirigida a una meta. También se define como el - estado afectivo o motivacional que resulta de sentirse bloqueado, impedido o contrariado.

Para **Díaz Guerrero (1)** la frustración es la motivación de un organismo, - que a consecuencia del impulso desarrolla una secuencia instrumental misma que es impedida de consumarse provocando una conducta externa simbólica que son los mecanismos de defensa normales o psicopatológicos.

Crow (3), describe la experiencia individual de frustración: "cuando un - individuo está motivado para alcanzar un determinado objetivo o meta, y - en el curso de su acción está temporalmente bloqueado, experimenta una -- reacción emocional conocida como frustración".

Individuo - interferencia - meta inalcanzable - frustración.

Para **Cofer (3)**, frustración implica que no se ha llevado a su conclusión una línea de acción, o que no se ha alcanzado un estado final de algún -- tipo, o que no se ha logrado una solución esperada.

Reese y Lipsitt (3) dicen que es la no confirmación de una expectativa de recompensa.

Para **Whittaker (1970)**, cuando se presentan obstáculos ante determinados -- objetivos no logrando la satisfacción de un motivo se le llama frustra--- ción; el estado interno de trastorno emocional que acompaña estos sucesos

(1) Citado por Cuevas y Olivera, 1980.

(2) Citado por Bosque Lastra, 1966.

(3) Citado por Vega Tato, 1979.

es denominado "presión psicológica", "tensión" o "ansiedad".

La frustración se ha visto que se presenta cuando una conducta dirigida - hacia una meta es bloqueada. Los orígenes de la frustración pueden encontrarse ya sea en el medio ambiente (fuente externa de frustración) presentándose en forma de barreras u obstrucciones; o dentro del organismo - en la forma de deficiencias (fuente interna de frustración), pero independientemente del origen, cualquier cosa que obstaculiza la satisfacción de alguna necesidad, crea la frustración y conduce a una tensión y carga interna importantes.

Las fuentes externas de frustración comienzan casi después de que nacemos, como cualquier evento exterior que impida que se lleve a cabo lo que -- deseamos.

Las fuentes internas de frustración que evitan la satisfacción de ciertos motivos como ejemplo las deficiencias físicas.

Rosenzweig (1) nos indica que existen dos tipos de frustración:

- a) **Primaria o privación**, que es la insatisfacción subjetiva que se debe a la ausencia de una situación final para calmar una necesidad.
- b) **Secundaria**, se caracteriza por la presencia de obstáculos en la vía -- que conduce a la satisfacción de la necesidad. Los obstáculos pueden ser activos o pasivos: pasivo, cuando es insensible y no se percibe como amenazador; activo, cuando es un peligro para lograr una finalidad. Los obstáculos se clasifican de la siguiente manera:

- 1.- **Pasivos-externos**: objetos no amenazantes que se encuentran entre - el sujeto y su meta.

(1) Citado por Vega Tato, 1979.

- 2.- Activo-externo: En este caso el obstáculo puede ser dañino.
- 3.- Pasivo-interno: se refiere a la impotencia del sujeto para llegar a su meta.
- 4.- Activo-interno: dos tendencias opuestas cuya intensidad puede ser igual a la presente en los conflictos.

La frustración anticipatoria produce una evitación de la meta que va llevando a la extinción, pero el reforzamiento parcial proporciona una cierta tolerancia a la frustración, por lo que la respuesta sigue presentándose. Bower (1). La tolerancia a la frustración se refiere al grado y duración de la tensión que un sujeto puede tolerar sin sufrir seria desorganización de la personalidad.

Para Rosenzweig (1) la tolerancia a la frustración "es la aptitud de un individuo para soportar la frustración sin pérdida de su adaptación psicobiológica, es decir, sin recurrir a tipos de respuesta inadecuados, y son dos los factores que intervienen:

- 1.- Somáticos: los cuales son constitucionales, hereditarios y corresponden a variaciones endocrinas y nerviosas o adquiridas como la fatiga, enfermedades, etc.
- 2.- Psicológicos: las primeras frustraciones en la infancia determinan el desarrollo ulterior de la tolerancia a la frustración.

Estudios con personas que sufrieron "fatiga de combate" en la Segunda Guerra Mundial, demuestran que los factores como inmadurez emocional, el sacrificio de la libertad personal, la pérdida de apoyo emocional durante la muerte de un amigo íntimo, e incluso las condiciones de la salud general, dan como resultado un abatimiento de la resistencia del individuo a -

(1) Citados por Vega Tato, 1979.

la tensión. Coleman (1).

Los factores relacionados con la intensidad con que se experimenta la frustración son:

- 1) La fuerza del impulso. En general, mientras más fuerte sea el impulso o motivo, más intensa será la frustración cuando la satisfacción del impulso es evitado.
- 2) Tipo de barrera. La frustración será menos intensa si la barrera que impide la satisfacción de los impulsos se puede vencer fácilmente; -- más sin embargo cuando nos enfrentamos a alguna barrera la cual no -- podemos vencer, la tensión resultante es más intensa. Además, si la -- barrera o la obstrucción parecen arbitrarias y sin razón, probable--- mente experimentemos una frustración más intensa.
- 3) Disponibilidad de substitutivos. Cuando se cuenta con finalidades -- substitutivas de igual atractivo o casi igual, se experimenta menos -- frustración cuando no se logra alcanzar una finalidad específica.
- 4) Experiencia privada. La frustración será más intensa cuando se acu--- mulan sucesos de la misma índole productores de frustración.
- 5) Estabilidad personal. En general las personas con antecedentes de -- inestabilidad emocional reaccionan con mayor intensidad a cualquier -- situación frustrante que aquellos individuos emocionalmente estables.
- 6) Participación del ego. La frustración probablemente ofrezca amenazas directas al concepto que tenemos de nosotros mismos si son intensa--- mente sentidas. Por otra parte, cuando fracasamos en algo en lo que -- no esperamos hacerlo bien, el incidente es considerablemente menos -- perturbador.

(1) Citado por Whittaker, 1970.

- 7) Distancia del objetivo. Mientras más cercanos estamos por alcanzar - un objetivo, mayor es la frustración si nos vemos impedidos de lograrlo. (Whittaker, 1970).

Cada uno de los muchos modos de reaccionar ante la frustración pueden ser clasificados como:

- I. "Reacciones orientadas hacia las tareas", o como
- II. "Reacciones de mecanismo de defensa".

Las "reacciones orientadas hacia las tareas", comprenden un modo de ajuste que representa medios relativamente directos de tratar con el problema; - constituyen intentos para modificar, cambiar o suprimir la situación de - frustración.

Existen tres tipos generales de reacciones orientadas hacia la tarea, como son:

- 1) El ataque y la agresión: En la cual la conducta agresiva va dirigida a modificar la situación de frustración, pero como ya sabemos, la --- agresión destructiva es fuertemente condenada en nuestra sociedad, la cual puede dar como resultado un castigo y una frustración ulterior, mas no siempre la agresión es destructiva. Rosenzweig se refiere a la agresión como el manejo personal de ésta ante la frustración, en el sentido de que algunas personas tienden a acusarse a si mismas por la experiencia frustratoria (intrapunitividad). Algunas personas son tan ecuanímes con respecto a la frustración que no acusan a nadie (impunitivas). Pero otras buscan de manera frecuente agentes externos para hecharles la culpa o lanzarles su agresión (extrapunitividad).

La frustración puede conducir a aumentar un esfuerzo constructivo dirigido a vencer la situación y dirigirla a vencer una conducta destructiva -- para atacar el origen de la frustración.

- 2) La huida y la retirada: Que se presentan con frecuencia cuando la -- conducta agresiva no es posible o no ha producido la eliminación de -- la situación frustrante.
- 3) Compromiso y substitución: Las cuales se emplean cuando las situa--- ciones de frustración no pueden ser vencidas mediante el ataque de -- agresión ni por la huida ni la retirada.

Las "reacciones de mecanismos de defensa". Las reacciones a la frustra--- ción, no siempre son orientadas hacia la realidad y dirigidas directamen--- te a la supresión de la fuente de la frustración. Algunas veces comprende distorsiones de la realidad que están destinadas no a resolver el pro--- blema, sino simplemente a protegernos contra la ansiedad. Reacciones no - adaptativas de esta especie reciben con frecuencia el nombre de "mecanis--- mos de defensa", y a pesar de que existen diferencias individuales en lo que se refiere al grado en que se emplean estos mecanismos, se observan - en la conducta de todos los seres humanos.

El empleo de los mecanismos de defensa, siempre se presentan de una mane--- ra inconsciente. Para servir como protección en contra de la ansiedad, -- los mecanismos de defensa siempre son empleados sin intervención de la -- conciencia.

Existen otras reacciones a la frustración que pueden producir apatía, --- fantasía, fijación o estereotipia.

Las reacciones a la frustración pueden ser orientadas hacia una tarea, o defensivas del ego. Las reacciones orientadas hacia determinada tarea --- comprenden los intentos de modificar, cambiar o suprimir la situación de frustración. Los mecanismos de defensa van dirigidos contra la ansiedad, pero no directamente orientados para alterar o suprimir la situación de - frustración. (Whittaker, 1970).

La frustración ante situaciones de crisis: Cuando el individuo se enfrenta a una gran amenaza para su vida, con frecuencia aparece un trastorno definido de la personalidad, ya sea como consecuencia del stress que en la vida civil producen las catástrofes como pueden ser accidentes, inundaciones, huracanes, temblores, etc., o del stress que implica la lucha y el combate de guerra. A esta afección se le describe primero en la literatura alemana como neurosis de espanto, y en la inglesa como neurosis traumática, y se puede presentar en forma de un trastorno aislado o como una complicación de trastornos existentes anteriormente en la personalidad del sujeto.

Las situaciones de stress donde existen amenazas a la vida, o que inducen fantasías de aniquilación, no necesariamente conducen a los síndromes neuróticos de stress que desorganizan el yo. Bajo algunas condiciones las situaciones que provocan stress hacen que crezca la personalidad y se aumente el potencial yoico para el control emocional. Janis (1), al realizar estudios de las reacciones inmediatas ante el stress agudo de distintos tipos, observa que existe una mirada fija y obsesiva como respuesta inicial ante la calamidad, la cual también se observa en las personas que se encuentran en torno a una escena de desastre. Tanto las víctimas como los observadores se encuentran preocupados por pensamientos y fantasías de lo que podría haberles pasado durante el desastre, o de lo que podría pasar en el futuro.

Cuando el evento que produce stress es tan repentino que elimina el potencial para preocuparse; cuando se obtiene una advertencia previa adecuada acerca del desastre o del stress; cuando al individuo se le da una tranquilización falsa o cuando se le suprime la angustia anticipatoria por medio de las defensas de negación, optimismo excesivo o evitamiento de las advertencias, la reacción subsecuente producida por el stress será mucho más profunda que en los individuos que se preparan gracias al miedo anticipatorio. (Kolb, 1973).

(1) Citado por Kolb, 1973.

Symonds (1), dice que de la cuna a la tumba la gente experimenta repetidas frustraciones, pero su naturaleza y forma varían de una etapa de la vida a otra. No escapamos de la frustración al crecer, simplemente se --- crece dentro de nuevas y diferentes condiciones frustratorias como puede ser ante la pérdida de afecto y soporte, ante separación por muerte, enfermedades, divorcio, las cuales tienen un profundo efecto sobre el desarrollo de la personalidad.

Dice **Berkowitz** (1), que si pudiéramos observar un bombardeo atómico como psicólogos, diríamos que ese acto constituye una condición decididamente frustrante para los sobrevivientes. De acuerdo con las investigaciones -- realizadas en los bombardeos de Hiroshima y Nagasaki, la reacción domi--- nante entre los sobrevivientes inmediatamente después del ataque fue una reacción de miedo más que de odio hacia los Estados Unidos. Es evidente - que estos sobrevivientes habíansufrido interferencias en sus motivaciones y necesidades, es decir, sufrieron frustraciones extremadamente radicales. Pero en lugar de responder con extrema hostilidad como cabría esperar, -- según hipótesis de **Dollar y Miller** hacia los directamente responsables de ese fenómeno, la mayoría manifestó fuertes evidencias de ansiedad y de--- presión. Esta situación prevaleció durante muchos días después del bom--- bardeo de las dos ciudades. **Janis** (1), estudió las reacciones de la po--- blación civil de Inglaterra y Alemania en los momentos de severos ataques aéreos durante la Segunda Guerra Mundial, y encontró la predominación del miedo sobre la hostilidad también. Difícilmente podría atribuirse este -- fenómeno a la acción de patrones culturales.

La relación entre la frustración y la agresión no puede ser cabalmente -- entendida sin conocer las condiciones que determinan que la reacción do--- minante ante determinadas condiciones frustrantes sea el miedo más bien - que la hostilidad.

(1) Citado por Gago, 1965.

M E T O D O

Se realizó una investigación de campo *ex post facto*, ya que se llevó a cabo en una situación natural y no se tuvo control directo sobre las variables independientes, dado que los eventos ya habían ocurrido y se inserta dentro del modelo epidemiológico, cuyo objetivo principal es obtener la prevalencia de los aspectos de depresión, ansiedad y frustración de nuestra población en una situación dada.

Se clasificaron los diferentes niveles de daño ocasionados por el terremoto tomando como referencia la realizada por Sánchez Sosa (1985). A continuación mencionamos estos criterios condensados en cuatro niveles:

Nivel I: Personas que sufrieron daños en su vivienda (parcial o total) y/o pérdida de algún familiar cercano (padre, madre, hermanos, esposa, -- hijos).

Nivel II: Personas que no sufrieron daños en su vivienda o pérdida de -- algún familiar cercano, pero sí de algún pariente o amigo y/o daños en su centro de trabajo (parcial o total).

Nivel III: Personas que no sufrieron ningún daño material (vivienda o -- trabajo), ni pérdida de familiares o amigos, pero de alguna manera participaron en labores de ayuda o rescate.

Nivel IV: Personas que no sufrieron pérdidas de ninguna especie ni participaron en labores de ayuda y sólo tuvieron consecuencias indirectas -- como irregularidades en clases o en servicios (agua, luz, transporte, teléfono, etc.).

Se hicieron diferentes comparaciones entre las reacciones psicológicas -- medidas (depresión, ansiedad y frustración), con los diferentes niveles -- de daño sufrido por los terremotos en septiembre de 1985 en la ciudad de México.

Nota: Cuando mencionemos niveles de daño nos estaremos refiriendo a los niveles antes descritos que fueron ocasionados por los sismos ocurridos los días 19 y 20 de septiembre de 1985, en la ciudad de México.

- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Prevalcen las reacciones psicológicas de depresión, ansiedad y frustración en los diferentes niveles de daño ocasionados por los terremotos de septiembre de 1985 en los alumnos de una secundaria para trabajadores --- ubicada en zona de desastre? y ¿cuál es la relación que existe entre ---- estos aspectos, a un año de ocurrido el evento?.

- PREGUNTAS DE INVESTIGACION.

- . ¿Se presentan aún la depresión, ansiedad y frustración en relación -- a los diferentes niveles de daño a un año de ocurridos los terremotos de septiembre de 1985 en la ciudad de México en una población ubicada en zona de desastre?
- . ¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre la depresión, ansiedad y frustración y los diferentes niveles de daño?
- . ¿Qué grado de relación existe entre la reacción de depresión al compararla con los cuatro niveles de daño?
- . ¿Qué grado de relación existe entre la ansiedad en los sujetos y los diferentes niveles de daño?
- . ¿Qué relación existe entre las reacciones de frustración al compararla con los distintos niveles de daño?

- HIPOTESIS DEL TRABAJO.

H1: Se presentarán reacciones de depresión, ansiedad y frustración a un año de ocurridos los terremotos en la ciudad de México en los diferentes niveles de daño.

- H_1 : Se presentan diferencias estadísticamente significativas entre la ansiedad, depresión y frustración en los cuatro diferentes niveles de daño.
- H_0 : No se presentan diferencias estadísticamente significativas entre la ansiedad, depresión y frustración en los cuatro diferentes niveles de daño.
- $H_{1.1}$: Existen diferencias estadísticamente significativas de la ansiedad según los diferentes niveles de daño.
- $H_{1.2}$: Existen diferencias estadísticamente significativas de la depresión según los diferentes niveles de daño.
- $H_{1.3}$: Existen diferencias estadísticamente significativas de la frustración según los diferentes niveles de daño.

- VARIABLE INDEPENDIENTE.

Efectos del sismo en relación a niveles de daño.

- VARIABLE DEPENDIENTE.

Reacciones de depresión, ansiedad y frustración obtenidos a través de la respuesta a los instrumentos empleados: Idare, Zung y Rosenzweig.

- VARIABLES EXTRAÑAS.

- . Un año de transcurrido el evento.
- . Ayuda psicológica que pudieron haber recibido los sujetos.
- . Ayuda proporcionada por el gobierno u otras instituciones.
- . Experiencias previas de algún desastre.
- . El manejo escolar que se le dió al desastre.

- ESCENARIO.

Escuela Secundaria para Trabajadores número 85, ubicada en Almacenes número 92, Unidad Tlatelolco, turno nocturno.

Esta secundaria tenía una población total de 98 alumnos regulares en el momento de realizar la investigación, de los cuales 63 eran hombres y 35 mujeres; 25 en primer grado, 34 en segundo y 39 en tercero.

- SUJETOS.

Se utilizó un muestreo determinístico con los alumnos de segundo y tercer grado (73 en total) bajo los siguientes criterios:

Criterio de inclusión. Alumnos que hayan estado inscritos en el ciclo escolar 85-86 y que se hayan vuelto a inscribir en el ciclo 86-87 en la misma secundaria, estando en período de clases al momento de ocurrir los sismos, y cumplieron con este criterio 62 alumnos.

Criterio de exclusión. Los alumnos que no terminaron de contestar íntegramente todas las pruebas por falta de tiempo (8 alumnos).

Nuestra muestra quedó integrada por 54 alumnos de los cuales:

- . 25 cursaban el segundo grado de secundaria y 29 el tercero.
- . 40 del sexo masculino y 14 del sexo femenino.
- . 24 estudiaban y trabajaban al mismo tiempo y 30 sólo estudiaban.
- . Sus edades fluctuaban entre 15 y 28 años, y
- . 50 eran solteros y 4 vivían en unión libre.

- DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS. Se utilizaron los siguientes instrumentos de medición:

- 1) Escala de Autoestimación de la Depresión de Zung.

- II) Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado IDARE.
- III) Test de Frustración de Rosenzweig.
- IV) Cuestionario de datos generales. (VER ANEXOS).

- PROCEDIMIENTO.

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en una sola sesión el día 11 de septiembre de 1986 (unos días antes de cumplirse un año de ocurrido el desastre) en el salón correspondiente a cada grupo y dentro del horario de clases, respetando las instrucciones de cada una de las pruebas y en forma colectiva. El orden de aplicación de las pruebas fue:

- 1) Escala de Autoestimación de la Depresión de Zung.
- 2) Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado IDARE.
- 3) Test de frustración de Rosenzweig.
- 4) Cuestionario.

Consideramos adecuado aplicar el cuestionario al final ya que las preguntas en él contenidas acerca de los sismos pueden interferir en los resultados de las otras pruebas y por lo tanto convertirse en una variable más.

Del cuestionario se obtuvo la información necesaria para clasificar a los sujetos dentro de uno de los cuatro niveles de daño, así como datos generales como apoyo de los resultados de las otras pruebas.

Las pruebas psicológicas se calificaron en sus propios protocolos y de acuerdo a los criterios establecidos para cada una de ellas.

Una vez agrupados los sujetos por niveles se procedió a establecer comparaciones entre las reacciones psicológicas obtenidas en cada grupo.

- TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.

Dado que nuestro objetivo en el presente estudio es observar si existen -

diferencias de rasgos psicológicos entre los diferentes niveles de daño y tomando en cuenta que tanto la dispersión de nuestra población entre estos niveles como los puntajes obtenidos en las pruebas psicológicas no son homogéneos, se seleccionó el siguiente tratamiento estadístico:

1.- Análisis de variancia. Nos permite saber si existen diferencias entre dos o más variables de interés. En este caso nos permitió saber si existieron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de daño.

2.- Correlación de Pearson para los niveles I, III y IV y correlación de Spearman para el nivel II, ya que la población manejada en este nivel fue pequeña.

Las correlaciones nos indican la posible relación entre dos variables. Se trató de encontrar si existía alguna relación estadísticamente significativa entre los diferentes aspectos psicológicos.

3.- Ji cuadrada (χ^2). Nos dice si existe dependencia o no entre dos factores o variables. Nos permitió saber si había dependencia entre los puntajes obtenidos y los niveles de daño.

Para hacer posible el tratamiento estadístico fue necesario trabajar con los puntajes crudos de las pruebas psicológicas ya que cada uno de estos son calificados e interpretados de manera diferente.

En la prueba del IDARE se trabajó por separado con las dos dimensiones de la ansiedad: ansiedad-rasgo (A-R) y ansiedad-estado (A-E).

En la escala de la automedición de la depresión sólo se obtiene un puntaje y con éste se trabajó.

Y en cuanto al test de frustración de Rosenzweig se manejaron seis aspec-

tos diferentes: tres en cuanto a las dirección de la agresión:

- Extrapunitiva (E).
- Intrapunitiva (I).
- Impunitiva (M).

Y tres en cuanto al tipo de respuesta:

- Obstáculo dominante (O-D).
- Ego-defensa (E-D).
- Necesidad de persistencia (N-P).

En total se trabajó con nueve factores y cuatro niveles de daño.

RESULTADOS.

Con base en los datos obtenidos en el cuestionario, se realizó la distribución de los sujetos dentro de los cuatro niveles de daño, como se demuestra en la tabla 1.

NIVELES DE DAÑO	SUJETOS	%
I	16	30
II	5	9
III	18	33
IV	15	28
TOTAL	54	100

Tabla 1. Distribución de la población por niveles de daño.

Se aplicó el análisis de variancia para cada uno de los nueve factores psicológicos considerando los cuatro niveles de daño.

Los resultados del análisis de variancia se presentan en la siguiente tabla, bajo la regla de decisión:

Si $F_c \geq F_o \rightarrow H_0$ se rechaza.

Ho: I = II = III = IV

HI: I ≠ II ≠ III ≠ IV

FACTORES PSICOLÓGICOS	Fc	Fo (3,50,.05)	Ho
Ans. Edo. (A-E)	0.91	2.79	Se acepta
Ans. Rasgo (A-R)	1.16	2.79	Se acepta
Depresión (D)	1.13	2.79	Se acepta
Extrapunitiva (E)	2.08	2.79	Se acepta
Intrapunitiva (I)	1.56	2.79	Se acepta
Impunitiva (M)	0.58	2.79	Se acepta
Domin.del obst. (O-D)	0.58	2.79	Se acepta
Ego defensa (E-D)	0.65	2.79	Se acepta
Nec. de Persist. (N-P)	0.71	2.79	Se acepta

Tabla 2. Resultado del análisis de variancia en los nueve factores psicológicos.

Esta tabla nos muestra que los resultados de F calculada (Fc) son menores que los de la F observada (Fo), lo cual nos indica que se acepta la hipótesis nula que nos dice que los niveles de daño I, II, III y IV son iguales.

Debido a que no se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los cuatro niveles de daño se hizo un análisis de variancia con otros aspectos como son: sexo, edad y ocupación, donde únicamente se encontró que hubo diferencia estadísticamente significativa entre los hombres y las mujeres en cuanto a la depresión.

Los resultados se muestran en las tablas 3, 4 y 5 bajo la misma regla de decisión:

Si $F_c \geq F_o \rightarrow H_o$ se rechaza.

Ho : Femenino = Masculino.
 Hi : Femenino \neq Masculino.

FACTORES PSICOLÓGICOS	Fc	Fo (1,51,.05)	Ho
Ansiedad estado	0.49	4.03	Se acepta
Ansiedad rasgo	2.78	4.03	Se acepta
Depresión	6.62	4.03	Se rechaza
Extrapunitiva	3.53	4.03	Se acepta
Intrapunitiva	3.22	4.03	Se acepta
Impunitiva	0.49	4.03	Se acepta
Dominancia del obst.	0.08	4.03	Se acepta
Ego defensa	0.91	4.03	Se acepta
Necesidad de persist.	0.86	4.03	Se acepta

Tabla 3. Resultados de Análisis de Variancia en los nueve factores psicológicos, por sexo.

Ho : 15-20 años = 21-28 años
 Hi : 15-20 años \neq 21-28 años

FACTORES PSICOLÓGICOS	Fc	Fo (1,51,.05)	Ho
Ansiedad estado	2.73	4.03	Se acepta
Ansiedad rasgo	0.78	4.03	Se acepta
Depresión	1.43	4.03	Se acepta
Extrapunitiva	0.97	4.03	Se acepta
Intrapunitiva	0.72	4.03	Se acepta
Impunitiva	0.04	4.03	Se acepta
Dominancia del obst	1.87	4.03	Se acepta
Ego defensa	0.65	4.03	Se acepta
Necesidad de persist.	0.48	4.03	Se acepta

Tabla 4. Resultados de Análisis de Variancia en los nueve factores psicológicos, por edades.

Ho : Alumnos que trabajan = no trabajan

H1 : Alumnos que trabajan \neq no trabajan

FACTORES PSICOLÓGICOS	Fc	Fo (1,52,.05)	Ho
Ansiedad estado	1.58	4.03	Se acepta
Ansiedad rasgo	2.33	4.03	Se acepta
Depresión	0.86	4.03	Se acepta
Extrapunitiva	0.03	4.03	Se acepta
Intrapunitiva	0.21	4.03	Se acepta
Impunitiva	0.34	4.03	Se acepta
Dominancia del obst.	0.08	4.03	Se acepta
Ego defensa	3.35	4.03	Se acepta
Necesidad persist.	0.98	4.03	Se acepta

Tabla 5. Resultados de Análisis de Variancia en los nueve factores psicológicos por ocupacion.

En vista de que por medio del Análisis de Variancia no obtuvimos ningún dato significativo que nos fuera útil para corroborar nuestras hipótesis, se hicieron correlaciones entre los factores psicológicos que consideramos -- que su relación entre sí fuera más relevante para nuestro estudio, en cada uno de los cuatro niveles de daño.

Los resultados de estas correlaciones se presentan en las tablas 6, 7, 8 y 9.

FACTORES PSICOLÓGICOS	r
Ansiedad estado - Depresión	0.40
Ansiedad estado - Extrapunitiva	0.03
Ansiedad estado - Intrapunitiva	-0.13
Ansiedad estado - Impunitiva	-0.12
Ansiedad estado - Dominio obstáculo	-0.33
Ansiedad estado - Ego defensa	0.01
Ansiedad estado - Necesidad persist.	-0.22
Depresión - Extrapunitiva	0.12
Depresión - Intrapunitiva	-0.25
Depresión - Impunitiva	0.07
Depresión - Dominio obstáculo	0.09
Depresión - Ego defensa	0.18
Depresión - Necesidad persist.	-0.27

Tabla 6. Resultados de Correlación de Pearson, en el nivel I.

En esta tabla se puede observar que en los resultados obtenidos no se --- presenta ninguna correlación estadísticamente significativa en el nivel - de daño I.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

FACTORES PSICOLOGICOS	r
Ansiedad estado - Extrapunitiva	0.37
Ansiedad estado - Intrapunitiva	-0.1
Ansiedad estado - Impunitiva	0.32
Ansiedad estado - Dominio obstáculo	-0.3
Ansiedad estado - Ego defensa	-0.1
Ansiedad estado - Necesidad persist.	0.22
Depresión - Extrapunitiva	0.67
Depresión - Intrapunitiva	-0.3
Depresión - Impunitiva	0.08
Depresión - Dominio obstáculo	-0.1
Depresión - Ego defensa	-0.3
Depresión - Necesidad persist.	0.52

Tabla 7. Resultados de Correlación de Spearman en el Nivel II.

En los resultados que se muestran en esta tabla sólo encontramos que se presentan dos correlaciones moderadas, sin que éstas sean lo suficientemente significativas para nuestro estudio.

FACTORES PSICOLOGICOS	r
Ansiedad estado - Depresión	0.38
Ansiedad estado - Extrapunitiva	0.22
Ansiedad estado - Intrapunitiva	-0.26
Ansiedad estado - Impunitiva	-0.40
Ansiedad estado - Dominio obstáculo	-0.12
Ansiedad estado - Ego defensa	-0.08
Ansiedad estado - Necesidad persist.	-0.17
Depresión - Extrapunitiva	-0.06
Depresión - Intrapunitiva	-0.06
Depresión - Impunitiva	-0.01
Depresión - Dominio obstáculo	-0.03
Depresión - Ego defensa	0.19
Depresión - Necesidad persist.	-0.15

Tabla 8. Resultados de Correlación de Pearson, en el Nivel III.

En esta tabla se puede observar que no se presenta ninguna correlación -- estadísticamente significativa en el nivel de daño III.

FACTORES PSICOLOGICOS	r
Ansiedad estado - Depresión	-0.04
Ansiedad Estado - Extrapunitiva	0.29
Ansiedad estado - Intrapunitiva	-0.59
Ansiedad estado - Impunitiva	0.59
Ansiedad estado - Dominio obstáculo	0.54
Ansiedad estado - Ego defensa	0.20
Ansiedad Estado - Necesidad persist.	-0.49
Depresión - Extrapunitiva	-0.42
Depresión - Intrapunitiva	0.48
Depresión - Impunitiva	-0.23
Depresión - Dominio obstáculo	-0.05
Depresión - Ego defensa	-0.38
Depresión - Necesidad persist.	0.32

Tabla 9. Resultados de correlación de Pearson, en el Nivel IV.

Los resultados presentados en esta tabla nos indican que existe una correlación moderada entre ansiedad-estado y los factores de impunitividad y dominancia del obstáculo, considerando que pudieron haberse presentado por factores situacionales en el momento de la aplicación de las pruebas.

También se aplicó la prueba de Ji cuadrada (χ^2) en los nueve factores psicológicos estableciendo todas las posibles comparaciones entre los diferentes niveles de daño. Los resultados se muestran en las tablas 10, 11, 12, 13, 14 y 15, bajo la siguiente regla de decisión:

$$\text{Si } \chi^2_c > \chi^2_o \rightarrow H_0 \text{ se rechaza.}$$

Ho : Puntajes de I y II son independientes.
 Hi : Puntajes de I y II son dependientes.

FACTORES PSICOLOGICOS	χ^2_c	χ^2_o	Ho
Ansiedad estado	4.38	5.99	Se acepta
Ansiedad rasgo	2.71	5.99	Se acepta
Depresión	5.07	5.99	Se acepta
Extrapunitiva	1.39	3.84	Se acepta
Intrapunitiva	3.67	3.84	Se acepta
Impunitiva	0.38	3.84	Se acepta
Dominancia del obst.	0.12	3.84	Se acepta
Ego defensa	0.13	3.84	Se acepta
Necesidad de persist.	0.38	3.84	Se acepta

Tabla 10. Resultados de χ^2 en los nueve factores psicológicos comparando los niveles I y II.

Ho : Puntajes de I y III son independientes.
 Hi : Puntajes de I y III son dependientes.

FACTORES PSICOLOGICOS	χ^2_c	χ^2_o	Ho
Ansiedad estado	2.93	5.99	Se acepta
Ansiedad rasgo	1.56	5.99	Se acepta
Depresión	0.51	5.99	Se acepta
Extrapunitiva	1.58	3.84	Se acepta
Intrapunitiva	2.0	3.84	Se acepta
Impunitiva	0.06	3.84	Se acepta
Dominancia del obst.	2.0	3.84	Se acepta
Ego defensa	1.76	3.84	Se acepta
Necesidad persistencia	0.11	3.84	Se acepta

Tabla 11. Resultados de χ^2 en los nueve factores psicológicos comparando los niveles I y III.

H₀ : Puntajes de I y IV son independientes.

H₁ : Puntajes de I y IV son dependientes.

FACTORES PSICOLÓGICOS	χ^2_c	χ^2_o	H ₀
Ansiedad estado	4.98	5.99	Se acepta
Ansiedad rasgo	0.01	5.99	Se acepta
Depresión	4.01	5.99	Se acepta
Extrapunitiva	2.6	3.84	Se acepta
Intrapunitiva	2.56	3.84	Se acepta
Impunitiva	0.26	3.84	Se acepta
Dominancia del obst.	0.49	3.84	Se acepta
Ego defensa	0.87	3.84	Se acepta
Necesidad persistencia	5.47	3.84	Se rechaza

Tabla 12. Resultados de χ^2 en los nueve factores comparando los niveles I y IV.

H₀ : Puntajes de II y III son independientes.

H₁ : Puntajes de II y III son dependientes.

FACTORES PSICOLÓGICOS	χ^2_c	χ^2_o	H ₀
Ansiedad estado	0.25	5.99	Se acepta
Ansiedad rasgo	0.63	5.99	Se acepta
Depresión	4.62	5.99	Se acepta
Extrapunitiva	1.42	3.84	Se acepta
Intrapunitiva	2.62	3.84	Se acepta
Impunitiva	0.68	3.84	Se acepta
Dominancia del obst.	0.03	3.84	Se acepta
Ego defensa	0.26	3.84	Se acepta
Necesidad de persist.	0.35	3.84	Se acepta

Tabla 13. Resultados de χ^2 en los nueve factores comparando los niveles II y III.

Ho : Puntajes de II y IV son independientes.

Hi : Puntajes de II y IV son dependientes.

FACTORES PSICOLOGICOS	χ^2_c	χ^2_o	Ho
Ansiedad estado	0.49	5.99	Se acepta
Ansiedad rasgo	1.86	5.99	Se acepta
Depresión	3.15	5.99	Se acepta
Extrapunitiva	0.26	3.84	Se acepta
Intrapunitiva	1.1	3.84	Se acepta
Impunitiva	0.05	3.84	Se acepta
Dominancia del obst.	0.8	3.84	Se acepta
Ego defensa	0.26	3.84	Se acepta
Necesidad de persist.	0.72	3.84	Se acepta

Tabla 14. Resultados de χ^2 en los nueve factores comparando los niveles II y IV.

H₀ : Puntajes de III y IV son independientes.

H₁ : Puntajes de III y IV son dependientes.

FACTORES PSICOLÓGICOS	χ^2_c	χ^2_0	H ₀
Ansiedad estado	2.80	5.99	Se acepta
Ansiedad rasgo	1.56	5.99	Se acepta
Depresión	1.85	5.99	Se acepta
Extrapunitiva	0.03	3.84	Se acepta
Intrapunitiva	1.44	3.84	Se acepta
Impunitiva	1.44	3.84	Se acepta
Dominancia del obst.	4.31	3.84	Se rechaza
Ego defensa	0.09	3.84	Se acepta
Necesidad de persist.	0.68	3.84	Se acepta

Tabla 15. Resultados de χ^2 en los nueve factores comparando los niveles III y IV.

En los resultados obtenidos de χ^2 se puede generalizar que los puntajes -- de los diferentes factores psicológicos, son independientes a los niveles de daño, en otras palabras, el hecho de pertenecer a un nivel o a otro, no influye para que los puntajes sean mayores o menores. Los únicos factores en los que se encontró dependencia de los puntajes con los niveles fueron: Necesidad de persistencia, en los niveles I y IV, y Dominancia del obstáculo en los niveles III y IV, pero consideramos que éstos no son suficientes para que puedan alterar la generalidad de los resultados de este análisis.

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

En vista de que a raíz de los sismos de 1985 en la ciudad de México, no encontramos en nuestra muestra, en contra de nuestras expectativas, datos significativos que nos indiquen que aún después de un año persistía depresión, ansiedad o frustración como consecuencia de este evento traumático, en ninguno de los niveles de daño, consideraremos varios puntos de vista.

En primer lugar, creemos que el aspecto más importante por el cual no se comprobaron nuestras hipótesis, es el tiempo transcurrido entre la ocurrencia del evento y la realización de la presente investigación, o más específicamente, la aplicación de las pruebas psicológicas utilizadas.

Ahearn y Rizo (1979), encontraron que aún en el cuarto trimestre después de un desastre, aún persistían conductas neuróticas, a diferencia de lo que nos revelaron nuestros resultados.

Pudiera ser que en nuestra población, un año haya sido suficiente para -- que se elaborara o empezara a elaborar el evento tanto a nivel individual como a nivel social, y a la vez toda la información que se dió tanto por los medios de información (periódicos, revistas, t.v., radio, etc.), como a nivel institucional, pudo ocasionar que los sujetos adquirieran un cierto grado de preparación en cuanto a este tipo de desastres, y todo esto les ayudara para superar el trauma en un tiempo más corto.

De acuerdo con lo que menciona Fenichel (1966) en cuanto a que los factores constitucionales y la experiencia previa es lo que determina el grado de afectación de un trauma, podemos decir que probablemente estos factores fueron determinantes para que nuestros sujetos elaboraran la pérdida en un tiempo relativamente corto, ya que se trata de una población que -- por el hecho de ser jóvenes o adultos jóvenes, como grupo presentan una gran fuerza yoica (son trabajadores y estudian en la noche), y que si -- bien pueden tener problemas propios de la edad, es un grupo que está ma--

nifestando fuerza, recursos, motivaciones e intereses. De hecho se observó que los jóvenes fueron el grupo que más se involucró tanto en los rescates como en reorganizar la vida cotidiana.

Aunque no se había vivido un terremoto de esa magnitud en nuestro país, sí se han sentido otros de menor fuerza y de alguna manera sabíamos que podía ocurrir en cualquier momento, existía cierta "preparación" para ello. Y aunque no haya sido con un sismo, los sujetos pudieron haber tenido alguna experiencia con algún otro tipo de desastre como incendios, choques, etc., antes de que ocurrieran los terremotos.

Contreras y Desatnik (1986), indican que la severidad de las alteraciones psicológicas dependen de la proximidad que tengan los sujetos con los efectos devastadores de un desastre. Respecto a esto, Tlatelolco se considera una de las zonas donde el grado de destrucción fue muy aparatosa y por lo tanto, la ayuda recibida fue mayor que en otras zonas, brindándosele de manera más inmediata desde maquinaria para los escombros, hasta campamentos, ayuda económica y posteriormente facilidades para adquirir un nuevo hogar, solucionando así más rápidamente este problema.

En esta sociedad, la familia representa el núcleo central, básico, que apoya y ayuda, y que por la misma necesidad afiliativa que se dió en ese momento y que en general se presenta en nuestra cultura, ésta pudo haber influido en forma directa para que no persistiera el trauma. Así también el grupo social o el grupo de amigos pudo ser un factor determinante para la adaptación del individuo a la situación de desastre.

En la secundaria se suspendieron las clases por algunos días por estar ubicada en zona de alto riesgo y algunos alumnos reportaron que se dedicaron a participar en labores de rescate, pudiendo esto contribuir a que canalizaran el trauma de esa manera. Otros, aunque no participaron directamente, contribuyeron a proporcionar alimentos, medicinas o algún tipo de ayuda, no quedándose así ajenos a la situación.

Al reanudarse las clases se les proporcionó a los alumnos, por parte de los maestros y la orientadora, pláticas donde se habló de lo ocurrido, -- con el objetivo de sensibilizarlos y que no abandonaran los estudios por miedo a la zona. Independientemente de esto, pudiera ser que también hayan recibido algún tipo de ayuda psicológica en forma particular o proveniente de otras instituciones, albergues, etc. y que esto haya contribuido para que el trauma psicológico no fuera profundo.

No podemos decir que los sismos provocaron neurosis traumáticas en toda la población en general; hay sujetos para quienes el terremoto fue un --- evento traumático, pero quizá para nuestra población estudiada no lo fue tanto, aunque se presentaron algunos casos en que se dispararon los as--- pectos a medir debido probablemente por las características personales -- del sujeto, rasgos psicopatológicos previos o causas situacionales ajenas al evento traumático.

Otro factor a considerar son los instrumentos de medición que utilizamos en nuestra investigación; pudiera ser que éstos no midieron la depresión, la ansiedad o la frustración en función al evento traumático, sino que -- tal vez hayan intervenido otros aspectos situacionales en el momento de -- la aplicación, ya que no se introdujo ninguna estimulación que ubicara a los sujetos en la situación de desastre, o tal vez estos instrumentos no fueron lo suficientemente sensibles para arrojarlos datos confiables que nos indicaran que estos aspectos psicológicos se estaban midiendo en función a la situación traumática, aun cuando la fecha de aplicación fue lo más cercana posible al primer aniversario de ocurridos los sismos. Esto -- se corrobora mediante nuestros resultados que nos señalan que en ninguno de los cuatro niveles de daño se encontraron diferencias significativas -- en cuanto a las reacciones de depresión, ansiedad y frustración, siendo -- que nosotros esperábamos que hubiera un aumento de estas reacciones en el nivel de daño I, contrastando con el nivel IV.

Una vez habiendo analizado los resultados y con base en lo expuesto anteriormente, llegamos a las siguientes conclusiones aplicables a nuestra---

muestra:

- 1.- No se encuentra a través de la presente investigación depresión, --- ansiedad y frustración después de un año de ocurridos los terremotos de septiembre de 1985.
- 2.- No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la depresión, ansiedad y frustración en relación a los diferentes niveles de daño, a un año de ocurridos los sismos.
- 3.- Los puntajes obtenidos en los diferentes aspectos psicológicos, son - independientes a los niveles de daño. El hecho de pertenecer a un --- nivel o a otro, no influyó para que los sujetos obtuvieran puntajes - más altos o más bajos.
- 4.- No existe relación estadísticamente significativa entre los diferen-- tes aspectos psicológicos. Los resultados de una prueba, no afectaron los resultados de las otras.

SUGERENCIAS.

- Para poder llevar a cabo una evaluación de las reacciones psicológicas que se presentan a raíz de un desastre, y cómo éstas van evolucionando con el tiempo, proponemos que se estructure un plan en el que puedan medir diferentes aspectos psicológicos en forma inmediata a la ocurrencia de alguna catástrofe, y poder continuar así, un estudio longitudinal de estos aspectos.
- Verificar la confiabilidad de los instrumentos de medición, ya que probablemente no evalúen las reacciones psicológicas en función de los desastres.
- Obtener más datos personales de los sujetos de la muestra de estudio, para saber si han recibido algún tipo de preparación, si han tenido alguna experiencia previa, si han recibido algún tipo de ayuda psicológica o ayuda institucional. También se podrían tomar en cuenta aspectos como: nivel socioeconómico y cultural, relación familiar, integración a su grupo social, intereses y motivaciones, antecedentes psicopatológicos y situación personal al momento del desastre.
- En vista de que la ciudad de México se encuentra en una zona altamente sísmica, seguramente van a seguir ocurriendo éste u otro tipo de desastres y nos podemos preguntar ¿qué podemos hacer nosotros como profesionales en salud mental?

En primer lugar, creemos que nuestro papel fundamental debe ser el de prevenir que los efectos traumáticos sean tan graves, mediante programas de seguridad y emergencia que se impartan a la población en general preparándolos así para cualquier evento desastroso.

Organizarnos de tal manera que podamos detectar oportunamente y poder intervenir directamente con la gente que esté más afectada o que no logra una pronta recuperación.

Utilizar otro tipo de técnicas psicológicas como la entrevista, como medio para obtener información más específica, e insistir en la búsqueda de --- instrumentos que se relacionen más estrechamente con la variable investigada, ya que no obstante el hecho de que los indicadores de las pruebas no arrojan resultados significativos, los reportes escolares en función de -- rendimiento y conducta observada indican cambios ocurridos desde septiem-- bre de 1985, lo cual nos conduce a seguir investigando en este sentido.

Crear en la población, mediante asesorías y conjuntamente con profesiona-- les de otras disciplinas, posibilidades de planeación y así intentar redu-- cir al mínimo los efectos devastadores de una catástrofe.

A nivel social, crear conciencia de los riesgos que se corren con la ocu-- rrencia de un desastre y estar prevenidos, en caso de los naturales, y --- evitarlos, en el caso de los inducidos por el hombre.

Lo anterior nos conduce también a replantear no sólo nuestra intervención como profesionales de la salud mental, sino también a redefinir el aspecto curricular para que incluya una real e integral perspectiva ecológica y -- comunitaria.

A N E X O S

a) ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG. (A.M.D.).

La Escala de Automedición de la Depresión fue elaborada por los doctores William W. Zung y D.C. Durham, profesores e investigadores de Psiquiatría del Centro Médico de la Universidad de Duke en los Estados Unidos. Fue -- publicada por primera vez en 1965.

Este instrumento fue creado ante la necesidad de evaluar la depresión ya sea como afecto, síntoma o enfermedad, de una manera sencilla, en corto tiempo y de fácil calificación e interpretación.

La prueba consta de 20 reactivos referentes a características específicas y comunes de la depresión, de los cuales 10 están formulados para obtener una respuesta sintomáticamente positiva, y 10 para una respuesta negativa. Cada reactivo tiene cuatro opciones de respuesta que son: a) Muy -- pocas veces, b) Algunas veces, c) La mayor parte del tiempo, y d) Continuamente.

Su aplicación sólo requiere de la hoja de declaraciones y un lápiz o pluma. Se le pide al sujeto que señale la aseveración que se apegue más a su caso en ese momento, en cada uno de los reactivos; cualquier duda puede -- ser aclarada en el momento sin ninguna limitación.

La escala está hecha de tal forma que el sujeto menos deprimido obtendrá puntajes bajos, y una puntuación alta será para los sujetos más deprimidos.

La calificación se realiza por medio de una plantilla transparente que -- trae grabadas las calificaciones que corresponden a cada opción de res--- puesta, las cuales pueden ser: 1, 2, 3, 4 ó 4, 3, 2, 1, dependiendo del --- reactivo.

Los puntajes correspondientes se colocan del lado derecho, se suman y se anota el resultado al final. Esta calificación básico se convierte a un índice basado en 100 (índice AMD).

PLANTILLA DE CALIFICACION

	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>		<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	
1.-	1	2	3	4		11.-	4	3	2	1
2.-	4	3	2	1		12.-	4	3	2	1
3.-	1	2	3	4		13.-	1	2	3	4
4.-	1	2	3	4		14.-	4	3	2	1
5.-	4	3	2	1		15.-	1	2	3	4
6.-	4	3	2	1		16.-	4	3	2	1
7.-	1	2	3	4		17.-	4	3	2	1
8.-	1	2	3	4		18.-	4	3	2	1
9.-	1	2	3	4		19.-	1	2	3	4
10.-	1	2	3	4		20.-	4	3	2	1

El índice AMD significa Índice de Automedición de la Depresión y resulta de dividir la suma de los valores de la calificación cruda obtenida de los 20 reactivos y se multiplica por la calificación máxima posible que es de 80, convertida a decimales y multiplicada por 100.

<u>CALIF.</u>	<u>INDICE</u>	<u>CALIF.</u>	<u>INDICE</u>	<u>CALIF.</u>	<u>INDICE</u>
<u>BASICA</u>	<u>AMD</u>	<u>BASICA</u>	<u>AMD</u>	<u>BASICA</u>	<u>AMD</u>
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96

CALIF. BASICA	INDICE AMD	CALIF. BASICA	INDICE AMD	CALIF. BASICA	INDICE AMD
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

- Tabla para convertir la calificación básica al Índice AMD.

Una vez habiendo obtenido el índice AMD, se pasa a la siguiente tabla para deducir el diagnóstico final.

DIAGNOSTICO DE LOS GRUPOS DE VALORACION	INDICE AMD PROMEDIO	RANGOS
Controles normales	33	25 - 43
Deprimidos hospitalizados	74	50 - 78
Deprimidos ambulatorios	64	63 - 90
Reacciones de ansiedad	53	40 - 68
Desórdenes de la personalidad	53	42 - 68
Reacciones de ajuste	53	38 - 68

Cuando una prueba cae dentro del promedio 53 se revisan las preguntas una por una para saber a qué preguntas corresponden las puntuaciones más altas y así saber a qué grupo corresponde el sujeto.

Se hace una relación de los ítems de la escala incluyéndolos en tres grupos de acuerdo a los síntomas auténticos de la depresión.

SINTOMAS DE LOS DESORDENES DEPRESIVOS

I : AFECTIVOS PERSISTENTES.

Deprimido, triste y melancólico.
Accesos de llanto.

II: EQUIVALENTES FISIOLÓGICOS.

Variación diurna, exageración de síntomas en la mañana y algún alivio conforme avanza el día.

TEMAS DE LA ESCALA AMD Y NÚMERO DE PREGUNTA

1. Me siento abatido y melancólico.
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.
2. En la mañana me siento mejor.

Sueño: despertar temprano o frecuente.

Apetito: disminución de la ingestión de alimentos.

Pérdida de peso: asociada - con ingestión disminuida de alimentos, metabolismo --- aumentado o reposo dismi--- nuído.

Sexuales: libido disminuida.

Gastrointestinales: constipación.

Cardiovasculares: taquicardia.

Musculoesqueléticos: fatiga.

III: EQUIVALENTES PSICOLÓGICOS.

Agitación psicomotora.

Retardo psicomotor.

Confusión.

Vacuidad.

Desesperanza.

Indecisión.

Irritabilidad.

4. Me cuesta trabajo dormirme.

5. Como igual que antes solía hacerlo.

7. Noto que estoy per--- diendo peso.

6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales.

8. Tengo molestias de constipación (estreñimiento).

9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.

10. Me canso sin hacer nada.

13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.

12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.

11. Tengo la mente tan -- clara como antes.

18. Mi vida tiene bastante interés.

14. Tengo esperanza en el futuro.

16. Me resulta fácil tomar decisiones.

15. Estoy más irritable de lo usual.

Insatisfacción.

20. Todavía disfruto de las mismas cosas.

Devaluación personal.

17. Siento que soy útil y necesario.

Rumiación suicida.

19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.

En cuanto a la validez y confiabilidad de la Escala de Automedición de la Depresión, el Dr. W.W. Zung realizó, en 1965, un estudio con 152 pacientes de consulta externa a los que aplicó la AMD y el MMPI. Estos pacientes -- previamente pasaron el Ohio Literacy Test en el quinto nivel y se les dió la AMD y el MMPI en la consulta inicial. Los resultados se obtuvieron de acuerdo a estas pruebas, la impresión clínica y el diagnóstico final. Se utilizó el MMPI por ser una prueba confiable y válida. Se concluyó que -- ésta es una prueba sensitiva para medir la depresión.

En 1972 nuevamente el Dr. Zung realizó un estudio para corroborar la validez de la AMD. Utilizó una muestra de 225 pacientes. Se usó como medida objetiva para medir la depresión la entrevista clínica, el D.S.I. (Depresión Status Inventory) y la escala de Automedición de la Depresión (AMD).

Se usó la correlación de Pearson de Producto Momento para calcular en los datos obtenidos por los pacientes. La correlación entre la AMD y el DSI fue de 0.87. Las correlaciones medias para los 10 reactivos pares y para los 10 reactivos nones del DSI fueron de 0.81 y 0.73 para los reactivos -- de la AMD. Todos los coeficientes de correlación fueron significativos.

Finalmente, la investigación que a nuestro parecer es la más importante -- realizada en nuestro país con la escala AMD, es la realizada por el Dr. -- Lara Tapia en 1976 intitulada Algunas Normas para la Medición de la --- Depresión, en la cual se presenta la estandarización y adaptación de la -- prueba a nuestro país.

Se reafirmó que las normas de la escala estándar son válidas para su empleo en nuestra población; se hizo posible diferenciar también a la depresión como síndrome, ya que para la valoración de los ítems aislados se encontraron diferencias estadísticamente significativas. También se consideró la ventaja de distribuir a las variables de la escala en tres grupos (componentes psicológicos, afectivos y fisiológicos) porque de esta manera es fácil lograr un análisis cualitativo de la depresión permitiendo el uso de la escala para estudios controlados.

b) INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO. IDARE.

El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), es una versión en español del STAI (State Trait-Anxiety Inventory), que está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que miden dos dimensiones distintas de la ansiedad: la llamada ansiedad rasgo (A-Rasgo), y la llamada ansiedad estado (A-Estado).

Originalmente se desarrolló este inventario para investigar fenómenos de ansiedad en sujetos adultos normales, es decir sin síntomas psiquiátricos, pero se ha demostrado que es también útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y de bachillerato, tanto como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos. (Spielberger y Díaz, 1975).

El desarrollo de este inventario se inició por Charles D. Spielberger y R. L. Gorsuch en el año de 1964 en la Universidad de Vanderbilt creando un instrumento de investigación objetivo de autoevaluación que pudiera ser utilizado para medir la ansiedad-estado y ansiedad-rasgo en adultos normales. En el año de 1967 continuaron estas actividades en la Universidad Estatal de Florida, ampliando la investigación para utilizar el inventario en individuos emocionalmente perturbados.

Este inventario fue traducido por el Dr. Rogelio Díaz Guerrero en el año de 1975, el cual sólo adecuó el contenido semántico pero no modificó su validez. (Chagoya, 1980).

Las escalas del inventario de la ansiedad constan de 20 reactivos cada una; en Ansiedad-Rasgo se le pide al sujeto describa cómo se siente generalmente; en Ansiedad-Estado se le pide que indique cómo se siente en un momento dado.

Se considera que las personas que califican alto en A-Rasgo, exhibirán elevaciones de A-Estado más frecuentemente que los sujetos que califican bajo el A-Rasgo, ya que los primeros tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones como si fuesen peligrosas o amenazantes. Las personas con alta A-Rasgo también más probablemente responderán con un incremento en la intensidad de A-Estado en situaciones que implican relaciones interpersonales que amenazan a la autoestima. Pero el hecho de que las personas que difieren en A-Rasgo muestren o no diferencias correspondientes en A-Estado, depende del grado en que una situación específica es percibida por un individuo particular como amenazante o peligrosa y eso es influido de manera considerable por una experiencia pasada del individuo.

El IDARE es autoadministrable y se puede aplicar en forma individual o en grupo. Las instrucciones completas se encuentran impresas en el protocolo de ambas escalas (ver apéndice). No tiene límite de tiempo.

La validez de este inventario se fundamenta en el supuesto de que el examinado entiende claramente las instrucciones, en relación con A-Estado debe reportar cómo se siente en el momento específico de la aplicación, y en las instrucciones que se le dan en relación con A-Rasgo se le pide que indique cómo se siente generalmente.

El examinado responde a cada uno de los reactivos marcado el número apropiado que se encuentra a la derecha de cada uno de éstos.

Las posibles puntuaciones varían desde una mínima de 20 hasta una máxima de 80 en cada una de las escalas, ya que cada posibilidad de respuesta tiene un valor de entre 1 y 4 puntos.

Las cuatro opciones de respuesta para la escala A-Estado son: No en lo -- absoluto, un poco, bastante o mucho. Las opciones para la escala A-Rasgo, son: Casi nunca, algunas veces, frecuentemente o casi siempre.

Algunos reactivos se estructuraron de tal manera que una valoración alta indica un alto nivel de ansiedad, mientras que otros se formularon de tal manera que una valoración alta indica muy poca ansiedad.

Para calificar las escalas se utilizan plantillas que se colocan sobre el protocolo ya contestado y se dan los valores numéricos correspondientes a cada respuesta. (Spielberger y Díaz, 1975).

Este inventario se utilizó en esta investigación ya que ofrece excelentes perspectivas para su aplicación pues es un instrumento breve, fácil de -- aplicar y accesible a personas de escasa cultura.

Se puede utilizar para detectar toda reacción ansiosa antes y después de un estímulo, y se puede adecuar a toda situación de amenaza, miedo o responsabilidad.

c) TEST DE FRUSTRACION DE ROSENZWEIG.

Descripción de la prueba: La prueba de Rosenzweig a la cual originalmente se le daba el nombre de Picture Frustration Study, es una técnica proyectiva, ya que se basa en el supuesto de que el sujeto en forma consciente o inconscientemente se identifica con el personaje frustrado y proyecta sus sentimientos en cada respuesta, estudiando las reacciones personales ante situaciones que usualmente son causa de tensión frustrante. con el objetivo de determinar el grado de adaptación social de las personas.

En el año de 1944 aparece una forma para adultos y después en 1948 se --- presentó la forma para niños así como una revisión de la de adultos. El - test está integrado por 24 dibujos, los cuales representan situaciones de

la vida diaria, y en las que hay dos personas dentro de una situación --- frustrante común. La figura de la izquierda de cada escena está diciendo ciertas palabras mediante las cuales se puede ver en forma más clara la - frustración del individuo, o las que están por sí mismas frustrándolo. La persona de la derecha tiene un espacio blanco arriba, no presentan rasgos faciales. La prueba puede ser aplicada individual o colectivamente. (Ver apéndice).

Las escenas del estudio pueden dividirse en dos grupos: Las bloqueadoras del "yo" y son aquellas que presentan un obstáculo personal o impersonal que interfiere, decepciona, perjudica o frustra directamente al sujeto y consta de 16 láminas; y las del bloqueo del "super-yo", que son aquellas que contienen acusaciones, cargos o incriminaciones que otra persona hace al sujeto, incluyéndose 8 situaciones de este tipo. (De Kohan, 1966).

La teoría de la frustración en la que se fundamenta este test ha sido --- desarrollada en su aspecto experimental por Saul Rosenzweig en 1934, --- profesor de la Universidad de Pittsburg, E.U.

Esta teoría es un intento para dar expresión concreta al punto de vista - organísmico en psicobiología; una de las maneras posibles de comprender - esta unidad es considerar los diferentes niveles de defensa vital, y son esencialmente de tres tipos:

- A.- El nivel inferior celular, el cual se refiere a la protección del --- cuerpo contra los agentes infecciosos.
- B.- El nivel autónomo o de emergencia, constituido por respuestas fisio- lógicas o psicológicas tales como el aumento de la adrenalina libre o como el miedo, la rabia, o el stress.
- C.- Nivel superior, cortical o de ego defensa, el cual salvaguarda la in- violabilidad de la personalidad contra los ataques psicológicos o de

egodefensa. Y por lo tanto se puede definir como una reacción que se presenta siempre que el organismo se encuentra frente a un obstáculo más o menos difícil de vencer o que coarta la satisfacción de alguna necesidad vital. (Vega, 1979).

En este test el autor pretende evaluar la tolerancia de los sujetos ante las frustraciones de orden psicosocial, o sea que mediante este instrumento se observa la capacidad individual del sujeto para resistir a la frustración sin que fracase la adaptación psicobiológica, esto es, sin recurrir a modos inadecuados de reacción.

Valoración, aplicación e interpretación: Se ha comprobado repetidamente que este test es confiable cuando califican dos personas con un acuerdo del 85%. Y se ha concluido que es válido comparándolo con el Inventario (MMPI), con el Inventario de Valores Allport-Vernon, entre otros, además de relacionarlo con la conducta manifiesta.

La aplicación de la prueba es sencilla, se le presentan al sujeto los dibujos y se le proporciona la instrucción correspondiente: "En cada uno de estos dibujos hay dos personas conversando, siempre están escritas las palabras que pronuncia una de ellas. Lo que se le pide a usted es que se imagine cuál sería la respuesta de la otra persona y escriba en el espacio en blanco la primera frase que se le ocurra. Trabaje lo más rápido que pueda".

La aplicación puede ser en forma colectiva o individual y no hay tiempo límite para realizarlo. En la colectiva el requisito es que los sujetos sepan leer y escribir correctamente, por lo tanto puede ser aplicada a estudiantes de secundaria.

Posteriormente, las respuestas proporcionadas por los sujetos son sometidas a un proceso de valoración y consignadas en forma de símbolos en el protocolo correspondiente. La fundamentación de la valoración de las res-

puestas está dada por la misma teoría de la frustración. Podemos decir -- que cada sujeto, ante una situación frustrante puede reaccionar según una dirección determinada y de acuerdo con un tipo de respuesta especial.

La dirección de la respuesta se clasifica en: agresión extrapunitiva, en la cual la agresión es dirigida por el sujeto hacia el exterior, representada por E; Intrapunitiva, simbolizada por I, en la cual la agresión -- se dirige hacia el sujeto mismo (culpabilidad y remordimiento); y no punitiva, se simboliza con M, y en la cual la situación frustrante se evita o disimula.

Según el tipo de respuesta, el sujeto puede reaccionar: a) Predominancia del obstáculo O-D. Se refiere especialmente al obstáculo frustrante, señalándolo como un elemento fundamental y desencadenante de la frustración. b) Defensa del Yo E-D. Respondiendo a un intento específico de proteger -- al propio "yo", el examinado inculpa a otro, acepta la responsabilidad -- del hecho o dice que la situación no le incumbe a nadie. Y c) Persistencia de la necesidad N-P. En donde la tendencia de la respuesta se halla -- dirigida hacia la solución del problema inherente a la situación frustrante y la reacción consiste en pedir ayuda a otra persona para contribuir a la solución, en colocar al examinado mismo en obligación de hacer la -- corrección necesaria o en esperar que el tiempo aporte la solución.

De la combinación de estas seis categorías (tres tipos con tres direcciones), resultan nueve factores que se emplean para la valoración, a los -- cuales se han agregado posteriormente dos variables más.

Las letras E, I, M, se emplean para indicar la dirección extrapunitiva, intrapunitiva y no punitiva de la agresión respectivamente, cualquiera que sea el tipo de reacción. Para indicar el dominio del obstáculo se agrega un apóstrofe a -- las letras mayúsculas (E', I', M'). Los tipos de defensa del yo se indican simplemente con las letras mayúsculas (E, I, M). Para las respuestas de -- persistencia de la necesidad se utilizan las minúsculas (e, i, m). Las --

dos variantes agregadas son E e I, las que incluyen una comparación de -- ambas variables con los otros factores de la anotación para enfatizar el papel de la respuesta en las situaciones de bloqueo del super-yo (situaciones que evocan la aparición de los factores subrayados).

La interpretación del test de Rosenzweig considera en primer lugar lo -- que se llama el G.C.R. (Group Conformity Rating) o sea el índice de con---formidad al grupo social, que tiene por objeto medir en qué grado las ---respuestas del sujeto se conforman a las de la población media.

La segunda etapa en la interpretación consiste en estudiar las notas T -- (puntajes tipo) de los diversos campos. Según la dirección de la agresión se puede decir en términos generales que el aumento muy pronunciado del -valor E indica tendencia paranoide, mientras que si el valor más alto está en I, hay tendencia a las reacciones melancólicas. El tipo de reacción egodefensiva (E-D) indica la fuerza o la debilidad del yo. Una valoración alta indica un yo débil, por lo que el sujeto debido a esta debilidad ---concentra sus reacciones a la frustración en este sector vulnerable.

La valoración alta en el tipo de persistencia a la necesidad (N-P) es un indicio del carácter adecuado de las reacciones y si el valor, en cambio, es muy bajo, indica una falta en la aptitud para resolver los problemas -sociales comunes. La valoración alta en O-D, indica tendencia del sujeto a dejarse dominar por los objetos frustrantes. De este modo es como se --analiza cada uno de los factores según el tipo de reacción y la dirección de la agresión.

d) CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES.

Este cuestionario fue elaborado con base en las necesidades de nuestra -- investigación, y como apoyo a los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas.

El cuestionario está integrado con preguntas sobre los datos generales -- del sujeto, así como preguntas referentes a los daños que sufrieron a --- consecuencia de los terremotos. También se incluyen preguntas sobre --- reacciones emocionales causadas por sismos. Para formular las preguntas - de este instrumento nos basamos en los cuatro niveles de daño que se to-- maron para este estudio, ya que el único objetivo de este cuestionario -- fue el de detectar en cuál de estos niveles se ubicaba al sujeto.

Se redactaron 17 preguntas, que fueron de tres tipos:

- Estructuradas.
- De selección múltiple, y
- Abiertas.

APENDICES.

NIVEL I.

SUJETO	OCUPACION	EDAD	SEXO	ANS. EST.	ANS. RASG.	DEPR.	E	I	M	O-D	E-D	N-P
1	Trabaja	20	M	39	38	53	3	10	11	4	15	5
2	No trab.	18	M	32	38	34	8	9	7	2	15	7
3	No trab.	20	M	28	34	35	8	5	11	5	13	6
4	Trabaja	27	M	35	33	35	7	10	7	4	13	7
5	No trab.	18	M	32	40	39	11	9	4	7	13	4
6	No trab.	16	M	47	44	39	10	9	5	4	12	8
7	No trab.	21	F	36	37	35	4	13	7	5	11	8
8	Trabaja.	20	M	38	31	28	5	9	10	5	13	6
9	No trab.	16	M	35	27	33	2	14	8	2	11	11
10	Trabaja	16	M	26	33	35	13	7	4	7	11	6
11	No trab.	18	M	35	42	44	5	9	10	3	12	9
12	No trab.	15	M	35	41	34	6	13	5	1	11	12
13	No trab.	16	F	34	43	54	11	7	6	6	11	7
14	Trabaja	18	M	43	55	44	13	5	6	2	17	5
15	No trab.	17	F	41	49	53	4	12	8	4	11	9
16	Trabaja	17	M	48	46	48	12	3	6	4	16	1

Cuadro 1. Concentrado de los datos y puntajes crudos obtenidos en cada factor psicológico de los sujetos del nivel de daño I.

NIVEL II.

SUJE TO	OCUPACION	EDAD	SEXO	ANS. EST.	ANS. RASG.	DEPR.	E	I	M	O-D	E-D	N-P
1	Trabaja	28	M	33	50	43	10	7	6	3	9	11
2	No trab.	18	F	38	44	41	5	11	7	2	11	10
3	No trab.	18	M	35	37	42	11	6	7	7	13	4
4	Trabaja	21	F	60	69	65	17	2	5	4	16	4
5	No trab.	16	M	29	35	39	16	4	4	5	17	2

Cuadro 2. Concentrado de los datos y puntajes crudos obtenidos en cada factor psicológico de los sujetos del Nivel de daño II.

NIVEL III.

SUJE TO	OCUPACION	EDAD	SEXO	ANS. EST.	ANS. RASG.	DEPR.	E	I	M	O-D	E-D	N-P
1	Trab.	24	M	37	33	43	5	11	8	0	13	11
2	No trab.	16	M	35	36	35	16	4	4	3	15	6
3	No trab.	18	M	54	50	42	13	2	1	3	12	1
4	Trabaja	17	M	38	35	30	5	11	8	4	12	8
5	No trab.	19	F	34	38	37	5	9	10	3	12	9
6	No trab.	18	M	35	41	31	16	6	2	5	15	4
7	No trab.	21	M	45	46	41	16	4	4	7	13	4
8	Trabaja	22	M	35	33	27	9	8	7	1	14	9
9	No trab.	17	M	36	42	40	11	3	10	6	17	1
10	Trabaja	21	M	32	29	39	12	7	5	7	15	1
11	Trabaja	23	M	55	52	55	9	8	7	3	13	8
12	No trab.	16	F	35	33	36	7	10	7	3	10	11
13	Trabaja	16	M	41	49	54	6	10	8	2	13	9
14	Trabaja	17	M	29	33	34	5	10	9	4	11	9
15	Trabaja	27	M	38	28	45	10	8	4	4	16	2
16	Trabaja	22	M	37	40	44	10	4	10	6	16	2
17	Trabaja	15	M	46	56	50	11	9	4	3	16	5
18	Trabaja	17	F	40	44	29	7	10	7	3	13	8

Cuadro 3. Concentrado de los datos y puntajes crudos obtenidos en cada factor psicológico de los sujetos del Nivel de daño III.

NIVEL IV.

SUJE TO	OCUPACION	EDAD	SEXO	ANS. EST.	ANS. RASC.	DEPR.	E	I	M	O-D	E-D	N-P
1	No trab.	24	F	39	42	40	9	7	8	4	19	1
2	No trab.	18	M	52	45	41	13	5	6	6	12	6
3	Trabaja	24	M	50	52	43	13	4	7	8	14	2
4	Trabaja	23	M	51	48	42	14	2	8	11	12	1
5	No trab.	19	F	44	43	46	12	7	5	6	15	3
6	No trab.	16	M	33	25	44	10	9	5	1	9	14
7	No trab.	17	F	44	40	47	4	10	10	4	16	4
8	No trab.	16	M	28	33	38	11	7	6	5	13	6
9	Trabaja	19	M	43	44	41	7	11	6	1	18	5
10	No trab.	24	F	41	42	55	7	12	5	4	8	12
11	Trabaja	15	M	35	42	35	14	5	5	3	18	3
12	Trabaja	16	F	38	49	57	9	9	6	4	15	5
13	No trab.	16	M	54	36	32	11	2	11	5	17	2
14	No trab.	18	M	27	31	38	8	12	4	4	11	9
15	No trab.	18	F	37	40	47	7	7	7	4	13	4

Cuadro 4. Concentrado de los datos y puntajes crudos obtenidos en cada factor psicológico de los sujetos del Nivel de daño IV.

IDARE

Inventario de Autoevaluación
por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Novicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Me siento agitado	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento reposado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

IDARE

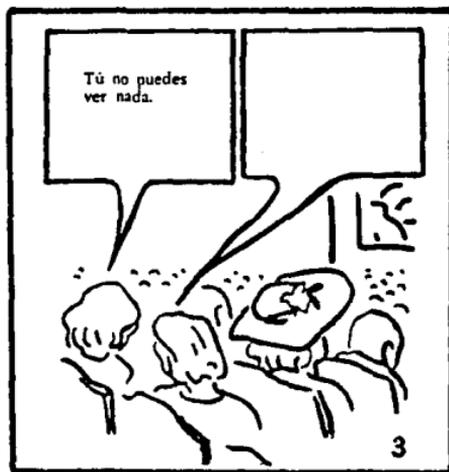
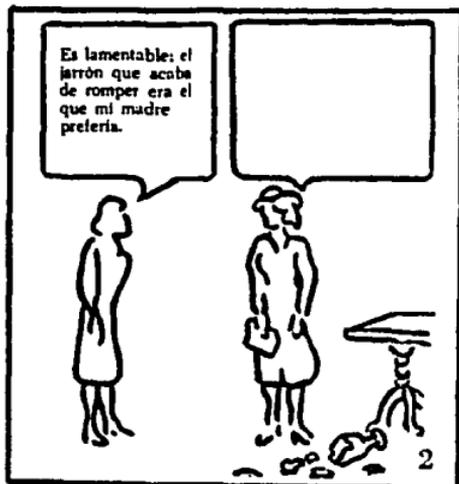
SXR

Inventario de Autoevaluación

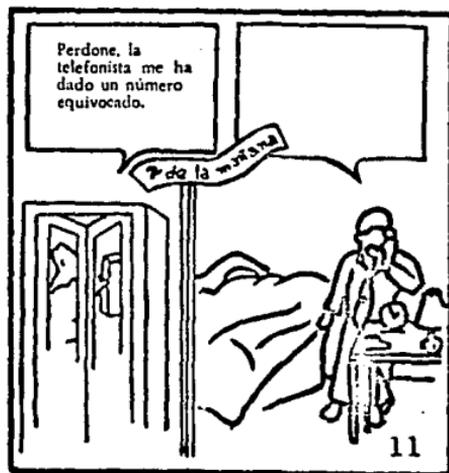
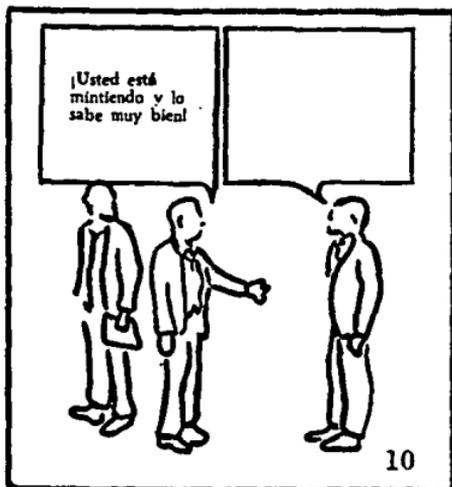
Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

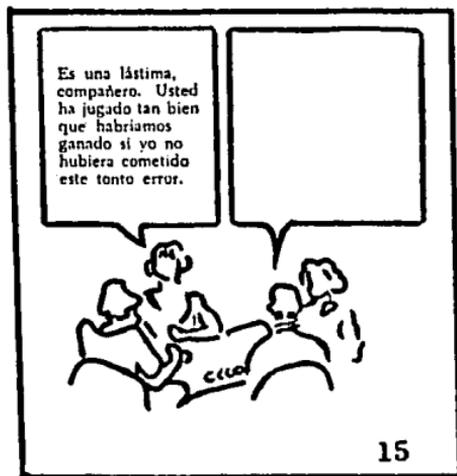
	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	0	1	2	3
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Tomo las cosas muy a pecho	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	0	1	2	3
35. Me siento melancólico	0	1	2	3
36. Me siento satisfecho	0	1	2	3
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	0	1	2	3

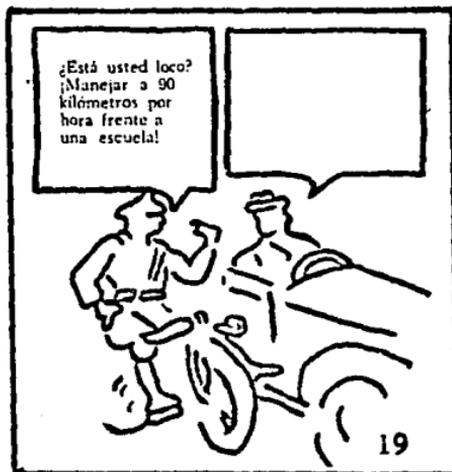
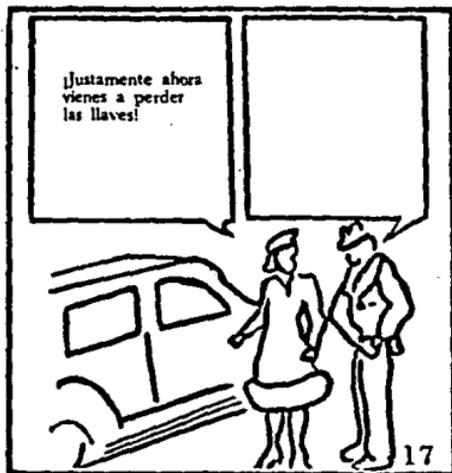
TEST DE FRUSTRACION DE ROSENZWEIG

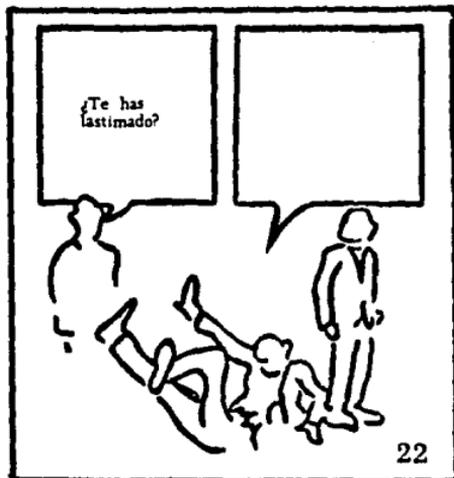












TEST DE ROSENZWEIG

PROTOCOLO DE REGISTRO

Nombre y Apellido _____ Escolaridad _____
 Edad _____ Motivos del examen _____
 Profesión _____ Examinador _____
 Fecha de hoy _____ Lugar _____

Respuestas

1		13	
2		14	
3		15	
4		16	
5		17	
6		18	
7		19	
8		20	
9		21	
10		22	
11		23	
12		24	

PROTOCOLO DE EVALUACION

CLASIFICACION

No	O-D	E-D	N-P	G.C.R.
1		M		
2		I		
3				
4		M	m	
5			I	
6				
7		E		
8				
9		E		
10		E		
11		E		
12				
13		E		
14				
15				
16		EJ		
17		E		
18				
19		I		
20				
21	F			
22	M'			
23		E		
24		M		

PERFILES

	O-D	E-D	N-P	TOTAL	%	Nota T
E	()	()	()	()		
I	()	()	()	()		
M	()	()	()	()		
TOTAL	()	()	()	()		
%						
Nota T						

ESQUEMAS

1
2
3
E
I
E + I

TENDENCIAS

1			
2			
3			
4			
5			
G. C. R.:	Total:	%:	Nota T:

INTERPRETACION

CUESTIONARIO

Se está realizando una investigación acerca de los sismos ocurridos el año pasado y las preguntas siguientes se refieren a estos eventos, la información que nos proporcionen será de carácter confidencial por lo cual rogamos su colaboración y sinceridad.

1.- ¿ Durante los terremotos sufrió usted alguna pérdida ?

SI NO

2.- ¿ De que tipo ?

- a) Humana
- b) Material

3.- Si fué pérdida humana indique en los inciso cuales.

- a) Padre
- b) Madre
- c) Hermano (cuantos) _____
- d) Esposa
- e) Hijos (cuantos) _____
- f) Tío (cuantos) _____
- g) Primos (cuantos) _____
- h) Algún otro pariente cual _____
- i) Amigo (cuantos) _____
- j) Compañeros (cuantos) _____
- k) Otros cuales _____
 ¿Cuantos? _____

4.- Si fué pérdida material indique en los incisos cuales.

- a) Pérdida total de casa
- b) Daños parciales de casa
- c) Pérdida total del centro de trabajo o escuela
- d) Daño parcial del centro de trabajo o escuela

5.- La casa de algún familiar cercano sufrió algún daño?

SI NO

Especifique cual _____

6.- ¿ Qué otros daños materiales sufrieron ?

7.- Si usted no sufrió ningún daño de los antes mencionados o tuvo alguna irregularidad en los servicios (agua, luz transporte clases etc.)

SI NO

Cual _____

8.- ¿ Brindo usted alguna clase de ayuda después del terremoto?

SI NO

En qué consistió su ayuda? _____

9.- ¿Participó usted en alguna labor de rescate?

SI NO

En cual _____

10.- Cuando se dió cuenta de las consecuencias del terremoto.

- a) Inmediatamente
- b) Poco tiempo después
- c) Pasando varias horas

11.- ¿ Como se enteró de las consecuencias del terremoto?

12.- ¿Qué sentimientos tuvo durante los terremotos?

13.- ¿Cómo se sintió después de conocer los daños ocasionados por los terremotos?

14.- ¿ Al volver a sus actividades cotidianas cómo se sintió?

15.- ¿ Considera que hubo algún cambio en su forma de ser después de los terremotos?

SI NO

Cual _____

16.- ¿ Que planes tiene usted para el futuro ?

17.- ¿ Quisiera agregar usted algo que no se haya mencionado?

GRACIAS POR SU COLABORACION

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Aguilera Gómez, M.A. UN ESTUDIO CLINICO Y SOCIOCULTURAL DE LA HISTERIA Y LA DEPRESION. Tesis. UNAM. 1977.
- 2.- Ahern, F. INGRESOS EN SERVICIOS DE PSIQUIATRIA DESPUES DE UN DESASTRE NATURAL. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Octubre, 1984, Vol. 97, No. 4, pp. 325-335.
- 3.- Ahern, F. y Rizo Castellón, S. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DESPUES DE UNA SITUACION DE DESASTRE. Acta Psiquiat. Psicol. Lat. 1979, 25, pp. 58-68.
- 4.- Archundia Garduño, M.R. y Mandujano López, M.I. ESTUDIO CLINICO --- PSICOLOGICO Y SOCIAL DE LAS REACCIONES A CORTO Y MEDIANO PLAZO EN --- GENTES AFECTADAS DIRECTA E INDIRECTAMENTE POR LOS TERREMOTOS DE --- SEPTIEMBRE DE 1985 EN LA CIUDAD DE MEXICO. Tesis. UNAM. 1986.
- 5.- Archundia Sánchez, Blanca. EL NIVEL DE ANSIEDAD EN UNA MUESTRA DE --- 40 MUJERES EMBARAZADAS. Tesis. UNAM. 1981.
- 6.- Balderas Armendáriz, M.E. UN ESTUDIO EXPLORATORIO A TRAVES DE LA --- ESCALA DE ZUNG A PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO COMUNI--- TARIO DE LA FAC. DE PSICOLOGIA. Tesis. UNAM. 1986.
- 7.- Barrera, C. y Rodríguez, E. ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE EL CRECI--- MIENTO FAMILIAR DESPUES DE HABER SUFRIDO UNA CATASTROFE. Población de San Juan Ixhuatepec. Tesis. UNAM. 1986.
- 8.- Bell, J.E. TECNICAS PROYECTIVAS. Editorial Paidós, Buenos Aires, -- 1971.
- 9.- Berrum, Ma. Trinidad. TRADUCCION Y ADAPTACION A MEXICO DE LA PRUEBA DE ROSENZWEIG. Tesis. UNAM. 1966.
- 10.- Bosque Lastra, G. REACCIONES EMOCIONALES A LA FRUSTRACION EN UN --- GRUPO DE JOVENES. Tesis. UNAM. 1966.
- 11.- Bosselman, B.CH., NEUROSIS Y PSICOSIS. La Prensa Médica Mexicana. México, 1967.
- 12.- Contreras, O. y Desatnik, O., ESTRATEGIAS DE INTERVENCION PSICOLO--- GICA EN SITUACION DE DESASTRE. ENEP-Iztacala, UNAM, México, 1986.
- 13.- Corro León, Javier. EL MOVIMIENTO IMPREVISIBLE. Revista Información Científica y Tecnológica. Vol. 7, No. 110, Noviembre, 1985, pp.18-21.

14. Cuevas Ocampo, N. y Olvera Osorio, M., COMPARACION DE LAS RESPUESTAS ANTE LA FRUSTRACION DE NIÑOS Y NIÑAS DE CUARTO DE PRIMARIA MEDIANTE EL P.F.T. Tesis, UNAM, 1980.
15. Chagoya Flores, L. y Maza Aguirre, A., ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ANSIEDAD CON EL INSTRUMENTO IDARE, ANTES Y DESPUES DE UNA TERAPIA DE APOYO EN UN GRUPO DE PACIENTES EN TERAPIA INTENSIVA. Tesis, UNAM, 1980.
16. De Kohan Cortada, N. TEST DE ROSENZWEIG. Los test de Székely, ---- Belá, Ed. Kapelusz, S.A., Ed. Buenos Aires, 1966.
17. De la Fuente, R. PSICOLOGIA MEDICA. Editorial Fondo de Cultural --- Económica, México, 1971.
18. DSM-III. MANUAL DE DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS DESORDENES MENTALES. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Tercera edición, Ed. ---- Masson. Barcelona, 1983.
19. Esteva Maraboto, Luis. ASPECTOS DE INGENIERIA. La UNAM ante los --- sismos de septiembre. UNAM, México, 1985, pp. 45-65..
20. Estrada, M.C. Olvera, E. y Vergara, L. LA DEPRESION EN EL ADOLESCENTE CON PADRE ALCOHOLICO. Tesis, UNAM, 1982.
21. Ey, Henry, TRATADO DE PSIQUIATRIA. Editorial Toray-Masson, Barcelona, 1978.
22. Fenichel, Otto. TEORIA PSICOANALITICA DE LAS NEUROSIS. Editorial -- Paidós, Buenos Aires, 1966.
23. Flores Vidales, A. UN INTENTO EN EL ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES PROVOCADOS POR EL SISMO DE SEPTIEMBRE DE 1985. ENEP-Iztacala, UNAM, México, 1986.
24. Freedman, A.M. y Kaplan, H.I. COMPENDIO DE PSIQUIATRIA. Salvat Editores, Barcelona, 1975.
25. Freud, Sigmund. OBRAS COMPLETAS. Biblioteca Nueva. Tercera edición, Madrid, 1973.
26. Gago Hugert, Antonio. LA FRUSTRACION COMO FACTOR PSICOLOGICO DE LA PERSONALIDAD. Tesis, UNAM, México, 1965.
27. Galarza, Gerardo. LOS DAÑOS PSICOLOGICOS: HISTERIA, ESTUPOR, INSOMNIO, AMNESIA, MUTISMO. Revista Proceso. Año 9, No. 465, septiembre, 1985, pp. 22-23.
28. Gómez Carrillo, Ma. Elizabeth. LA ANSIEDAD EN SUJETOS QUE OCUPAN -- PUESTOS DE RESPONSABILIDAD. Tesis, UNAM, 1985.

29. Grados, Jaime. MANUAL DE RECLUTAMIENTO Y SELECCION DE PERSONAL. Tomo II, Facultad de Psicología, UNAM, 1978, pp. 287-310.
30. Greenwell Parra, José Luis. REVISION TEORICA CONCEPTUAL DE LA ANGSTIA-ANSIEDAD. Tesis, UNAM, 1976.
31. Infantes, V. y CoIs. OBSERVACIONES PSICOPATOLOGICAS EN EL AREA DEL SISMO. (ANCASH, 1970). Revista de Neuropsiquiatría, Lima, Perú, septiembre, 1970, T. XXXIII, No. 3, pp. 171-188.
32. Kerlinger, F.N. TECNICAS Y METODOLOGIA. Editorial Interamericana, - México, 1975.
33. Kinston, W.Y. Rosser, R. DISASTER: EFFECTS ON MENTAL AND PHYSICAL -- STATE. Journal of Psychomatic Research. Vol. 18, May, 1974, pp 437-456.
34. Kolb, Lawrence. PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA. La Prensa Médica Mexicana. 5a. edición, México, 1977.
35. Madrid López, R.E. 36 HORAS QUE CONMOVIERON AL MUNDO. Tesina, Universidad Latinoamericana, México, 1986.
36. Marín, Carlos. NI EN CIFRAS NI EN ACCIONES HAY UNIDAD ANTE LO QUE - HIZO EL TERREMOTO. Revista Proceso, Año 10, No. 515, Septiembre, -- 1986. pp. 14-19.
37. Merloo, Joost A. PSICOLOGIA DEL PANICO. Editorial Horné-Paidós, --- Buenos Aires, 1964.
38. Pacheco Pérez, M. y Servín Moreno, I. ESTUDIO COMPARATIVO DE RASGOS DE PERSONALIDAD DEPRESIVOS EN MENORES INFRACTORES FARMACODEPENDIENTES Y NO FARMACODEPENDIENTES.
39. Peláez Burbante, Ma. del C. TEORIAS DE LA ANSIEDAD. Tesis, UNAM, -- 1974.
40. Reséndiz Núñez, Manuel. LOS SISMOS, LA INVESTIGACION Y EL INTERES - DE LA SOCIEDAD. Revista Información Científica y Tecnológica. Vol. 7, No. 110, noviembre 1985, pp. 5-6.
41. Reyes Partida, Noemí. ANSIEDAD Y DEPRESION FRENTE A LA MUERTE. Tesis Maestría, UNAM, 1983.
42. Rivera, O., Esquivel, F. y Pallares, A.M., ANALISIS DE LAS NOTAS -- PERIODISTICAS EN RELACION A LA AYUDA PSICOLOGICA DESPUES DEL TERREMOTO. UNAM, México, 1985.
43. Rodríguez, C. OBSTACULIZA EL PROCESO DE DUELO EL LLAMADO A LA NOR-

MALIDAD. Variada gama de alteraciones mentales de diversa gravedad por el impacto subjetivo de los sismos. Excelsior, Octubre 18, 1985.

44. Rodríguez, P. EL MIEDO. Excelsior, Octubre 25, 1985.
45. Roge, B., Jarrige, A. y Morón, P. PATHOLOGIE EMOTIONELLE CHEZ UNE ENFANT DE 7 ANS APRES TREMBLEMENT DE TERRE. Société Médico-Psychologique. Communication Présentée le 23 Janvier, 1984.
46. Sánchez Sosa, J.J. ASPECTOS PSICOLOGICOS. La UNAM ante los sismos de septiembre. UNAM, México, 1985, pp. 115-137.
47. S.E.P. PROGRAMA NACIONAL DE SEGURIDAD Y EMERGENCIA ESCOLAR. Bases y lineamientos. México, 1986.
48. Spielberger, C.D. (1927). TENSION Y ANSIEDAD. Ed. Harper and Row. México, 1980.
49. Spielberger, C.D. y Díaz Guerrero, R. INVENTARIO DE ANSIEDAD: --- RASGO-ESTADO. IDARE. Ed. El Manual Moderno, S.A., México, 1975.
50. Suárez González, V. VALIDACION DE LA ESCALA DE ZUNG DE AUTOESTIMACION DE LA DEPRESION EN ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE SECUNDARIAS MEXICANAS. Tesis, UNAM, 1988.
51. Tonda, Juan. MEXICO: ZONA DE ALTA SISMICIDAD. Revista de Información Científica y Tecnológica. Vol. 8, No. 123, Diciembre 1986, --- pp. 13-16.
52. Valencia C. Marcelo. REACCIONES PSICOLOGICAS ANTE UN DESASTRE. Revista de Información Científica y Tecnológica. Vol. 7, No. 110, Noviembre 1985, pp. 50-52.
53. Vallejo Nájera, J.A. INTRODUCCION A LA PSIQUIATRIA. Ed. Científico-Médica Dossat-México, S.A., 9a. Edición, Barcelona, 1977.
54. Vázquez, J.L. SITUACION PSICOLOGICA DE LOS DAMNIFICADOS POR EL --- TEMPLOR. Estudio del Disaster Research Center. Novedades. Octubre - 18, 1985.
55. Vega Tato, G. ESTUDIO ESPERIMENTAL DE LA AGRESION EN UN GRUPO DE - ADOLESCENTES: FATIGA Y FRUSTRACION. Tesis, UNAM, México, 1979.
56. Whittaker, James. PSICOLOGIA. Ed. Interamericana. 2a. edición, México, 1970.