



01981
2ij 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

*HACIA UN MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
ANTE DESASTRES CIVILES:
EL TRAUMA DEL DESASTRE DENTRO DEL "PROCESO
ALBERGUE" DESPUÉS DEL SISMO DE 1985*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

DOCTOR EN PSICOLOGIA CLINICA

P R E S E N T A :

STEPHANIE KURIAN FASTLICHT

MEXICO, D. F.

1988

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

INDICE.

REUMEN

ABSTRACT

PROLOGO

PRIMERA PARTE. EL TRAUMA DEL DESASTRE.

I. INTRODUCCION.

- A. ANTECEDENTES AL PROBLEMA.
- B. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.
- C. ORIENTACION QUE PROPONE ESTA INVESTIGACION.
- D. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION.
- E. LIMITACIONES DE LA MUESTRA.
- F. DEFINICION DE TERMINOS.
- G. SUPUESTOS PRINCIPALES.

II. ANTECEDENTES Y REVISION DE LA LITERATURA.

- A. DEFINICION DE DESASTRES.
- B. DESCRIPCION DE LAS ETAPAS DEL DESASTRE.
- C. EL FACTOR ESTRES VISTO A TRAVES DE LAS ETAPAS.
- D. IMPACTO Y RESULTADOS INMEDIATOS.
- E. EL ENCUENTRO PERSONAL CON LA MUERTE.
- F. DESORDENES DE ESTRES POSTRAUMATICO.
- G. EFECTOS PSICOLOGICOS: EL TRAUMA DEL DESASTRE.
 - a) MUERTE Y SUPERVIVENCIA.
 - b) IRRITA Y DOLOR.
 - c) EVACUACION Y REUBICACION.

III. EL TERREMOTO DE LA CD. DE MEXICO.

- A. ANTECEDENTES AL SISMO.
- B. CRONOLOGIA DEL TERREMOTO.
- C. NUEVAS LECTURAS DEL TENBLOR. PATRONES SISMICOS DE DESTRUCCION.
- D. VIÑETAS DE CASOS GENERALES OBSERVADOS EN LA POBLACION.
- E. DESCRIPCION DEL ESCENARIO DEL ALBERGUE.
HISTORIA DE LA COLONIA ROMA.

IV. METODOLOGIA.

- A. TIPOS DE INVESTIGACION.
- B. LA MUESTRA.
- C. INSTRUMENTOS.
- D. PROCEDIMIENTO.

V. CASUISTICA.

- A. PRESENTACION DE LOS 8 CASOS VISTOS.
 - a) RESUMEN PROYECTIVO DE CADA CASO.
 - b) ANALISIS DE DATOS Y RESULTADOS.
 - c) TABLAS DE AUSENCIA Y PRESENCIA DE LOS CRITERIOS DE NEUROSIS TRAUMATICA.
 - d) PERFILES DEL MMPI DE LOS SUJETOS.

SEGUNDA PARTE: "EL PROCESO ALBERGUE".

VI. EL PROCESO ALBERGUE.

- A. DEL CAOS A LA ORGANIZACION.
- B. PROYECTO PARA DETERMINACION DE NECESIDADES.
- C. PERFIL DEL DANIFICADO.
- D. ALTERNATIVAS SOCIO-PSICOLOGICAS QUE SE CONSIDERARON EN EL ALBERGUE.
 - a) REACCIONES PSICOLOGICAS DEL INDIVIDUO.
 - b) TRATAMIENTO.
 - c) RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJO CON NIÑOS.
 - d) PROBLEMÁTICA DE LOS ALBERGADOS.
- E. AYUDA PSICOLOGICA.
 - a) CASOS CLINICOS VISTOS EN EL ALBERGUE.
 - b) ENTREVISTAS REALIZADAS A ALGUNOS DE LOS ALBERGADOS.
 - c) ENTREVISTA REALIZADA POR EL DR. REMUS EN CONJUNTO CON LA AUTORA DE ESTA TESIS.
 - d) TRABAJO REALIZADO CON NIÑOS.
 - e) REPORTE DE LA DRA. EMMA ESPEJEL Y EILEN GOLLAZ SOBRE SU INTERVENCION EN EL ALBERGUE.
 - f) SIMULACRO PSICODRAMATICO DE UN EPISODIO CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES EN EL ALBERGUE.

VII. EL PROCESO HACIA LA AUTOGESTION.

- A. ORGANIZACION GENERAL DEL ALBERGUE.
- B. ORGANIZACION INTERNA DEL ALBERGUE.
- C. LOS RECURSOS HUMANOS.
- D. LOS RESIDENTES EN EL ALBERGUE.
SUS PROBLEMAS Y AJUSTES DE SALUD MENTAL.

VIII. EL MODELO DE INTERVENCION PSICOLOGICA REALIZADA EN EL ALBERGUE.

- A. LOS EFECTOS PSICOLOGICOS DEL SISMO.
- B. ESQUEMA DEL MODELO DE INTERVENCION.
- C. LAS FASES DEL DESASTRE Y SUS NIVELES DE INTERVENCION.
- D. LA INTERVENCION DE LA COMUNIDAD PSIQUIATRICA Y PSICOLOGICA ANTE EL DESASTRE.

IX. EL ROL DEL PROMOTOR EN SALUD MENTAL.

RESUMEN.

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES.

BIBLIOGRAFIA.

ANEXOS.

- 1) CEDULA DE IDENTIFICACION DE VOLUNTARIOS.
- 2) CEDULA DE IDENTIFICACION DE RESIDENTES.
- 3) PROGRAMA DE AUTOGESTION COMUNITARIA EN ALBERGUES.
- 4) SINTOMAS Y CONDUCTAS OBSERVADAS EN LA FAMILIA,
LOS JOVENES Y LOS ANCIANOS EN DESASTRES.

RESUMEN

Esta investigación tuvo los siguientes objetivos:

- A) Evaluar la frecuencia de síntomas que determinan si un evento traumático tiene consecuencias de neurosis traumática 5 meses después del evento, en un grupo de damnificados que habitaban un albergue de la Colonia Roma donde se investigó durante 6 meses que funcionó como albergue.
- B) Presentar a través del "proceso albergue", las técnicas adaptativas de un grupo de damnificados, su organización y su proceso autoperceptivo, relacionando el "trauma del desastre dentro del proceso albergue". Se propone un modelo de autogestión en albergues basado en lineamientos propuestos en un programa de la Facultad de Psicología de la UNAM.
- C) Evaluar el modelo de intervención psicológica en desastres que se aplicó con este grupo de damnificados con el objeto de proponer un modelo de intervención en caso de futuros desastres. E) Evaluar la participación y el rol del Promotor en Salud Mental.

El método para lograr el primer objetivo, fue con una muestra de 8 casos de sobrevivientes al temblor de la Ctl. de México en 1955, que habitaban el albergue estudiado. Todos eran residentes de la Col. Roma, algunos eran asalariados de la Secretaría de Estado responsable del manejo del albergue. Todos eran damnificados, pero no se pudo determinar si existía damnificación previa (marginación). Las pruebas aplicadas fueron: a) Una versión modificada del EPTI, b) El T.A.T., c) La entrevista estructurada. El perfil obtenido fue codificado de acuerdo a los 4 criterios de NT. de Fenichel: 1) La disminución o bloqueo de varias funciones yóicas, 2) Periodos de descargas emocionales incontrolables, 3) Disturbios del sueño, pesadillas y obsesiones relacionadas al trauma, y 4) Complicaciones psicomorfológicas secundarias.

Además se presenten otros casos clínicos tratados en el albergue, pero que no fueron sometidos al método aquí descrito. Los resultados indican que las víctimas del sismo sí experimentaron, 5 meses después, síntomas muy observables y cuantificables de neurosis traumática. La generalidad de los resultados indica que el 62.5% de los casos estudiados concordaba con los cuatro criterios o síntomas de una neurosis traumática. Los casos no sobresalientes (37.5%), coincidieron con 3 de los 4 criterios, afirmando la hipótesis planteada en esta investigación. En general se concluye que el sismo alloró los síntomas de N.T. que fundamentaron el trauma del desastre en los damnificados que vivieron el "proceso albergue". Que este proceso, implica en sí, otros traumas aquí documentados. Se observó la desorganización que predominó en el trato con los albergados, por la improvisación que se dió. Estos fueron objeto de mucha manipulación a través del múltiple desarraigo al que fueron expuestos y a las tantas entrevistas que fueron expuestos por la confusión y duplicidad de roles o intervenciones de los que pretendían ayudar. Finalmente, se concluye, que es necesario sistematizar el entrenamiento y capacitación del Promotor en Salud Mental en caso de desastre, jerarquizando sus funciones y el rol participativo en caso de futuros desastres. Los resultados obtenidos permiten ofrecer algunas medidas preventivas en el caso de desastres.

ABSTRACT

This dissertation will cover the issue of disaster research, expanding upon contemporary disasters in general and describing the psychological effect on the victims after an earthquake (and its aftershock) on Sept. 19, 1985 in Mexico City. Clinical interviews, testimonies and results will be presented.

An earthquake shakes us considerably, and from into amazement and survival, multiple stories and prospective research regarding the event, emerge. This dissertation is one of many, as others will results as a consequence of that disaster.

The problem of this research paper was the relationship between a sudden and intense traumatic experience and the long-term ramifications of such an experience. The research question asked whether or not, survivors experience a post-traumatic neurosis five months after a disaster experience.

The sample was composed of survivors from the Sept. 1985 earthquake that hit Mexico City and had devastating effects. The clinical data and results of the assessment interviews were taken from a sample of residents of a shelter in Colonia Roma;² where this study was conducted over a period of six months, while the shelter operated.

The other important issue that was studied, is the process of organization that took place in the shelter and its development into independence and autonomy. This process called "shelter process" exposes all the vicissitudes the survivors faced in having to adapt to a "second trauma" related to the loss of family and community ties, intrusion of their privacy and intimacy and other severe effects of the "trauma of disaster". This slowly gave way to an adaptation process with all its ramifications. A model of autonomous organization in a shelter is presented, a long with and account of the psychological assistance offered to the victims during the different stages after the earthquake in order to help promote a better understanding in relief to victims. This can be of aid in the future organization and set-up of mental health programs in shelters and in the community.

The assessment interviews and inventories (a modified version of the MMPI, T.A.T. and an interview) offer results which yield information concerning important variable in disaster research. The sample was composed of victims living in the shelter and confirms the hypothesis presented in the research; that survivors do experience, five months after the impact, very observable and recordable symptoms of traumatic neurosis.

The profile summary was coded according to the four major criteria for traumatic neurosis set forth by Fenichel (1945): 1) blocking of or decrease in various ego functions, 2) spells of uncontrollable emotions, 3) sleep disturbances and dreams of the experienced trauma and obsessional ruminations related to the trauma, and 4) secondary psychoneurotic complications.

An analysis of the findings of this study examined each of the major criteria for traumatic neurosis in regard to the whole sample and to each case individually. Results offer some preventive and prophylactic measures in case of disasters and furthermore, offer data for future disaster research.

There are 190 bibliographical references.

* A suburb near the down-town Mexico City that was heavily damaged.

PROLOGO

En el comienzo todo era caos y confusión y lentamente, se fue organizando lo difuso. Mi interés por abordar el tema del desastre, y en especial, investigar los efectos psicológicos que predisponen a una neurosis traumática se determinó durante el terremoto que azotó a la Ciudad de México el 19 de Sept. de 1985.

Así, como el estudio sobre desastres propone que existen varios niveles y etapas de un desastre; mi propio proceso también se fue transformando al verme involucrada en la ayuda en Sept. de 1985.

En ese entonces entré en un proceso, igual que muchos, de encontrar una pertenencia, desde mi especificidad profesional, para poder lograr la ayuda determinada. La ansiedad que se vivía en ese entonces me impulsó a entrar dentro de un peregrinaje voluntario durante el cual, establecí contacto con los múltiples rostros y facetas que deja un fenómeno así. A través de este recorrido, establecí contacto, primero con la Asociación Psicoanalítica donde hice un entrenamiento en psicoterapia, y que estaba capacitando gente para formar brigadas de ayuda. Después, mi contacto fue con la U.N.A.M., donde me incluí en una brigada que ofrecía ayuda psicológica en casos de emergencia y que se designó a un albergue en la Col. Roma.

Ofrecer una intervención psicológica en un albergue, en las condiciones que se dieron después del terremoto, no es fácil. Observar el dolor y pérdida de los damnificados nos removió nuestra propia damnificación, y fue en ese albergue de la Col. Roma, donde asistentes, damnificados y voluntarios, tomamos conciencia de que todos estamos espuestos a sufrir un desastre así, de que no existían parámetros a seguir, y de que teníamos que confiar en los propios recursos hasta que se deslindara la organización.

Una semana después del terremoto, por medio de un curso sobre "Intervención en Crisis" que dictó el Dr. Raymundo Macías en la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., se estableció el contacto con los adminis-

tradores y psicólogos oficiales de ese albergue. Fue a través del Dr. Macías que se coordinó la intervención psicológica de esta investigadora y de la socióloga Martha Merodio, con los psicólogos asalariados de ese albergue que pertenecía a una dependencia oficial. Los psicólogos eran, el psicoterapeuta Daniel Carbajal Guzmán quien fungió como director y coordinador de la organización que prestó ayuda psicológica en el albergue, y la terapeuta Gloria Caballero.

Este equipo de psicólogos trabajó durante 6 meses (27 de Sept. de 1985 al 12 de Marzo de 1986), siendo el director administrativo el Lic. Gonzálo Carrillo. Este equipo, a través de la autora de esta tesis, esta por publicar, a finales de 1988, el libro titulado "Implosión: La Intimidación en un Albergue" el cual ofrece testimonios y antecedentes de la formación del albergue, su desarrollo organizativo y las vivencias con los damnificados durante los 6 meses que estuvo funcionando.

Esta investigación se propone exponer tres propuestas que se investigaron con la población de ese albergue. El primer problema que se plantea es la relación entre una experiencia traumática súbita e intensa, y las ramificaciones a largo plazo que se derivan de ella. En ese contexto, otro de los objetivos es ofrecer información sobre el proceso de integración al albergue, fenómeno el cual llamaremos "proceso albergue" y vincular las secuelas de neurósis traumática en ese grupo estudiado, con su adaptación posterior. Finalmente, a través de la observación in situ del proceso de organización y adaptación, se propone un modelo autogestivo basado en los lineamientos propuestos por un programa general de autogestión comunitaria en albergues para damnificados elaborado por un grupo de psicólogos de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. que se vincula con el trabajo realizado en el albergue. Dentro de este encuadre, se destaca la intervención psicológica que se logró durante la emergencia, y su manejo e integración a través de las diferentes etapas del desastre.

Como consideración final, se puede decir que el estudio sobre desastres y tratar de anticipar sus consecuencias, a través de la investigación, propone un programa profiláctico para enfrentar futuros fenómenos igual. Esto se considera como un mecanismo de "fascinación simbólica"; esto es, el interés por presenciar situaciones que traten sobre catástrofes o violencia, videos en los que existen simulacros de violencia, guerra y muerte. Esta observación pasiva sirve para ensayar episodios luctuosos que enfrentan la muerte y que simbolizan el proceso del ciclo vital.

El sobreviviente de un desastre representa a nivel simbólico el renacer, el resurgir, el regenerar la vida, ya que la muerte le fue evitada. El sobreviviente es responsable de promover como reafirmación vital y sexual, el impulso de Eros vs. Thanatos. Este trabajo pretende destacar la lucha entre estos dos impulsos, que se manifiestan a través de la capacidad de la humanidad para crear desastres, guerras, ecosidio, terrorismo, etc. El propósito es de conscientizarnos para entender y enfrentar estas fuerzas destructivas, conocer su génesis, etiología y presencia y canalizar su energía destructiva hacia la elaboración de estrategias en salud mental, prevención y tratamiento.

Nuestro entendimiento sobre desastres puede crear sistemas de interrelación altruista comunitaria y generar estrategias profilácticas.

A tres años, los efectos del terremoto de 1985 se hacen presentes. Innumerables trabajos e investigaciones empiezan a ser editados, ya que la distancia y perspectiva ha dado lugar a lo elaborativo. La investigación que consta de observaciones clínicas, testimonios y vivencias dan lugar a teorías e hipótesis rigurosamente desarrolladas de la experiencia traumática. En este caso es importante comprobar si la víctima o el damnificado del terremoto sigue cargando las secuelas del trauma ó se percibe a sí como un sobreviviente, con todas las cargas que esto implica.

Los efectos del Holocausto, de Hiroshima o de Vietnam todavía se hacen sentir profundamente; no sólo en los sobrevivientes sino

en las generaciones posteriores. Las secuelas de cualquier desastre imprimen una cicatriz psíquica en el individuo el cual entra en una fase intensamente sintomática y característica de la neurosis traumática. Aquí, el aparato psíquico ha sido sobreestimulado por el trauma y ha quedado rebasado e incapacitado para efectuar una respuesta y descarga inmediata; así, busca otras descargas posteriores, manifestándose tanto en lo afectivo como en lo impulsivo.

El sobrevivir cualquier desastre de considerable magnitud, ya sea personal ó colectivo, impone su huella en el sobreviviente y a menudo, en las futuras generaciones.

Finalmente, al investigar sobre los efectos del trauma del desastre se puede decir que... "El desastre personal no se olvida sino permanece con el individuo como un punto de referencia de su existencia. Uno puede cambiar el surco de su vida, uno puede reprimir el trauma pero en situaciones de recuerdo, este evento primitivo resurge, y permanece como una continuidad en su experiencia..." (Raphael 1983 p. 351.)

A través del marco conceptual que abordó la presente investigación se presentaron los siguientes criterios de referencia:

1. **Los efectos psicológicos del sismo.** Las consecuencias en las pérdidas, la reubicación y movilidad, la fuerza del impacto y la neurosis traumática, el manejo de la muerte, las pérdidas y el duelo, el manejo del estrés y la crisis.
2. **Reacciones a la crisis.** Los sentimientos, actitudes, percepciones y conductas del damnificado. Como estos son afectados por el sistema social desorganizado por el desastre y que a su vez, este sistema afecta al damnificado. (El trauma doble) que vive en un albergue.
3. **Estrategias de adaptación al albergue.** Cada individuo tiene una capacidad singular de habilidades adaptativas y mecanismos de sobrevivencia para lograr manejar el estrés, producido por las pérdidas y por tener que renunciar a la privacidad y a la intimidad al compartir su espacio vital con otros y de repente. El "trauma doble" vivido por muchos, al ser separados y divididos a otros albergues y tener que volver a adaptarse.

4. **Sistemas comunitarios de apoyo.** Nuestra intervención psicológica de ayudar a los damnificados del albergue, durante las diferentes etapas del sismo y la intervención de la comunidad psiquiátrica y psicológica.

5. **El rol y las funciones del promotor en salud mental en casos de desastre.** Se destaca la importancia de formalizar el entrenamiento del promotor en salud mental y la definición de ese rol que lo habilita para la ayuda psicológica dentro del albergue en un marco (característico de emergencia) en el cual se tiene que adaptar constantemente para poder ofrecer la ayuda pertinente.

Esta investigación tuvo los siguientes objetivos:

- A) Evaluar la frecuencia de síntomas que determina si un evento traumático tiene consecuencias de neurosis traumática cinco meses después del evento en un grupo de damnificados que habitaban un albergue de la Colonia Roma donde se logró investigar a lo largo de seis meses que funcionó como albergue.
- B) Presentar a través del "proceso albergue", las técnicas adaptativas de un grupo de damnificados, al tener que convivir en un albergue igual que su organización y su proceso autogestivo. Relacionado así el trauma del desastre al "proceso albergue".
- C) Proponer un modelo de autogestión en albergues adaptando en los lineamientos de proyecto de un grupo de psicólogos de la Facultad de Psicología de la UNAM., a nuestra investigación en el albergue de la Colonia Roma.
- D) Evaluar el modelo de intervención psicológica en desastres que se aplicó con estos damnificados con el objetivo de proponer un modelo de intervención, en caso de futuros desastres.
- E) Evaluar la participación y el rol del Promotor en Salud Mental.

... Caminante no hay
camino, se hace
camino al andar...

(A. Machado)

PRIMERA PARTE

EL TRAUMA DEL DESASTRE.

INTRODUCCION

La investigación que se presenta es el estudio de la relación que existe entre una experiencia traumática intensa y súbita -la experiencia del terremoto en Sept. 19 de 1985-, y las ramificaciones a largo plazo que de ella se derivan en un grupo de damnificados residentes de un albergue. El objeto es de investigar, si existen o no, efectos post-traumáticos 5 meses después de haber ocurrido el sismo y como estos determinan la subsecuente adaptación dentro del albergue (doble trauma). Se desarrolla una exposición del proceso de autogestión que se logró ahí con el fin de plantear y valorar la intervención psicológica realizada con esa población durante las diferentes etapas después del sismo. El objetivo es ampliar el conocimiento que se tiene del "proceso albergue" después del desastre de Sept. de 1985 y lograr establecer programas de salud mental en situaciones de emergencia. Se observa la relación que existe entre "el trauma del desastre" y su consecuencia dentro del "proceso albergue".

A) Antecedentes del problema.

Esta investigación empezó el 23 de Sept. de 1985. Como consecuencia de los movimientos sísmicos en la Ciudad de México los días 19 y 20 de Septiembre, la Ciudad se vió seriamente dañada por los derrumbes de casas, oficinas públicas y privadas, departamentos, escuelas, fábricas, etc., donde se perdieron recursos materiales, centros de trabajo, viviendas y, lo que es más importante, miles de vidas.

Una Secretaría de Estado, dentro de los planes de emergencia ejecutados por el gobierno, se avocó a la tarea de acondicionar un albergue en su deportivo para las personas damnificadas, con el propósito de cubrir sus necesidades de alimentación, techo, vestido, protección y seguridad. Hasta ese momento, según reporte verbal proporcionado por el administrador del albergue, se atendieron aproximadamente: el jueves 19 de Sept. a 750 personas; el 20, sábado 21 y domingo 22 a 2.500 personas; el lunes 23 a 1.500 y el martes 24 y miércoles 25 a 900 personas.

A) El inicio sobre investigación en desastres. 4

Los primeros estudios sobre las neurosis de guerra nos proporcionaron información acerca de la posibilidad de que los traumas ocultos surjan posteriormente.

Estas investigaciones muestran que no ha habido ningún instrumento sistemático y objetivo en sus procedimientos para recopilar datos. No presentan una evidencia clara para apoyar sus argumentos, debido a los métodos utilizados y al problema universal en la investigación de desastres de que no se está preparado para un evento tal.

Las primeras investigaciones sobre las consecuencias de un desastre comenzaron después de la Primera Guerra Mundial, y no fue sino hasta después de la Segunda Guerra Mundial cuando surgió un verdadero interés y preocupación por el tema.

Como resultado de las armas atómicas y term nucleares, las agencias Federales comenzaron a apoyar la investigación encaminada a una mayor comprensión de las personas que fueron sometidas a un gran trauma. En 1952, se estableció el "Committee on Disaster Studies" (Comité de Estudios sobre Desastres), con directivos provenientes de múltiples disciplinas. En 1957, una organización llamada "Disaster Research Group" (Grupo de Investigación en Desastres) se hizo cargo de la mayor parte del trabajo del Comité y se dedicó exclusivamente al comportamiento humano en situación de desastres (Chapman 1962).

Desde aquellos primeros esfuerzos de investigar los desastres, en la década de los cincuentas, los estudios han alcanzado grandes proporciones, e incluyen tanto a la investigación a cargo del Grupo de Investigación en Desastres como a numerosos estudios independientes por ejemplo: Beutelheim, 1943; Bucher, 1957; Coleman, 1969; Diggrey, 1950; Form y Nosow, 1958; Green y Logan, 1950; Idle, 1951; Logan et. al., 1952; Schneider, 1957; Instituto de Investigación de la Universidad de Oklahoma, 1952; Zurcher, 1968. Los estudios de desastres han evolucionado y de ser muy descriptivos se han convertido en analíticos y sistemáticos.

En 1976, Manning publicó una bibliografía muy completa llamada *Tecnología del Desastre*. En este volumen ella cita a cientos de referencias en numerosas áreas de la investigación de desastres. Bajo el encabezado de aspectos psicológicos, cita a sesenta fuentes distintas.*

Al revisar estos estudios surgieron dos áreas de investigación la de los desastres y la de salud mental. Como lo dijo Wilson (1962:125) "la enfermedad mental" es un caso especial de desastre interno". La hipótesis de que un desastre puede aumentar significativamente la incidencia de enfermedades mentales (Chapman, 1962:19) puede ser factible y resulta importante para este trabajo.

El enfoque de este estudio es investigar varios casos de individuos que sobrevivieron a un trauma catastrófico y analizar las implicaciones a largo plazo derivadas de esa experiencia. La literatura que describe la observación del comportamiento humano durante algún tiempo determinado después de que ocurre un desastre es muy escasa y el seguimiento de este es aún más raro. Un investigador comentó que se sabe muy poco acerca de los efectos a largo plazo de un desastre sobre la salud mental. Añadió que no se debe concebir al estrés como un promotor de cambios dramáticos, sino también como algo que actúa con características perdurables (Wilson, 1962:148).

* El National Institute for Disaster Mental Health publica en 1984 una extensa bibliografía sobre desastres y salud mental el cual es editado por Frederick L. Ahearn Jr., D.S.W. y Ráquel E. Cohen, M.D. M.P.H. para el centro de Estudios en Salud Mental en casos de Emergencias del Instituto Nacional de Salud Mental en E.U.A. El contenido abarca: Teorías sobre desastres y conducta en desastres, efectos físicos y de salud mental en individuos, familias, grupos y comunidades. Respuesta comunitaria, recuperación, servicios para damnificados y prevención dentro del sector público.

Además, se puede decir que los métodos de evaluación utilizados por los investigadores que han escrito sobre los efectos psicológicos y emocionales de un desastre han sido limitados. Los resultados obtenidos no han sido muy confiables debido a que no había ningún instrumento de medición objetivo, o bien que el instrumento utilizado no ofrecía datos confiables o válidos (Cisin y Clark, 1962).

B) Planteamiento del Problema del Desastre y sus efectos en esta Investigación

El interés por este problema se derivó en gran parte del trabajo de dos estudiantes que realizaron investigaciones sobre desastres, Fritz y Williams (1957). Ellos afirmaron que la mayor parte de la gente que vive la experiencia de un desastre directamente, o que se identifica con las víctimas, sufre algún tipo de trastorno emocional en el período posterior al desastre. Sin embargo creen que estas manifestaciones no resultan en trastornos psicológicos serios y que sólo una muy pequeña proporción necesitará algún tipo de ayuda psicológica o psiquiátrica individual (Fritz y Williams, 1957).

A la pregunta de "¿Qué cantidad de trastornos mentales serios resultan de la tensión, crisis y privación producida por un desastre?" Chapman responde en forma general: "realmente muy pocos". Afirma que sus estudios demuestran que los desastres no causan enfermedades psicológicas.

Chapman (1962) indica que una de las razones por las que no se observó el desarrollo de enfermedades mentales en sus investigaciones se debe al hecho de que las observaciones se hicieron durante períodos cortos después del impacto. Otra razón puede ser la manera en que se define una enfermedad mental. Por ejemplo, si se define como algo más profundo que los trastornos emocionales transitorios que ocurren en un período de algunas semanas posteriores al desastre, entonces quizás se presentan muy pocas o ninguna enfermedad mental como consecuencia del trauma.

Chapman (1962) indicó que las reacciones emocionales tales como

insomnio, problemas digestivos, "nerviosismo" y otros productos del estrés tienden a desaparecer en cuestión de días, aunque Chapman mismo reconoce que se sabe muy poco acerca de si los desastres contribuyen a producir trastornos psiquiátricos que puedan tardar en aparecer.

Wilson (1962:128) estuvo de acuerdo en que se sabe muy poco acerca de los efectos a largo plazo causados por un desastre, que engendran enfermedades mentales. Actualmente su posición, al igual que la de la de la mayor parte de los psicólogos y psiquiatras, es que esos fenómenos son transitorios y secundarios.

Los estudios clásicos de Hollingshead y Redlich (1958) indicaron que los grupos de clases sociales más bajas parecen ser más vulnerables a los efectos de un desastre. Algunos de los motivos en los que se basan para llegar a esa conclusión son que las personas que pertenecen a las clases más bajas provienen de una base menos segura en cuanto a un bienestar material, físico y emocional y, por lo tanto, están menos preparados para enfrentar una crisis, debido a su educación limitada y a sanciones culturales que pueden impedir que se acerquen a las agencias que proporcionen ayuda.

Noore (1957) llevó a cabo una investigación de los tornados que azotaron a Waco y a San Angelo en 1953. Asegura que si hubo efectos emocionales definidos como consecuencia de estos desastres y presentó pruebas considerables para corroborar sus hipótesis.

Sus resultados se diferencian de otros puntos de vista debido a dos razones: en primer lugar, el estudio de Waco-San Angelo se prolongó durante un periodo bastante más largo; y en segundo lugar, los puntos de vista anteriores se limitaban a trastornos psicológicos severos, y a personas que pueden requerir de ayuda psicológica o psiquiátrica. (Moore, 1958: 46). Como lo indicaron Noore y Friedlsun (1959: 136):

"Si esto va a ser aceptado como el único criterio de efectos emocionales a largo plazo y si va a ser comprobado por las personas que activamente buscan este tipo de ayuda, entonces no existe contradicción alguna con el punto de vista general."

En su investigación, Noore (1957:150-151) le preguntó a las víctimas

del desastre de Waco-San Angelo, "¿Creen que algún miembro de su familia sufre de estrés emocional como consecuencia del desastre?". En las entrevistas que se llevaron a cabo cuatro meses o más después del desastre, 85 por ciento de las familias negras y 53 por ciento de las blancas reportaron que algún miembro de la familia mostraba miedo a las condiciones atmosféricas poco comunes.

Moore y Friedsam (1959) realizaron un estudio por medio de un cuestionario de forma estructurada, conteniendo algunas preguntas abiertas. Se entrevistó a 142 personas, principalmente a mujeres que habían sido víctimas del tornado de Dallas de 1957. A la pregunta de: "¿Algún miembro de su familia ha estado nervioso o perturbado a causa del tornado?", 102 o sea el 71.9 por ciento respondieron afirmativamente.

Resulta importante indicar que los estudios de Moore y Friedsam pueden ser tendenciosos. Las preguntas que se utilizaron en sus entrevistas fueron formuladas de tal manera que garantizaban una cierta respuesta ya esperada.

En la obra de Wolfenstein (1957:148) *Disaster a Psychological Essay*, la autora describe el caso de una mujer que, después de un año de haber transcurrido un desastre, seguía preocupada con eso. Se hallaba deprimida, introvertida y fácilmente perturbable. Wolfenstein opinó que su incapacidad para recuperarse de la experiencia traumática se debía a un trastorno emocional previo.

Cobb y Lidemann (1943) analizaron a dos pacientes víctimas de un desastre, quienes tenían una historia previa de franca neurosis. Los sujetos no mostraron ningún comportamiento extraño durante su estancia en el hospital. Sin embargo, al ser dados de alta y al regresar a su vida normal, les reaparecieron manifestaciones de comportamiento exagerado que requerían de psicoterapia.

A pesar de que estos autores infieren que la reacción a un desastre puede aparecer ante cualquier situación estresante o provocadora, esta se puede presentar fuera del hospital, pudiendo haberse disparado el comportamiento neurótico. Uno debe de ser prudente para no aceptar la inferencia sin antes haber pensado en explicaciones o hipótesis alternativas.

Los primeros estudios sobre la neurosis de guerra nos proporcionaron

información acerca de la posibilidad de que los traumas ocultos surjan posteriormente (Cunker y Spiegel, (1963). Como lo indicó Wilson (1962:128) "Aunque la conmoción sea cosa de unas cuantas horas, o cuando mucho de días, nadie puede asegurar que la remisión de los síntomas indique una recuperación total".

Estas investigaciones muestran que no ha habido ningún instrumento sistemático y objetivo en los procedimientos para recopilar datos. No presentan una evidencia clara para apoyar sus argumentos, debido a los métodos utilizados y al problema universal en la investigación de desastres; de que no se está preparado para un evento tal.

Como se ha mencionado, las entrevistas han sido la fuente principal para recopilar datos. Generalmente no se ha usado un cuestionario como instrumento. Sus ventajas y desventajas fueron descritas por Killian (1956:21). Tampoco se han utilizado las pruebas proyectivas, probablemente debido a que exigen mucho tiempo y son difíciles de administrar. Killian (1956:27) recomienda el uso de técnicas proyectivas únicamente en combinación con otras técnicas.

Los resultados de las investigaciones que recapitulan efectos a largo plazo en caso de desastres, merecen ser re-examinadas de manera que puedan medir con predictibilidad y evitar las controversias. En el caso de estudios a corto plazo, el proyecto del Dr. José Remus Araico (ver anexo los parámetros) para estudiar la respuesta humana en caso de atrapamiento durante el terremoto en la Ciudad de México en Septiembre de 1955; las limitaciones de la investigación fueron dadas por las peculiaridades de la muestra más que por los lineamientos para la entrevista propuesta por el Dr. Remus.* Otros instrumentos como el MMPI y el test de percepción temática de Murray (1938) se prestan para un entendimiento del problema más sistemático y clínico.

C) Orientación que propone esta investigación

Basándonos en la discusión planteada y la literatura que apoya el método clínico, la propuesta asumida es que si existen concomitantes emocionales en la conducta humana que sufre un desastre y que son fenómenos que perduran relativamente. La pregunta de investigación es: si los

* Consultar tesis en publicación: Estudio comparativo de secuelas emocionales de los sismos de 1985 en 3 grupos poblacionales por: por Graciela Cabral Calvillo. (1988). UNAM.

sobrevivientes de un desastre exhiben síntomas de neurosis post-traumática cinco meses después del evento?.

D) Importancia de esta Investigación

Se ha debatido durante mucho tiempo la cuestión de si existen trastornos mentales severos derivados de la tensión, crisis y privación ocasionados por un desastre (Chapman, 1962; Wilson, 1962; Moore y Friedsam, 1959). Sin embargo, los esfuerzos por estudiar los aspectos a largo plazo han sido escasos. No ha sido, sino hasta recientemente que se ha planeado llevar a cabo investigaciones que estudien los efectos a largo plazo de un desastre (Anderson, 1969). Existe la preocupación por averiguar si la víctima, en años posteriores al desastre, percibe su mundo como un lugar más amenazante, como un sistema que en un momento dado se desintegró ante sus ojos y que esto puede volver a ocurrir (Wilson, 1962:143). Debido a estas razones, muchas autoridades en la materia han pedido que se investiguen más a fondo los efectos a largo plazo causados por un desastre (Chapman, 1962; Wilson, 1962; Fritz-1957; Moore y Friedsam, 1959).

Como lo indicamos anteriormente, una gran parte de las investigaciones que se han hecho han utilizado técnicas de medición inadecuadas. La importancia de este estudio es que comprueba la posición de Moore (1958) y de Moore y Friedsam (1959) de utilizar instrumentos más válidos y confiables.

Para los profesionales que se dedican a la ayuda de este tipo, este estudio ofrece un mayor discernimiento en la manera en que un trauma intenso y súbito afecta negativamente al comportamiento individual a corto plazo y a través de los años. Farber (1967:344) comentó que la terapia encaminada a ayudar a una persona a darse cuenta de que no ha sido aniquilada, es esencial en la ayuda postraumática.

E) Limitaciones de la muestra.

Sobresalieron las siguientes limitaciones:

Las siguientes limitaciones se aplican a este estudio: 1. Sólo sujetos que residían en el albergue de la Colonia Roma después del terremoto fueron usados para esta muestra, 2. Dentro de esta muestra existía una población variada. Ya que aquí se encontraban residentes de la Colonia Roma que sus casas eran habitables pero que no tenían agua y recurrieron a vivir en el albergue. Otros fueron los damnificados directos de unos multifamiliares adjuntos perteneciente a una Secretaría de Estado que sufrieron daños y que algunos se desplomaron. Otro grupo fue el de los trabajadores asalariados de la Secretaría de Estado que era la responsable del funcionamiento del albergue. Cabe decir que este albergue funcionaba como un deportivo para los trabajadores de esta Secretaría, por lo tanto su uso cambió al convertirse en albergue. Los administradores de ese albergue seguían siendo los asalariados de esa Institución y muchos de estos contribuyeron para la muestra. 3. Otra limitación para este estudio fue la selección aleatoria de los sujetos, según las circunstancias situacionales del momento. En este trabajo se plantea la desorganización existente después de un desastre, por lo tanto no existían lineamientos claros para organizar el albergue; estos se fueron estableciendo. 4. Fue difícil conseguir un grupo control con las mismas características de este primer grupo; sobre todo si se habla de una temporalidad durante la fase estudiada del desastre. Muchos damnificados resolvían su problema de vivienda y por lo tanto había una gran movilidad en el albergue, se tenía que trabajar con lo que se contaba.

1. Sólo sujetos habitantes de la Colonia Roma fueron considerados.
2. Todos los sujetos que residían en el albergue del Deportivo de la Col. Roma fueron utilizados para llevar a cabo este estudio.
3. Los sujetos fueron seleccionados al azar, de acuerdo a su accesibilidad. Se presenta el perfil del damnificado para describir la muestra particular.

F.) Supuestos principales de esta investigación.

Las principales suposiciones de este trabajo son:

1. Cuando se asegura mantener el anonimato, las personas responden honestamente. La escala "mentira" del MMPI sirve de medida para suposición..
2. Los sujetos antes del trauma eran personas normales. Esta suposición se basa en el hecho de que los sujetos nunca habían recibido ningún tratamiento ni evaluación psicológica ni psiquiátrica antes del desastre.
3. El "Proceso Albergue" es particular a la muestra y a las variables que se dieron en el albergue estudiado.

Se asume que cuando los sujetos tienen seguridad en el manejo de sus problemas emocionales respecto a la confidencialidad que el entrevistador le ofrece, estos responden sin reserva. Sin embargo en este estudio se vió que muchos sobrevivientes damnificados fueron altamente manipulados por entrevistadores externos (Abogados de vivienda, voluntarios de Universidades, psicólogos, brigadistas, etc.). En la muestra que aparece en esta investigación, la escala (L) del MMPI sirve como medida para controlar de cierta manera la honestidad de las respuestas, sin embargo, dadas las circunstancias, esto no es suficientemente confiable. No se puede saber con exactitud si los sujetos antes del sismo eran individuos normales. Se habla de un aspecto de marginación que se constituye como trauma, por lo tanto aunque los sujetos nunca recibieron tratamiento psicológico o psiquiátrico antes del impacto, no se puede determinar con exactitud el grado de trauma que ya existía.

G) Definición de Términos.

Desastre es operacionalmente definido según Powell (1954:1) como "un episodio con consecuencias trágicas como la muerte, desmembramiento, lesiones físicas y la destrucción y pérdida de la propiedad... en el estrés que actúa sobre la gente y sobre sus patrones comunitarios de grupo".

Experiencia intensa es definida como la que tiene un potencial inminente de muerte así como de que ocurran lesiones físicas severas. Estrés es definido operacionalmente como un deterioro de las funciones psicológicas o la disminución de la capacidad para desempeñar un trabajo orientado hacia algún objetivo (Horvath, 1959: 208). El estrés es la anticipación de que algo perjudicial puede ocurrir en el futuro y requiere de una interpretación de la persona acerca del significado individual de la situación estímulo (Lazarus, 1964:42).

Experiencia súbita se define como la que ocurre sin previo aviso o tan rápidamente que no es posible anticiparla.

Trauma se define como una experiencia emocional, o conmoción, que produce efectos emocionales duraderos (Webster's New Twentieth Century Dictionary of the English Language Unabridged, 1960:1942).

Neurosis traumática es descrita por Fenichel (1945:118) como: 1) el bloqueo o disminución de varias funciones del yo; 2) acciones de emociones incontrolables como la ira y la ansiedad, en ocasiones con ataques compulsivos; 3) insomnio o trastornos del sueño en donde se repite el trauma; también repeticiones durante el día de fracciones o la totalidad del trauma; 4) complicaciones secundarias psiconeuróticas.

Estos criterios pueden evaluarse con la entrevista estructurada criterios (2,3,4), determinándose a nivel de auto-reporte. El MMPI puede servir también como medida de los criterios en los mismos puntos. Aquellos puntajes que aparecen en cualquier escala con más de dos desviaciones por arriba de la norma, serán considerados como de rango neurótico. El TAT y el Rorschach Psychodiagnostic Test (no usado en este estudio) permiten modificaciones para los cuatro criterios de neurosis traumática.

Se propone un modelo de intervención psicológica ante desastres basados en las observaciones de la intervención psicológica realizada a través de las etapas del sismo que se vivió.

CAPITULO II

ANTECEDENTES Y REVISION DE LA LITERATURA

En este capítulo se presenta una revisión de la literatura relacionada con investigaciones sobre desastres, estrés, neurosis traumática y sus correlativos.

A) Definición de desastres.

La palabra Desastre, es definida según Powell (1954) como: "un episodio con consecuencias trágicas como la muerte, desmembramiento, lesiones físicas y la destrucción de la propiedad... es el estrés que actúa sobre la gente y sobre sus patrones comunitarios y de grupos".

Según Daniel Carbajal (1988), el desastre se define "como un cambio brusco que se da durante el desarrollo normal de un país, causado por un fenómeno natural o por el hombre, por accidente o de manera premeditada y que trae como consecuencia cambios sociales y socioeconómicos".

Existen dos formas de definir al desastre:

- a) La primera es objetiva y se da en función de escalas o niveles concretos de las consecuencias del desastre (número de muertos, pérdidas materiales, etc.).
- b) La segunda es subjetiva y se da cuando se define al desastre en función de valores morales.

Quarantelli define al desastre "como situaciones de crisis en las cuales las demandas exceden los recursos" y da ocho características que se vinculan estrechamente con sus potenciales psicogenéticos:

- 1) Proporción de la población afectada.
- 2) Centralidad social de la población afectada.
- 3) Duración de la participación de la población afectada en la crisis.
- 4) Rapidez de la participación de la población en la crisis.
- 5) Previsibilidad de la participación en la crisis.
- 6) Novedad de la crisis.
- 7) Intensidad de la participación de la población en el desastre.
- 8) Repetitividad de la participación.

Las diferentes clasificaciones y categorizaciones de desastres han sido derivadas de consideraciones de su etiología, sus cualidades y sus cursos. La más simple es la distinción entre desastres "naturales" y "hechos por el hombre"; la más antigua; una consecuencia de las fuerzas de la naturaleza y la más reciente; de las fuerzas del hombre. Cabe señalar, sin embargo, que esta distinción es frecuentemente artificial porque ambos factores pueden combinarse, como cuando un accidente automovilístico es causado por una fuerza natural extraordinaria. Las clasificaciones más específicas de desastres podían hacerse siguiendo este tipo de modelo (por ejemplo, desastres por epidemias, desastres por incendios, desastres por inundación, desastres civiles, etcétera). En ese contexto los resultados podían ser más descriptivos que clasificatorios. . Nosotros podríamos distinguir entre desastres de gradual duración contra desastres agudos, penetrantes y de gran duración o los podríamos también catalogar en términos de su severidad con respecto a su cantidad o costo de destrucción (por ejemplo, número de derrumbes, costo para la comunidad, pérdida de vidas o número de heridos).

Una clasificación más compleja ha sido intentada por Berres et. al. (1982). Esta es una tipología de cinco dimensiones basada en las siguientes categorías:

- 1.-Grado del impacto personal.
- 2.-Tipo de desastre.
- 3.-Potencial de ocurrencia o recurrencia.
- 4.-Control sobre un impacto futuro.
- 5.-Duración.

Dentro de esta panorámica, los desastres pueden ser vistos como actos de Dios o eventos intencionales; de corta o larga duración; de grande o pequeño impacto futuro, de grande o pequeño impacto personal y de grande o pequeño potencial de recurrencia. Los resultados contenidos en el formato pueden ser de utilidad para definir ciertos desastres y prever de elementos racionales para la intervención. No obstante, es menester precisar que variación de: diferentes posibilidades se prevén de algunas otras estructuras, en las cuales se puede clasificar el advenimiento de un desastre.

Muchos aspectos de la tipología someramente reseñada, pero ilustrativa en términos de los fines requeridos, puede también aplicarse a los desastres personales. Por ejemplo, en el seno de este ámbito pueden existir elementos de aviso o amenaza, situaciones de impactante estrés y ciertos resultados de inventario y reconstrucción. Esta convergencia de ofrecimiento de apoyo puede aparecer como instancia inicial, pero subsecuentemente la persona afectada puede llegar a sentirse desilusionada, enojada e inmersa en una sensación de soledad. No sobra mencionar que algunos desastres personales pueden parecer ser actos de Dios,* mientras que otros se manifiestan como consecuencia del hombre. Asimismo, algunos amenazan con recurrir y se ven imposibles de controlar; como pueden ser los desastres civiles de las actividades políticas y aquellos otros de carácter personal que ocurren luego de un pequeño aviso (impredecible), que en consonancia no pueden ser prevenidos o controlados. Estos contienen una gran cantidad de elementos estresantes, además de una enorme probabilidad de provocar una prolongada disfunción y al mismo tiempo morbilidad (Raphael).

Los desastres, podemos agregar, son una parte constituyente de la historia humana y podemos encontrarlos en sus múltiples manifestaciones a lo largo de la amplia cadena de acontecimientos derivados de la trayectoria del hombre en el mundo. En este contexto, es conveniente adentrarnos en las manifestaciones mencionadas, con el objeto de ilustrar el proceso referencial.

b) Descripción de las etapas del desastre.

Una manera sistemática de revisar la literatura sobre desastres es ordenarla en secuencias de tiempo -desde las anteriores al momento de desastre hasta después de la recuperación. A cada fase del desastre se asocian diversas maneras de reacción y patrones de conducta. Las fases no son mutuamente excluyentes aunque sí presentan la experiencia en forma de secuencia. Para el efecto se usó el sistema elaborado por Powell y Rayner (1952) para revisar la literatura sobre estudios de desastres y otros campos relacionados. Estos autores sugieren

* Consultar Kalish, y Reynolds sobre aspectos culturales sobre la muerte.

que se describa la experiencia de desastres en 7 fases:

- 1.- **Aviso o Advertencia:** Período en el que hay cierta aprensión al respecto de las condiciones de las que puede surgir algún peligro.
- 2.- **Amenaza:** Período en el cual se hace a la gente consciente del desastre en sí; del peligro inminente.
- 3.- **Impacto:** Período del desastre en el que se toma conciencia de la muerte, el daño y la destrucción.
- 4.- **Inventario:** Período en el que los sobrevivientes del desastre comienzan a evaluar lo que ha ocurrido en relación a ellos mismos y al medio ambiente.
- 5.- **Rescate:** Fase en la que se proporciona ayuda inmediata y de emergencia a los sobrevivientes.
- 6.- **Remedio:** Período de actividad más formal en el que se proporciona a los sobrevivientes la atención y los cuidados necesarios a través de agencias de socorro externas.
- 7.- **Recuperación:** Período generalmente largo en el que la comunidad y sus sobrevivientes buscan adaptarse, de manera más estable, a los destrozos provocados por el desastre.

En las siguientes secciones se analizará el proceso de la víctima de un desastre en cada etapa sucesiva, lo que nos proporciona indicios

sobre su respuesta y sentir en las siguientes fases. La importancia de estas fases radica en la relación que cada una tiene con las siguientes para así poder determinar la conducta durante el proceso de desastre.

Periodo de aviso: El periodo de aviso es el primero, y es una fase especialmente importante del desastre. Su importancia radica en su papel de iniciador del tipo de respuesta ante el desastre que el individuo experimentará.

Es durante este periodo donde se manifestará la conducta eficaz o fútil durante un desastre. El individuo experimenta por primera vez la ansiedad ante la amenaza inminente. La manera en la que esta ansiedad o aprensión se reciba y se maneje se reflejará en la conducta que el individuo manifestará durante y después del desastre (Chapman, 1962).

La mayoría de las personas actúan con bastante valor y prudencia ante el aviso, aunque se mantienen atentos a sus manifestaciones tomando precauciones. Existe una minoría que sobre-reacciona o reacciona demasiado poco al reprimir o exagerar la ansiedad. Estos individuos, por lo general, tienen una estructura emocional débil y, por lo tanto, no pueden manejar un mayor nivel de ansiedad.

En un estudio realizado por Hudson (1954) se distrajo a un grupo de estudiantes universitarios que asistían a una conferencia, con grabaciones de sonidos de explosiones, sirenas y gritos. Los resultados indicaron que existe una amplia gama de reacciones emocionales ante estímulos potencialmente alarmantes tan ambiguos. Posteriormente se desarrollaron hipótesis interpretativas y se observó que cuando éstas son confusas y están en conflicto, la ansiedad aumenta, además de que cuando un número mayor de personas angustiadas percibe a los demás angustiados, se crea también el apoyo cognitivo necesario para su propia aprensión.

Janis (1958) analizó la conducta de pacientes antes de una operación de cirugía mayor y observó reacciones muy similares: desde una negación absoluta de la existencia del peligro, hasta el miedo exagerado.

Al analizar esta primera etapa, la de aviso, nos damos cuenta de que, debido a la ambigüedad en las señales de peligro, se producen reacciones muy diversas (Wolfenstein, 1957; Hudson, 1954; Janis 1958; Killian, 1956; Conrill, 1940).

Killian describió que en una explosión en una fábrica de fuegos artificiales en la que se formó una nube de humo, algunos residentes de la zona pensaron que se trataba de un ataque atómico. Otro ejemplo es el estudio clásico de Cantril de las reacciones que tuvo la población ante el programa de radio que simulaba "una invasión de Marte".

Cualquier análisis sobre el periodo de aviso se debe centrar en la búsqueda del ser humano por encontrar seguridad ante la ausencia de información confiable (Chapman, 1962). Cuando se carece de estructura durante este periodo, por falta de avisos explícitos, se puede esperar confusión pública y conductas exageradas (Cantril, 1940). Un hallazgo relacionado es que aquellos que con anterioridad han pasado por experiencias de peligros similares o que han sido entrenados para detectar y combatir el peligro, por lo general, son más capaces de canalizar sus dudas hacia una autoprotección más racional (Katz et al. 1960; Mack y Baker, 1961).

Es importante recordar que un estado de alarma prolongado anterior al desastre, determinará hasta cierto grado el tipo de efecto que éste tendrá sobre los sobrevivientes. Kent y Gladys Lang (1964:70) indican que "un desastre totalmente inesperado, sin precedentes e indiscriminado, creará la máxima desorganización y por lo tanto, será una gran amenaza para la moral. Por ser inesperado trastornará las expectativas cognoscitivas".

Periodo de amenaza: Al revisar la literatura relacionada a la amenaza, vemos que ésta se encuentra íntimamente ligada al estrés, a mecanismos de defensa, a percepción y cognición, a conflicto y tensión, a teorías de aprendizaje y a teorías de sistemas.

Durante la fase de amenaza de desastre, los seres humanos encáran, sólo que de manera más urgente, los mismos problemas de resolución de la ambigüedad perceptual, que durante la fase de aviso. Hay evidencia (Killian, 1956) de que los avisos de desastres probables, pero sin realizar, son bien recibidos si la gente está convencida de que éste pudo en verdad haber ocurrido. Por otro lado, también hay evidencia de una disposición para resentir avisos que resultaron ser prematuros, excesivamente cautelosos, o irracionales.

Withey (1962) nos indica que existen por lo menos 5 características primitivas ante el factor de amenaza:

- 1.- Probabilidad de que ocurra el evento presagiado.
- 2.- Naturaleza cualitativa de la amenaza- dolor físico, pérdida de algún ser querido, etcétera.
- 3.- Magnitud estimada de pérdidas.
- 4.- Tiempo -inminencia y duración.
- 5.- Posibilidad de escape o de adaptación.

De aquí se pueden construir varias definiciones de amenaza.

El concepto de amenaza es muy similar al de estrés. Están tan íntimamente ligados que pueden considerarse intercambiables. Al revisar la literatura sobre estrés o amenaza, podemos darnos cuenta de que uno de los problemas más importantes en investigaciones referenciales es la definición del término en sí. Se puede pensar en estrés como una respuesta tanto de naturaleza psicológica como fisiológica. El problema principal en la revisión de la literatura sobre estrés, es que se ha usado este concepto con muy diversos sentidos y parece ser que ya no existe algo único llamado estrés. Sin embargo, la definición se ha propuesto que sea un estado que ocurre cuando se somete a un individuo a condiciones que perturban o amenazan variables psicológicas y/o fisiológicas cruciales dentro de sus límites normales.

El concepto de amenaza cabe dentro de varios sistemas de investigación. En la teoría de personalidad, se desarrolló el concepto de mecanismos de defensa para clasificar los diferentes modos y medios de manejar la amenaza a la personalidad (Menninger, 1954). En fisiología, el concepto de homeostasis dio lugar al concepto de estrés, (Selye, 1950).⁴ En el campo de la motivación se manejan los conceptos de necesidades, frustraciones, castigo, miedo y tensión (Murray, 1938; Basowitz et al., 1955). En teoría de aprendizaje, la ley de efecto, la abstención de aprender y otros conceptos, han tratado los aspectos del problema de adaptación a estímulos amenazantes o estresantes.

Basándose en situaciones de estímulo, el individuo se concibe a sí mismo como un ser que responde a cambios en el medio ambiente para mantener el equilibrio en su relación con su medio ambiente. El individuo sufre de estrés cuando algún aspecto de esta relación se ve amenazado.

⁴Hans Selye origino el término "le stress" en francés e introdujo el concepto (1956).

Cabe señalar que las definiciones de término basadas tanto en estímulos como en respuestas, hacen hincapié en las condiciones experimentales que pueden inducir al estrés y también en las respuestas conductuales que reflejan este estado. Freeman (1945) define al estrés psicológico como una amenaza que hace que la conducta oscile más allá de sus límites normales de variación y regrese lentamente a su punto medio. Pascal (1951) lo percibe como una amenaza a la gratificación de necesidades que puede medirse en términos de déficit funcional. Schaffer (1954) lo define como lo que ocurre cuando un organismo es incapaz de tener una respuesta de adaptación a un desajuste en relación a su medio ambiente. Lazarus y otros (1952) indican que no existe una definición adecuada en términos de estímulo-respuesta para el concepto de estrés psicológico.

Como resultado de la confusión que aparece alrededor de la definición de estrés los investigadores se han alejado del intento de definir el término en sí para tratar de definir las situaciones que lo generan. Cada vez se pone mayor énfasis en definir situaciones que son estresantes (Radloff y Helmsreich, 1968).

MODELO DE ESTRES

C) EL FACTOR ESTRES VISTO A TRAVÉS DE LAS ETAPAS.

La siguiente sección es una revisión de algunos modelos de estrés en la literatura. Estos modelos son marcos conceptuales que intentan explicar la conducta de referencia. Los modelos se pueden dividir en dos categorías fundamentales: la bioquímica y la psicología.

El modelo de estrés de Selye (1956) es bioquímico y se ocupa del análisis de los niveles fisiológicos y bioquímicos del funcionamiento humano.

Selye y sus colegas describieron lo que se conoce como el síndrome de adaptación general (Selye, 1956) que se dividen en: (1) reacción de alarma, (2) etapa de resistencia, y (3) etapa de agotamiento. La primera etapa incluye una fase de impacto inicial (en la que se activan los mecanismos de defensa). En la segunda etapa existe un máximo de adaptación. Si el motivo estresante persiste, entonces sobreviene una etapa de agotamiento en la que se desploman los mecanismos de adaptación.

Otro modelo de estrés es el propuesto por Ashby (1952). Según él, la conducta puede ser medida como una línea que muestra cambios cuantitati-

vos dentro de un gráfico con ciertas medidas de conducta y una abscisa que marca el pasar del tiempo. A esta línea la denomina "línea de conducta". Indica que si esta línea de conducta llegara a entrar en una zona crítica o llegara a extenderse demasiado hacia una conducta en particular, la supervivencia del organismo se vería amenazada. Un ejemplo de esto es cuando los seres humanos, en algún momento de estar caminando continuamente, caen por agotamiento.

En 1952 Asby introduce el concepto de otro tipo de funciones (funciones relacionadas) para explicar lo que sucede cuando la línea de conducta se aproxima a estas zonas críticas. La conducta del organismo cambia de repente. Este cambio repentino altera el sistema y permanece así hasta que se restablece la seguridad o el equilibrio.

El sistema de necesidades de Murray (1938) nos llevaría a creer que la frustración de necesidades constituye una amenaza. Anna Freud (1946) en su ensayo sobre mecanismos de defensa, comenta sobre las medidas defensivas del yo ante peligros externos e internos. Se sugiere que el organismo hace un sacrificio para mantener la integridad total de la entidad viviente. Pero el sacrificio puede ser "estresante" y sólo es aceptado en casos de supervivencia o cuando previene un sacrificio mayor.

Menninger (1954) sugiere que se puede aplicar el principio de mantener un estado estable de homeostasis a los fenómenos psicológicos y a la teoría psicoanalítica. Afirma que se puede considerar al yo como la entidad que mantiene un nivel de tensión tolerable, productivo y satisfactorio así como consistente con el crecimiento.

Menninger describe seis etapas de reacción al estrés. En la primera el yo mantiene una homeostasis psicodinámica al sentir mayor tensión y reacciona poniendo en marcha de algún tipo de mecanismo regulador para mitigar el estrés (generalmente una hiper-represión). La segunda etapa se deriva de la primera y es en la que usa algún mecanismo del primer orden como la represión hiper-represión. Esto causa la llamada rigidez de la conducta. Otro mecanismo de este orden sería la hipertensión del yo o sea el incremento en los estados de alerta, irritabilidad, distracción, "tensión", "nerviosismo". Otros mecanismos de esta etapa son el hipersentimentalismo, la hiperdresis, la hiperintelectualización, la hipercompensa-

ción y algunas disfunciones somáticas menores. Sólo se desencadenan los mecanismos reguladores del segundo orden si los del primero no logran reducir satisfactoriamente el estrés del yo. Un ejemplo de mecanismo regulador de esta etapa (3a.) es un alejamiento parcial de la realidad. La cuarta etapa (o mecanismo de tercer orden) está representada por una ruptura transitoria del yo. La quinta etapa (o mecanismo de cuarto orden) se refiere a la psicosis reversible. La última etapa (o mecanismo del quinto orden) tiene como resultado la psicosis irreversible.

Basowitz y otros (1955) han desarrollado un modelo de motivación de estrés basado en un estudio de hombres en combate. El modelo considera a la ansiedad, el estrés y las situaciones estresantes como los conceptos centrales. Basowitz define a la ansiedad como una experiencia consciente y reportable de temor y presentimientos intensos. La teoría detrás de este modelo considera que cualquier estímulo tiene el potencial para evocar la ansiedad -algunos más que otros-. Según Basowitz, los estímulos afectan al organismo en forma jerárquica. En una punta de la jerarquía, se encuentran los estímulos que producen una mínima cantidad de estrés en los organismos y en el otro extremo de la jerarquía, se localizan los estímulos que producen reacciones intensas en la mayoría de los organismos. En otras palabras, Basowitz ve ciertos tipos de estímulos como estresantes sin relación a la respuesta. A pesar del hecho de que los estímulos puedan provocar respuestas diversas, se considera a dichos estímulos como estresantes por su efecto supuesto o potencial.

Grinker y Spiegel (1945) ofrecen un modelo psicossomático del estrés. Como en la teoría de sistemas, las tensiones que se estimulan en un organismo, bajo condiciones amenazantes, a menudo llevan a la desorganización de los procesos psicológicos y fisiológicos.

Periodo de impacto: El impacto puede ser casi simultáneo con los periodos de aviso y amenaza en un desastre repentino. Este periodo es cuando sucede el desastre. Las actividades se limitan a sobrevivir la embestida de cualquier manera posible.

Las investigaciones han demostrado que rara vez existe pánico en momentos de desastre. La conducta durante el desastre es por lo general racional, valiente y tranquila (Chapman, 1962). El pánico, aunque poco

Fue éste en los años de desastre (Janis et. al., 1955) puede ocurrir cuando (1) la gente percibe un peligro inmediato y severo; (2) cree que sólo existe una ruta limitada de escape y que ésta está a punto de ser bloqueada; y (3) cuando recibe información contradictoria.

Wolfenstein (1957) analizó el mito de pánico de masas inevitable y piensa que se relaciona con los temores y fantasmas de impulsos desenfrenados del neurótico que lucha en contra de la amenaza de su impulsividad fuertemente dominada. Un elemento de falta de confianza en nosotros mismos, puede hacernos extremadamente receptivos a la creencia de que la mayoría de la gente en peligro se desmoronará. Si el desastre vino con un pequeño o ningún aviso, o después de una tímida anticipación, este impacto traerá como consecuencia elementos físicos terribles a la catástrofe particular.

a) Impacto.

Cuando hubo un pequeño aviso o no lo hubo, predominará en un futuro un sentido del choque traumático. Las respuestas más recientes son cargadas con sentimientos de parálisis, irrealidad y miedo. Hay impulsos intensos como el intento individual de interpretar lo que sucederá en un futuro, pero el individuo no puede entender la fuente o aún la causa del trastorno físico de su medio ambiente.

La interpretación del desastre sin aviso previo, frecuentemente da paso a interpretaciones en términos de experiencias pasadas, o miedos producidos por fantasmas. Por ejemplo, cuando los tornados, huracanes y ciclones atacan, la gente que no ha escuchado, o no ha puesto atención al aviso puede pensar que está siendo atacada, que hay una explosión o un bombardeo. En una reciente explosión en México (en San Juan Ixhuatpec), el bongo que se formó con las llamas y el humo, fue interpretado por algunos como ataque nuclear.

No menos inesperado fue para aquellos que sufrieron la primera explosión de la bomba atómica. Los elementos del impacto fueron enormes. En Hiroshima, la sincronización se agregó a la irregularidad; porque fue antes de las 8:00 A.M. cuando la gente iba en camino al trabajo, las amas de casa preparaban el desayuno y los niños estaban afuera cuando ocurrió la explosión absolutamente imprevista, sin que la mayoría de las personas supiera qué pasaba o qué era lo

estaba pasando.

El efecto de "tiempo" es quizás más marcado cuando la gente está durmiendo y se le hace difícil entender lo que está pasando. Este fue el caso del terremoto de Managua, el cual ocurrió antes de la medianoche; o el temblor de San Francisco, el que empezó poco antes de las 5:00 A.M. El Titanic chocó con un "iceberg" a las 11:40 P.M., y se hundió el domingo en la mañana. Poca gente se dio cuenta de lo que había pasado. Muchos tuvieron que ser despertados para escapar del hundimiento.

De este modo el "tiempo" de un impacto inesperado puede hacer aún más difícil que la gente prepare, interprete, o responda ante un desastre.

En tales circunstancias la "ilusión de centralidad", la creencia de la persona, a pensar que él o ella es la única afectada, probablemente será más prominente. En tal condición de emergencia, las interpretaciones son, inevitablemente, enfocadas a sí mismo.

Junto con el sorpresivo y dramático impacto de las fuerzas físicas masivas viene la percepción sensorial dominante. Esta dispara las más primitivas y básicas asociaciones. Después de un largo impacto ciertas percepciones sensoriales pueden permanecer como recuerdos espantosos en la memoria. El horrible sonido de ciclones o huracanes, cuando el viento parece taladrar los oídos, rasga los sentidos y lo atormenta. El inquietante retumbo de la tierra, combinado con lo impresionante de la fuerza mecánica, hace que los individuos perciban que se va a producir un temblor. La intensidad de una explosión, los ruidos que provoca el fuego y los gritos agudos de la atmósfera, son extraños y primitivos sonidos. Especialmente después del impacto, cuando el ruido de las estructuras hechas por el hombre han sido destruidos. Existe también la quietud de los animales y pájaros, el silencio que oculta otros sonidos.

Las experiencias vividas en forma visual son, frecuentemente, recordadas por siempre por las víctimas de desastres. Aquellos que vivieron, desde el principio hasta el final, un incendio forestal (en Australia) describen grandes bolas de fuego, paredes de fuego, árboles incendiados y flamas elevadas.

Sobrevivientes del desastre de Búfalo Creek frecuentemente recuerdan imágenes de lodo negro, partículas y agua. -"Esto fue como un gran océano negro". Aquellos que sobrevivieron al desastre de Hiroshima recuerdan

claramente el terrible "resplandor" de los primeros signos de la bomba que precedieron al movimiento y subsecuente destrucción. Algunos evocan más los olores del desastre —el olor del humo y polvo, o la acidez química, el incendio de carne humana y, más tarde, la putrefacción de los cuerpos.

Las percepciones mecánicas son usualmente movimientos de choque o fuerzas de algún poder asociado con el desastre. Este poder es frecuentemente superior a lo que la víctima podría haber imaginado.

Las inundaciones y los accidentes aéreos pueden provocar estas reacciones también. Como otras percepciones sensoriales durante el impacto, estas percepciones mecánicas son increíblemente extrañas e intensas y cuanto más grandes sean, más reforzarán la fragilidad e impotencia en el organismo humano.

Cuando se "conoce" el impacto de la catástrofe a nivel personal y comunitario, las reacciones serán menos traumáticas. Las percepciones sensoriales son esencialmente las mismas en un desastre sin aviso que con él; pero el impacto es menor.

Aunque el individuo puede estar menos temeroso, ya que al menos, conoce en términos generales la naturaleza del "demonio" que él vive. El puede dirigir sus pensamientos y acciones para combatir o para anticipar lo que se podría hacer cuando esto suceda. Para el individuo es más probable conocer, qué acción tomará, y cómo y cuándo esto pasará.

b) La experiencia emocional durante el impacto.

Nuestro conocimiento de la conducta durante el periodo de intenso impacto viene principalmente de dos fuentes: la descripción de aquellos que tienen experiencia en desastres y de estudios sociológicos, psicológicos y psiquiátricos.

Primero, hay impulsos elevados y el individuo es orientado principalmente a la protección de sí mismo. Los sentimientos de miedo son intensos si hay peligro y amenaza de perder la vida. Lo primordial para un grupo es la respuesta individual y el interés personal, pero cuando los vínculos son intensos, como entre madre e hijo, ésta puede sobrepasar el interés por sí mismo. La supervivencia es meta principal. La persona puede sentir que está moribunda, que la muerte y la destrucción están cerca, e imágenes de su vida pasada pueden llegar a su mente con la celeridad consabida.

El impulso es muy grande. Pero poca gente, sin embargo, muestra conductas poco adaptativas en la fase de estresor. La mayoría controla sus miedos. En la fase de impacto puede haber clamor y gritos si el terror es grande, pero ésto no es muy común y puede ser peligrosamente determinado por la cultura, el sexo y otros factores.

Con el incremento de la vigilancia, el individuo da un vistazo al medio ambiente para tener una idea del nivel de peligro y la naturaleza de la amenaza personal. Puede haber muchos componentes diferentes de amenaza, cada una de las cuales traerá su propio y particular tipo de miedo.

El miedo es la dominante y apropiada respuesta cuando el desastre es severo y la supervivencia está amenazada. Este miedo se hace presente por medio de ansiedad, palpitación acelerada del corazón, respiración agitada y tensión en los músculos. El miedo puede ser sentido por sí mismo, por otros, por el futuro, por la vida, o por la sociedad. Sobreimpuesto a este miedo racional puede estar todo el miedo irracional de origen consciente e inconsciente, simbólicamente vinculado con la muerte, mutilación, destrucción y pérdida.

Aún entonces, el miedo es natural y adaptativo a la sobrevivencia; la gente está frecuentemente avergonzada de experimentar tal emoción, porque en muchas culturas es percibida como un signo de insuficiencia.

El sentimiento de impotencia es una emoción mayor, concomitante con el impacto, cuando una persona observa que las fuerzas son tales que la acción humana parece pequeña, que uno está atrapado o no puede escapar, y que dichas acciones no pueden asegurar la supervivencia de uno mismo o de aquellos a quienes se quiere. Cuando los desastres continúan, la persona es inevitablemente confrontada con su propia incapacidad. El miedo aumenta, así como el sentimiento de impotencia, el cual puede llevar a miedos mayores. Sentimientos de la infancia poco poderosos e inadecuados pueden reaparecer. Y pueden estar presentes sentimientos de remordimiento, frustración e ira. Pero la impotencia predomina, como un factor mayor en la impresión traumática de la calamidad.

El sentimiento de abandono, puede ser otro poderoso y espantoso componente de la experiencia emocional del desastre. La persona o grupo puede sentirse abandonado por Dios y por los hombres. Wolfenstein (1957)

percibe este sentimiento como una parte mayor de la crisis de la experiencia del desastre, parcialmente si la persona está aislada y sola. Esto puede estar vinculado con la experiencia de impotencia. Para algunas personas, la primera experiencia de desesperanza y abandono podría reaparecer, añadiendo a esto la alineación absoluta. Los niños que son separados de sus padres podrían sentir que todas las cosas buenas se han ido de ellos. Pero aún los adultos pueden perder su sentido de prepotencia e invulnerabilidad.

El deseo para aliviarse y ser rescatado es intenso. Las súplicas pueden ser absolutas y por años; las personas piden a Dios que no les quite la vida en ese momento. Juntos a esto hay un anhelo porque no sea el final; y sobre todo un deseo de estar a salvo. Algunas veces, especialmente cuando el desastre es prolongado, la muerte puede ser deseada para poner fin al miedo y sufrimiento que se está viviendo. Frecuentemente hay también sentimientos de remordimiento y arrepentimiento hacia aquellos que han perdido algo y existe un deseo de tener una segunda oportunidad. Aquí, puede ser reconocida la vida y los valores. Puede verse también lo que Kübler-Ross (1969), en un contexto diferente, llamó el "contrato", donde la persona, por ejemplo, puede decirse a sí mismo: "Dios, si tú me dejas vivir más tiempo seré una mejor persona en el futuro llevaré una vida diferente... Te lo prometo si tú me dejas más tiempo. Déjame sobrevivir... Déjame sobrevivir con mis seres queridos..."

El impacto de un desastre puede ser corto o prolongado. Una sorprendente explosión puede ser muy corta, una inundación puede durar muchas horas (por ejemplo la inundación de Tampico en 1955). Una persona puede estar atrapada en un vehículo chocado por minutos, horas o algunas veces días.

La percepción de la duración no siempre corresponde a la realidad. El tiempo puede parecer corto o la persona puede sentir que todo el tiempo está suspendido, que él está bloqueado y atrapado en el momento del impacto. Esto puede parecer como una carrera en su pensamiento. La percepción individual del tiempo puede estar con él después, como una parte viva de su memoria. (Zaidenweber, J., 1987).*

Es difícil definir cuándo el peligro del impacto es pasajero y no seguirá con el tiempo. Muchos desastres traen amenazas secundarias

* Consultar libro "Vibraciones" edit. Diana 1987.

que parecen una continuación del impacto. Por ejemplo, incendios después de temblores y bombardeos. Lo más prolongado es la experiencia estresante; lo más grave, lo más difícil es el trauma, así como el peligro de perder la vida.

En algunas experiencias sobre desastres humanos la duración puede ser prolongada días, semanas, meses o aún años. Esto ocurre en campos de concentración o en aquellas áreas con largos periodos de sequía y hambre. Aquí la sobrevivencia parecerá garantizada únicamente si la gente puede excluirse emocionalmente de la repetición mental del horror de la experiencia.

Periodo de inventario: Después de un desastre, el inventario principia cuando los sobrevivientes aturdidos comienzan a comprender lo que ha ocurrido. Wolfenstein (1957), al describir este período, analiza dos conceptos principales: (1) la ilusión de ser el centro y (2) la sensación de abandono.

La ilusión de ser el centro es la tendencia de una persona a creer que es la única que ha sido afectada o que ha sido víctima y que el impacto estaba dirigido hacia ella más que a otras personas. Al pasar por una experiencia aterradora la víctima del desastre puede tender a aislarse emocionalmente del resto del mundo, contriéndose en su propia persona amanzada (Wolfenstein, 1957).

Wolfenstein propone tres hipótesis en las que puede estar basado el concepto de ser "el centro". Estas son (1) la suposición de que "todo ha ocurrido a nadie más" puede reflejar la falta temporal de interés por los demás; (2) la suposición de que la experiencia del desastre es un castigo por haber pecado; y (3) la suposición de que la familia de uno está maldita o "mal aventurada" está relacionada con la culpa generada por sentimientos inconscientes de odio y amor incestuoso dentro de la familia.

Cuando la víctima del desastre descubre que su impresión inicial era incorrecta, sufre un segundo impacto. Percibe al medio ambiente

tan dañado como la persona misma y los recursos esperados de encontrar refugio y ayuda se ven tristemente reducidos. A partir de esta comprensión surge una sensación de abandono.

Wolfenstein advierte que la sensación de abandono juega un papel importante en la aflicción emocional de una experiencia de desastre. Según Sullivan (1953), esto puede tener su origen en la infancia.

La separación de los demás en momentos de desastre intensifica la sensación de desamparo (Wolfenstein, 1957). Por el contrario, cuando se sufre un desastre en compañía de otros o de seres queridos, la sensación de abandono parece menos desoladora (Young, 1954).

En relatos de sus experiencias, las víctimas de desastre, a menudo reportan sentimientos intensos de amor por los demás y de gran bondad de los otros hacia ellos (Wolfenstein, 1957). Esta autora piensa que tal conducta se deriva de la sensación anterior de abandono. Cualquier ofrecimiento de rescatar al individuo de su soledad se percibe como de gran significado amoroso.

Otro resultado frecuente de una experiencia de desastre es la intensificación de la fe religiosa (Wolfenstein, 1957). Esto también se encuentra en varios relatos y reportes de aquellos que sobrevivieron tragedias de guerra (Frankl, 1976). Así como una fe cálida en la humanidad precede a la sensación de abandono, así un sentido de cercanía a Dios puede suceder al sentimiento de que Dios ha retirado su protección al dejar al individuo presa del suceso desastroso que ha tenido lugar.

Los sentimientos de intensa ansiedad tienen sus orígenes en estas experiencias. Se cree que esta ansiedad producida juega un papel importante en lo que Wallace (1956) denomina el "síndrome de desastre".

Periodo de rescate: Cuando las víctimas de un desastre comienzan a recuperar su movilidad, valoran su situación y toman medidas para salir adelante, es cuando principia el periodo de rescate (Chapman, 1962). Aunque algunas personas se recuperan con bastante rapidez, del impacto inmediato causado por el desastre, otros no salen de la condición de estupor sino muchas horas después. Esto es lo que Wallace llama "síndrome de desastre".

Según Wallace, las víctimas de desastre muestran inmediatamente después del suceso ausencia de emoción, falta de respuesta a estímulos

presentes, inhibición de actividades exteriores, docilidad y falta de exigencias (1956). La negación es un proceso central de este síndrome. Wolfenstein (1957) ilustra este mecanismo en sus ejemplos de intentos por parte de las víctimas de negar la realidad del suceso. Como el individuo se encuentra abrumado por estímulos amenazantes, gasta sus energías en superar la experiencia repentina y terrible. Este proceso de preocupación impide al sistema aceptar más estímulos. La falta de conciencia en relación a las heridas es otra negación que ella menciona. Y otra es el desmayo (Fenichel, 1945).

Si uno toma en consideración la combinación de desinterés emocional, la falta de respuesta ante estímulos externos y la inhibición de actividades, el síndrome clínico que estos síntomas sugieren es la depresión. Este fenómeno puede ser considerado como la destrucción de la autoestima del individuo (Wolfenstein, 1957).

Otros síndromes clínicos que pueden surgir a partir de una experiencia de desastre son los que se relacionan con estímulos que abrumen al sistema. Estos son: reacciones hipocondríacas de ansiedad, reacciones histéricas de ansiedad y reacciones de desadaptación neurótica general (Fenichel, 1945).

Si la teoría psicoanalítica sobre la depresión es correcta, entonces todas las enfermedades depresivas son una especie de duelo y se espera que éstas sean particularmente comunes después de una desgracia. Se ha reportado que las desgracias son un factor precipitante de la colitis ulcerativa y de la artritis reumatoide (Lindemann, 1945), del asma (Mc. Dermott y Cobb, 1939), de las leucemias (Greene, 1954; Greene et al., 1956; Greene y Miller, 1958), y también de una variedad de condiciones psiquiátricas que incluyen estados de ansiedad e histeria (Anderson, 1949), condiciones fóbicas y obsesivo-convulsivas (Roth, 1959) y de presión (Travis, 1933).

Varios autores han descrito síndromes específicos como variantes de aflicción normal. Estos fueron sistemáticamente descritos por primera vez por Lindemann (1944), quien los dividió en reacciones retardadas y reacciones distorsionadas. Las primeras parecen ocurrir después de una demora que puede darar de unas cuantas semanas a unos cuantos años y en ocasiones adoptan la forma de reacciones de aniversario (Hilgard

y Newman, 1959; Brewster, 1952). Las reacciones distorsionadas son por lo general, prolongadas y se puede disminuir el efecto depresivo del pesar (Deutsh, 1937; Lewin, 1951).

Los individuos dependiendo de sus tendencias emocionales anteriores, serán más o menos susceptibles a depresiones post-desastre o a otras reacciones de ansiedad (Wolfenstein, 1957; Farber, 1967). Un autor indica que la personalidad prepatológica es una variable importante en la formación de la personalidad post-desastre (Farber, 1967).

La pregunta, "¿cuánta enfermedad mental sería 'puede resultar de la tensión, crisis y privación que ocasiona un desastre?', no es tan directa como varios investigadores piensan al tratar de contestarla (Chapman, 1962). Hay muchas variables que actúan para influir en el surgimiento de una personalidad post-desastre. Algunas de éstas son: (1) la gravedad del desastre, (2) el daño físico incurrido, (3) la pérdida de algún ser querido, (4) efectos de los periodos de aviso y amenaza, (5) personalidad prepatológica del sobreviviente, (6) base fisiológica del individuo y (7) normas culturales (Finkelstein et al., 1957; Zborowski, 1952; Fritz y Williams, 1957; Janis, 1962).

Periodo de remedio y recuperación: Este periodo se da en una atmósfera de vigorosa moral. Es un momento de cicatrización en el que la población, víctima del desastre, busca medidas de recuperación planeadas a más largo plazo.

Después de un evento catastrófico, la gente tiende a experimentar de nuevo la experiencia una y otra vez en su memoria. Como lo indica Wolfenstein (1957). Es este revivir otra vez la experiencia, lo que actúa para extinguir gradualmente a través de evocaciones repetidas en la imaginación, el estímulo de temor".

Wolfenstein también indica que hay en este proceso de recuperación a través de la repetición, dos variantes dicotómicas. La primera es una total represión del suceso desastroso que el sobreviviente percibe como insoportable. El extremo de este ejemplo es la amnesia. En otros casos, el sobreviviente no puede hablar del incidente, no quiere oír hablar de él y puede llegar a evitar cualquier confrontación con el mundo exterior. Lo opuesto de esta variante es el individuo que se encuen-

tra obsesionado por la experiencia de desastre sin sentir ninguna mejoría al evocar el recuerdo doloroso. Sus pensamientos y energías están agobiados por estímulos angustiosos del suceso.

Al considerar la reevocación repetida en la memoria del suceso angustioso, se ha notado (Wolfenstein, 1957) que la necesidad de tener reevocaciones subsiguientes es proporcional a la falta de preparación anterior. La anticipación requiere de exponerse uno mismo a un evento con anterioridad, en la imaginación para así reducir lo imprevisto de la situación por venir.

La víctima de desastre es a menudo tensa e inquieta, incapaz de suspender los efectos de su experiencia. Una consecuencia de esto es que puede haber problemas para dormir. Cuando el sujeto por fin logra quedarse dormido, frecuentemente tiene sueños recurrentes de la experiencia aterradora. Existen fuertes sentimientos de ansiedad en ocasiones, de rabia. Las funciones del yo se encuentran en un punto mínimo como resultado del fuerte desgaste del sistema en su totalidad. Aparte de estos síntomas, la víctima de desastre puede sufrir de complicaciones psiconeuróticas: depresión, hipocondría, histeria, o desajuste neurótico general (Fenichel, 1945).

Freud en 1924 describió estos síntomas en una condición que denominó "neurosis traumática". Comparaba esta condición a la de una neurosis originada por la incapacidad de manejar una experiencia afectiva abrumadora (Freud, 1975).

Se dice en el concepto de neurosis traumática, que cada vez que falla el mantenimiento de un equilibrio relativo, surge un estado de emergencia. Lo que puede percibirse, para algunas personas, como de intensidad abrumadora, puede no afectar de la misma manera a otros; sin embargo, hay ciertos estímulos que son abrumadores para todo el mundo (Basowitz et al. 1957). El factor más importante, sin embargo, está relacionado con las represiones. Aquellas personas cuya capacidad de descarga se encuentra totalmente agotada por represiones anteriores, muestran menor capacidad para estímulos intensos (Fenichel 1945).

Freud ha indicado que en la etiología de las neurosis, la causa precipitante y la disposición neurótica son complementarias (Freud, 1920). El individuo que tiene una predisposición neurótica responderá

aun a dificultades menores con una reactivación de sus conflictos infantiles y, por lo tanto, con una neurosis; un individuo con una predisposición menor también puede desarrollar una neurosis si las experiencias de su vida son lo suficientemente severas (Fenichel, 1945).³

Las conductas y el proceso de desastre han sido ya trazados. Parece haber un consenso en la literatura que los desastres fluctúan en un continuo, de menos traumático a más traumático, dependiendo de algunas circunstancias. En casos de desórdenes afectivos menos intensos, la personalidad del individuo se vuelve irritable, pero a menudo se rehabilita con un mínimo o con ningún desajuste, aunque en los casos de trauma severo frecuentemente existe un daño muy definido y permanente. Posiblemente se puede entender este continuo como una dicotomía en la que la diferencia principal entre desórdenes temporales o permanentes es el factor de intensidad. Se ha mencionado con anterioridad que cada individuo tiene su propia tolerancia hacia situaciones estresantes. Algunos estímulos afectan a algunos y a otros no, pero hay otros estímulos en los que no hay escape alguno a sus efectos destructivos. Es como si en algún punto el organismo humano impllosionara, hiciera un corto circuito, se hiciera pedazos permanentemente, o cualquier otra cosa que denomine la misma experiencia. En términos de sistemas generales, "todos los sistemas tienen su límite" y cuando lo rebasan, el sistema cede. Este principio puede servir para entender las experiencias traumáticas.

E) Elaborar el Encuentro personal con la muerte.

La experiencia del desastre debe de ser integrada con respecto a la pérdida de la omnipotencia e invulnerabilidad personal al encuentro con la muerte. A veces esto está compensado a través de un sentido de invencibilidad. Al respecto, Freud señala que en los sueños uno siempre

* Fenichel (1945:118) describe el proceso de neurosis traumática: "...cantidades incontrolables de excitación creadas por eventos traumáticos igual que aquellos creados por conflictos extenuantes y crónicos, generando sensaciones dolorosas de tensión y potencializando intentos patológicos y arcaicos para controlar lo incontrolable..."

es el espectador ante la muerte de los demás y ante la propia. El inconsciente no conoce temporalidad y se considera invencible. Esta explicación da lugar a actos heroicos o que retan a la muerte. Dicho de otra forma, la persona siente que le ha ganado la batalla a la muerte y por lo tanto la reta otra vez.

Al entender la muerte, el sobreviviente a veces cae en un sentimiento de culpa relacionado con la creencia de que comprobó la vida a consecuencia de la muerte de otros. Cualquiera que sea la circunstancia, el sobreviviente a menudo se obsesiona con esto y lo conduce a justificar esta experiencia y se culpa. De cualquier forma algunas escenas le surgirán en la mente, al igual que efectos visuales y auditivos y otras sensaciones que le simbolizen el evento; a menudo la memoria se organiza de tal forma condensada, que contiene todos los elementos trágicos del momento.

Cuando este estímulo traumático del encuentro personal con la muerte es avasallador, la teoría psicodinámica sugiere que el yo se sobrecarga, evitando que por la excitación del estímulo, este no pueda actuar y defenderse, lo que da lugar a que se instale una ansiedad traumática. (Kristal, 1971) Una señal de ansiedad intenta proteger al yo en contra de esta ansiedad traumática. Freud (1920) y luego Fenichel (1946) sugirieron que el yo compulsivamente se re-expone en fantasía y a la situación traumática en un intento por controlarla (esto se visualiza en el fenómeno de la compulsión a la repetición), mientras que al mismo tiempo se defiende de volver a experimentar el trauma a través de la negación o evitándolo. Horowitz (1976 y 1980) tradujo estos conceptos en un estudio para entender la conducta humana bajo estrés, llamándolo el síndrome de respuesta bajo estrés. El desarrolló un cuestionario que refleja estos fenómenos post-traumáticos que denominó: LA ESCALA DEL IMPACTO DE LOS EVENTOS TRAUMATICOS. En este estudio no fue aplicada esta escala por factores de tiempo, sin embargo, estos datos pueden ser de vital importancia para futuras investigaciones que estudien el efecto post-traumático de los desastres y las consecuencias psicológicas.

F) Desórdenes de estrés post-traumático.

El manual de diagnóstico y estadísticas (DSM-III) de la Asociación Psiquiátrica Americana incluye lo siguiente para definir lo que es un desorden de estrés post-traumático.

- 1.- Un evento estresante lo suficientemente importante que evoca síntomas de crisis en una persona.
- 2.- El revivir el trauma a través de recuerdos recurrentes y memorias instructivas del evento, sueños recurrentes del mismo o sentimientos y percepciones de que al suceso traumático está ocurriendo de nuevo.
- 3.- El congelamiento de la respuesta y la conducta, o el reducir las relaciones que involucren a la persona con el mundo externo y que se establecen poco después del trauma.
- 4.- El estrés es evidente por lo siguiente: hay un marcado decremento del interés de la persona por actividades significativas, existen sentimientos de alejamiento y rechazo hacia otros, existe un afecto rígido.
- 5.- A la existencia de por lo menos dos de los siguientes síntomas que no estaban presentes previamente antes del evento: hiperactividad o respuesta exagerada, disturbios del sueño por haber sobrevivido, problemas de concentración y retención, evitación de actividades que pueden inducir al recuerdo de estos eventos y la intensificación de síntomas a través de eventos simbólicos al trauma. (DSM-III p.238).

Como conclusión tales experiencias desastrosas repercuten en desórdenes emocionales. Por lo tanto, podemos intentar derribar sugerencias teóricas y alguna evidencia concreta. En términos psicodinámicos podemos decir que el estrés y el evento traumático son significativos, dejando al yo sin tiempo para edificar defensas y protegerse, lo cual sucede en desastres de impacto inmediato que no permiten que el individuo se prepare. La severidad de la amenaza a la propia vida y al (Self) hacen que el evento evada al yo. El individuo acaba sintiéndose impotente al enfrentarse al trauma, lo que contribuye a un probable desorden emocional.

También es posible que si el individuo usa sus armas de supervivencia puede mitigar los efectos negativos del desastre. En términos

de esta teoría algunos individuos pueden ser más vulnerables que otros de que otros dependiendo de su historia, si hubo o no trauma o privación psicológica temprana, y cómo la elaboró.

G) Efectos Psicológicos: el Miedo y el trauma del desastre.

Es estresor potencial que puede operar con el impacto y el trauma potencial que surgió del mismo, han sido estudiados por Norwegian, a través del desastre de Oil Rig en el mar del Norte (Holen, et. al. 1983,b).

Los estudios psico-sociales del desastre toman en cuenta 3 puntos:

1.- Muerte y supervivencia. Inherente a la mayoría de los desastres, es la amenaza de muerte, daño, destrucción y mutilación corporal. Se puede estar herido o amenazado individual o grupalmente o uno puede enfrentarse directamente con la muerte de otros o ver sus cuerpos heridos. Vinculado a esto, está el afán de la misma supervivencia; el otro lado complejo de la moneda puede verse cuando el sobreviviente se pregunta, qué ganó al sobrevivir cuando otros están muertos. Aquí puede encontrarse un rango de amenaza conflictiva o estrés relacionado a quien escapó, quién murió, quién podría estar ayudando, quién no podría, quién es responsable, quién no lo es.

2.- Pérdidas y dolor. Esto es otro punto que debe analizarse al estudiar la problemática. La mayoría de los desastres traen amenaza de pérdida o pérdidas totales asociadas a éste dolor. Esta pérdida puede ser, de seres humanos, la muerte de familiares o de amigos queridos. Pero hay también muchas otras clases de pérdidas, o amenazas de pérdidas: pérdida de alguna función del cuerpo y/o partes por heridas, pérdida de la vida; del hogar, con todo el significado simbólico, visto como una extensión de la identidad personal; pérdida de documentos y posesiones personales, pérdida de la vivienda, lugar y comunidad.

En resumen podemos decir que los desastres implican pérdida y de algún modo angustia, desesperación y dolor.

3.- Dislocación y reubicación. Muchos desastres (naturales y algunos provocados por el hombre) ocasionan gran trastorno, movimiento, dislocación y reubicación o desplazamiento de la comunidad, así como la

separación de los miembros de una familia. Esta dislocación puede ser el resultado de amenazas naturales o destrucción del hogar y del lugar, como puede ser resultado de temblores o inundaciones. Puede ser consecuencia de lo hecho por el hombre. Esto puede ser transitorio y temporal, o relativamente permanente.

Si los desastres destruyen asociaciones, vecindades e instituciones sociales, su restauración después del desastre puede ser difícil o tal vez imposible.

Los sobrevivientes pueden ser reubicados en una nueva comunidad, con una calidad de vida positiva tal vez, o desintegradora y negativa.

Una variedad de otras amenazas y traumas aparecen en el periodo post-traumáticos. Algunos son resultados por el desastre particular. Otros no son aún específicos del desastre, sino simplemente relacionados a él. Unos ejemplos son: las emisiones de litigación -quién paga por qué? Quién recibe ayuda o compensación. La burocracia y la cólera que es el resultado, hacen de éste una fuente poderosa de estrés post-traumático.

Reacción al desastre.

Los desastres son descritos frecuentemente en términos cuantitativos y estadísticos. El número de muertos y heridos, la extensión de daños a edificios y otras fuentes físicas, el número de damnificados y los costos económicos. Tanto a las víctimas como a los socorristas el sufrimiento del desastre trae -el terror humano, la angustia y depresión- éste es en la mayoría vital. El terror puede venir con la anticipación y amenaza del desastre, o puede llegar con el impacto, con el arrollamiento de fuerzas físicas, con el atrapamiento, impotencia, o cercanía de muerte. La experiencia de un desastre y la emoción sentida, son recordadas y revividas y no son relegadas ni extinguidas de la imaginación. La angustia por la muerte, la destrucción y la pérdida de seres queridos, la destrucción del hogar y lugar pueden dar paso a la desesperación cuando las víctimas se dan cuenta que aunque ellos sobrevivieron y podrán continuar, la vida no puede ser la misma otra vez.

La desesperación sobre lo que les espera, lo que han perdido,

las falsas promesas de aquellos quienes ofrecieron, pero no fueron capaces de ayudarlos, y la inercia burocrática y política, forman parte del sufrimiento del desastre. Pero el desastre personal, es sentido más intensamente y la experiencia es más dolorosa si afecta el nivel de funcionamiento de la familia, la estructura social humana básica. Esto se relaciona con la separación de la madre, el vínculo con los niños; la pérdida de un compañero querido. La destrucción de la vivienda, la evacuación de la casa y la comunidad a un lugar extraño con gente desconocida -todo esto es el encuentro con la fase humana del desastre-. El trauma del desastre.

A continuación se revisarán tres subtemas que están relacionados con los efectos psicológicos que han dejado secuelas importantes en las víctimas. Estos son manifestados a través de acontecimientos posteriores al desastre en sí, y que constituyen una modalidad de convertirse en múltiples traumas que se agregan al trauma inicial del desastre.

A) MUERTE Y SUPERVIVENCIA

a) Encuentro personal con la muerte y mutilación de otros.

Un camino que muestra los disturbios más grandes que un desastre puede ocasionar, es el grado en que fue amenazada la propia vida. La percepción de la amenaza puede variar y algunas personas pueden sentir que están muy cerca de la muerte. Existe un camino particular en el cual la amenaza de muerte puede tener un espantoso encuentro con el temor propio e individual a ciertas formas de muerte (tales como choques, asfixias, o ahogos). El terror probablemente traerá una rápida visión de la vida anterior, a la memoria. Cuando ésta pasa hay alivio, euforia y regocijo. Entonces la experiencia deberá ser integrada. El individuo mostrará la pérdida de su sentido de personalidad e invulnerabilidad. Esto es, algunas veces, reemplazado por un sentido de invencibilidad. O sea que la persona siente que aunque estuvo amenazada de muerte, él o ella se defendieron de ésta, y pueden hacer otra vez.

En exámenes aplicados a sobrevivientes se puede ver que algunos sienten que la supervivencia fue comprada a cambio de la pérdida de otros. Tal vez hubo instantes específicos donde otros murieron muy cerca, o llamaron pidiendo ayuda y nadie se las dio. Cualesquiera que hayan sido las circunstancias en las que se sobrevivieron, éstas podrían aparecer en las futuras conductas. En algunos casos las escenas o escena relevante del desastre aparecerán a través de lo visual, auditivo y otras sensaciones que las simbolizan. Frecuentemente la memoria parece organizarse en una condensación de todos los aspectos más espantosos del evento.

Cuando los estímulos traumáticos de encuentro personal con la muerte han sido grandes, esto puede ser, como ha sido sugerido por la teoría de la psicodinámica, el yo podría estar abrumado de tal modo que los efectos de excitación de los estímulos no pueden ser defendidos en contra de los resultados traumáticos de ansiedad (Krystal, 1971). Freud (1920) y más tarde Fenichel (1946) sugieren que el yo puede

reexponerse compulsivamente a sí mismo por medio de fantasías de la situación traumática, dentro de un intento por empezar a controlar el fenómeno de compulsión a la repetición el cual al mismo tiempo se defiende a sí mismo contra la reexperiencia del trauma. Horowitz (1976). Horowitz et. al. (1980), trasladó este concepto dentro de un entendimiento de síndrome de respuestas de estrés, con su inesperada memoria sobre la reexperiencia, así como sus esquivos, asustados y fóbicos componentes. El desarrolló un cuestionario en donde refleja algunos de los fenómenos post-traumáticos, llamando a éste "La escala de eventos traumáticos"². Más recientemente estos conceptos de las reacciones post-traumáticas y desórdenes han sido revisados y consolidados por Brett y Ostroff (1985) y Green et. al. (1985).

La amenaza personal a la vida y el sentimiento de que uno está muriendo aunque no lo esté es difícil de integrar, lo mismo que encontrarse de manera sorpresiva con la muerte de otros. En cada desastre donde hay muertes masivas, particularmente si existen heridos desfigurados, aquellos que fueron testigos o ayudaron en el rescate sufren disturbios y estrés.

El encuentro personal con la muerte de otros es angustioso y evocativo, la imagen, sonido y olores, especialmente de los niños, es difícil de asimilar. Esto puede producir un fenómeno de reacción como el choque personal de amenaza y muerte. Las personas que son testigos de la muerte y mutilación de otros pueden sufrir pesadillas en las que ven los cuerpos desfigurados o ensangrentados. Estas evocaciones pueden introducirse durante el día o en la noche.

Recuerdos de olores, palabras o lugares, pueden volver a traer toda la intensidad emocional de la experiencia original aun cuando ésta pareciera olvidada. Esta intrusión de sueños en la memoria puede alternarse con defensivas evaciones y represiones de la imagen desastrosa. Pero estas reacciones pueden empezar a desaparecer y dolorosas secuelas para el desarrollo de estrés post-traumático,³ se pueden instalar.

Otra forma en que la gente puede responder a esta extrema exposición a la muerte es la que Lifton (1967) llamó "impresión de muerte". Como el término sugiere, la muerte imaginaria es un componente prominente de esta respuesta. Como en el caso de Hiroshima, el grado de exposición

² Ver libro de Raphael.

o saturación con la muerte y lo grotesco de la alteración de las sustancias del cuerpo, se suman a esta impresión. La persona puede parecer encerrada en su encuentro con la muerte, hechizada por esto y eso obliga a que la indeleble imagen pueda dominar su vida subsecuente. Esta impresión puede ser asociada también con dolor y duelo. Desde luego en su identificación con la muerte y los muertos, el superviviente puede reflejar "muerte en vida".

Sin embargo los encuentros abrumadores con la muerte no ocurren en todos los desastres. Pero ellos aparecen frecuentemente en los desastres de guerra. Los desastres hechos por el hombre algunas veces traen traumas provocados por choques aéreos o colapsos de edificios u otras estructuras.

b) Reacciones post-traumáticas.

Fenómenos psicológicos tales como imágenes y escapes, que ocurren en los días siguientes al impacto, pueden ser consideradas como reacciones post-traumáticas y pueden ser consideradas como respuestas al dolor o pérdida; estas reacciones podrían ser adaptativas y curativas.

En el periodo post-desastre las personas pueden tener visiones de escenas pasadas que vienen a la mente en forma intempestiva, forzando su impacto cuando la persona preferiría sacarlas fuera. Frecuentemente estos recuerdos son acompañados de temores, palpitaciones y aun intensa ansiedad y pánico. En la noche tales visiones pueden tomar la forma de pesadillas acerca del incendio, choque, inundación, temblores, edificios colapsados y del propio temor al sentir la muerte cerca. Estas reacciones traumáticas y miedos pueden ser intensos inicialmente pero desaparecen gradualmente después de las primeras semanas. Los sueños de encuentro con la propia muerte y la de otros son muy comunes en el primer periodo post-desastre, pero con el tiempo decrecen la frecuencia y efectos.

Paralelo a estas reacciones está el proceso reversible en el que se intenta sacar de la memoria los recuerdos dolorosos.

Algunas veces el estímulo traumático al estar muy cerca de la muerte puede traer a la memoria viejos traumas de desastres pasados.

Alguien que no esté amenazado en una situación de desastre también puede tener las reacciones post-traumáticas descritas. También se puede

dar el caso de que algunas personas estén protegidas por experiencias pasadas u otras defensas. Para la mayoría de la gente las reacciones post-traumáticas pueden durar de cuatro a seis semanas. Los disturbios del sueño pueden desaparecer rápidamente, sin embargo, puede ser que estos persistan sin que se entienda por qué. Es interesante señalar, que la ansiedad, irritabilidad y reacciones generales que acompañan a la etapa post-traumática pueden deberse a dificultades en las relaciones interpersonales, o a la concentración de trabajo.

c) Diferencias culturales relacionadas con la actitud hacia la muerte. Y el miedo consecuente (Kalish y Reynolds 1981).

Fueron entrevistadas 100 ó más personas de cada grupo; negros, japoneses residentes en E.U.A., mexicano-norteamericanos y americanos (anglos) encontrándose diferencias.

Los japoneses y mexicanos encontraron una mayor preocupación por el rol de la familia, mientras que en negros y anglos sus preocupaciones se encontraban más en el individuo. Cada grupo difería respecto al papel que ejercía la familia como grupo de importancia y primordial. Japoneses respondían en términos de sensibilidad social y homogeneidad y acercamiento comunitario tal como protección de otros, nomos tar a otros y "ayudarse mutuamente" y tienen metas en común, mientras que mexicanos concentraban su preocupación en la cercanía y apoyo que prestaba la familia.

Otros estudios en negros indicaban menos miedo a la muerte que los otros 3 grupos y en otro estudio, los ancianos negros reportaban más miedo a la muerte que ancianos anglos (N. Yeis, Wass, Murphey, 1981). Sin embargo no hay muchas conclusiones consistentes al respecto.

B) PERDIDAS Y DOLOR.

DENTRO DEL TRAUMA MULTIPLE

a) Pérdida de los seres queridos.

Quando al menos un miembro de la familia muere en el desastre, muchas emisiones complejas pueden ser mostradas. Estas muertes son frecuentemente prematuras y bajo terribles y trágicas circunstancias.

Aquellos que se mueren en un desastre pueden fallecer en un lejano y misterioso lugar. Pueden estar muy lejos de sus parientes, amigos y hogar.

Esto puede suceder cuando se muere en un accidente aéreo o en la guerra. Las personas son separadas de su grupo íntimo, por la distancia y el tiempo. Hay frecuentemente un periodo de espera e incertidumbre hasta que la muerte puede ser confirmada. Durante este periodo, lo peor es el miedo, pero hay esperanza, anhelo y súplicas de que no suceda nada malo. Aquellos quienes son dolientes pueden aceptar, gradualmente, la probabilidad de la muerte, si el periodo de espera es prolongado. O pueden buscar desesperadamente a una persona que los ayude a localizar y a rescatar a sus familiares. Cuando la muerte es confirmada puede ser difícil poner esta confirmación dentro de una realidad personal. El que recibe la noticia puede ser incapaz de viajar al sitio de destrucción o muerte, por una gran cantidad de razones. O él puede ser incapaz de ver el cuerpo porque está totalmente destruido o mutilado, fracasando de este modo la identificación, o porque es inaccesible ir al lugar en donde ocurrió el accidente. Los restos pueden no ser regresados al doliente, o pueden estar irreconocibles. De esta manera en estos desastres hay un legado de incertidumbre y duda "¿Fue realmente mi ser querido quien murió?" Seguramente él está vivo en alguna parte, en algún lugar y vendrá a mi casa cuando él pueda".

Existe en la mayoría de los dolientes, una preocupación por el sufrimiento "¿Sufrió él?" Se preguntan los dolientes. "¿Cómo murió?" "¿Fue rápida su muerte?" "¿Fue prolongada?" "¿Alguien lo ayudó en su dolor?". Existe una gran preocupación por conocer si la muerte fue

sorpresiva, o si las víctimas sufrieron grandemente. Estas situaciones son más comunes en los desastres hechos por el hombre que en los naturales.

b) Reacciones por la pérdida de familiares.

Los procesos reactivos del dolor son frecuentemente el bloqueo o inhibición en las primeras semanas.

El dolor por la pérdida de un ser querido es grande, sobre todo cuando la persona fallecida vivió en la misma casa con sus familiares. En las primeras semanas existen súplicas y deseos porque él o ella regresen, que no estén muertos y que pronto se logren reencontrar. Las súplicas y deseos pueden ser acompañados por el sentimiento de que quizás la persona muerta realmente está en algún lugar o alguna parte segura o aún en las ruinas del desastre. Con los rezos y angustia vienen intensos periodos de estrés físico. Este estrés incluye dificultades para respirar, palpitación acelerada, debilidad y molestias gástricas.

Otra reacción que se puede observar es la de enojo por la pérdida. La protesta puede ser contra Dios, contra las autoridades u otras personas. La reacción puede ser severa e intensa cuando los desastres son ocasionados por el hombre, especialmente si ellos ocurrieron por negligencia o poco cuidado.

La ansiedad puede ser sentida también en asociación con las súplicas y protestas acerca de la pérdida.

Reacciones generales de estrés pueden aparecer como parte de las reacciones de duelo en forma de tensión, ansiedad y depresión.

Los efectos estresantes pueden tener un efecto negativo en sistemas inmunes como observó Bartror (1977) y ésto podría explicar algunos de los decaimientos en la salud, observados después del desastre. La somatización es también frecuente con estas reacciones.

c) Pérdida del hogar.

La pérdida del hogar y de las posesiones personales traerán, probablemente, un tipo especial de trauma del desastre a las víctimas. En primer lugar, esta pérdida puede ser de pequeño conocimiento emocional.

La más devastadora pérdida de un hogar es cuando se incendia y es totalmente destruida dejando poco tiempo para rescatar lo indispensable, lo simbólico, o lo más valioso. En este tipo de desastres, la víctima pierde sus papeles de identificación, documentos, fotos, ropa, libros y todo lo que él guardó porque representaban cosas importantes para él, una ligü estrecha entre pertenencias y sentido de identidad.

La pérdida total de un hogar puede parecer la destrucción de un importante símbolo social. Documentos que testifican la identidad y estado -por ejemplo, pasaportes, actas de nacimiento, certificados de matrimonio, etcétera- pueden ser destruidos. Estas pérdidas pueden ser parcialmente amenazantes para aquellos que están refugiados en un país.

Además de la pérdida del hogar en muchos desastres también existe la pérdida de la comunidad, la vecindad y el medio ambiente más allá del territorio del hogar. Aquí puede aparecer un largo periodo antes de que halla una seguridad funcional y satisfaga el medio ambiente del hogar otra vez. El albergue tiene la función de suplir esta transición.

La pérdida del hogar es grande aun cuando la casa pueda parecer muy pobre o insignificante, como una choza o cabaña. Pero el hogar siempre representa un santuario, un lugar de identidad e intimidad familiar y el territorio privado del hombre y su medio ambiente. El hogar puede ser también el lugar de trabajo. En algunos lugares el hogar es la fuente de alimento y abrigo. De este modo, la pérdida del hogar puede parecer también la pérdida de la capacidad de independencia económica existente.

El hogar puede ser "adecuada" o "inadecudamente" cubierto por el seguro contra pérdidas. Entidades políticas o privadas pueden proporcionar, algunas veces, los medios para volver a construir. Pero aunque la casa vuelva a ser construida en el mismo lugar los afectados piensan que "nunca volverá a ser lo mismo". El hogar simboliza muchas cosas importantes con respecto a la continuidad de la vida y la identidad, no sólo para el individuo sino para la familia. De esta manera cuando el hogar se pierde esta seguridad es perdida también.

Las personas sienten gran dolor cuando pierden su casa y posesiones, pero este sentimiento se acentúa cuando pierde también a algún familiar.

Otra reacción existente es el coraje en contra de las autoridades, el medio ambiente, las compañías aseguradoras, y las personas cuyas propiedades no sufrieron daños.

d) Pérdida de la comunidad.

Quando una comunidad es atacada por un desastre las personas experimentan una serie de cosas: sentimientos de impotencia y desorientación, la moral está baja y hay una pérdida de identidad personal y comunitaria. Los sueños están llenos de dolor, pérdida y muerte, reflejando el fin del espíritu comunitario.

e) Pérdida del trabajo, dinero y posesiones materiales.

El desastre puede destruir la oportunidad de trabajar en un lugar particular por ejemplo, una fábrica puede ser destruida, llegar a ser peligrosa, o impracticable, como la Unión Carbide, en Bhopal y las pobres circunstancias de una comunidad después de un desastre pueden tener un impacto general en los negocios de una ciudad. De esta manera, la gente que sufre un desastre puede sufrir doble trauma, el del impacto de la catástrofe y el del desempleo. Es poco conocida su reacción al dolor, pero existen aumentos de enojo en sus respuestas.

Desastres tales como inundaciones pueden destruir una gran cantidad de posesiones materiales o fuentes de dinero. Severas y prolongadas sequías pueden destruir comunidades rurales y afectar los ingresos nacionales. Tales pérdidas deberían ser reconocidas, pero su impacto no es bien entendido. Como las otras pérdidas anotadas anteriormente, ellas son probablemente negadas en término de sus efectos emocionales, por las perspectivas independientes y el miedo al dolor. Sin embargo, enojo, tristeza, irritabilidad e impotencia son sentimientos comunes.

El saqueo ocurre comunmente en la fase post-desastre, cuando la

gente está triste y no se da cuenta de lo que sucede a su alrededor. El saqueo puede ser resultado de la envidia, la necesidad y la pobreza.

La compensación puede ser una fuente de sostenimiento, pero también puede provocar envidia, resentimiento y odio en las comunidades que están dentro de la fase post-desastre.

Inicialmente la gente no quiere la compensación pero más tarde al darse cuenta de su situación ven el dinero como una meta importante, o como una compensación real por la vida que se ha perdido.

La litigación ocurre en el periodo post-desastre. Cuando la compensación percibida como justa ha sido negada.

f) Pérdidas psicológicas.

Después de algún desastre las pérdidas psicológicas parecen las más grandes, la pérdida de la creencia en sí mismo, en la seguridad del mundo y en la confianza de otros. Algunas veces una pérdida material también tiene un tremendo significado psicológico. El dolor por las pérdidas es substancial y frecuente, únicamente revelados en psicoterapias u otras exploraciones profundas.

g) Esperanza en el futuro.

En medio de la crisis y el trauma existe un sentimiento de deseo por continuar con vida. La persona puede sentir que él o ella no pueden sobrevivir a sus pérdidas, pero están conscientes que salvaron la vida y necesitan fuerza para soportar lo que les espera en el futuro.

La mayoría de las personas tienen esperanza de que las cosas que vendrán serán mejores -la recuperación de la confianza en la vida y el amor-. El desastre y las pérdidas están quedando atrás, quizás serán recordadas con honda pena, pero la vida es una vez más, querida y disfrutada.

C) EVACUACION Y REUBICACION

a) Evacuación.

El vínculo del hogar y el lugar son muy poderosos y por ello muchos trabajadores de desastres han comentado sobre la dificultad de persuadir a la gente para que dejen sus hogares cuando existe la amenaza de una catástrofe, aun cuando salir es la cosa más prudente que se puede hacer. El hogar parece un lugar de protección y seguridad. La evacuación se hace únicamente cuando el periodo de aviso así lo requiere y cuando las familias comprenden que es probable que se tenga que hacer en la fase de amenaza. Aún en estos casos las familias pueden dejarlo con ciertas dudas. Al regresar después del impacto, quizás encuentren sus hogares y vecindades sin daños. Puede haber algunos dañados, con lodo y despojos o ventanas rotas, pero esencialmente todo está intacto. En tales casos, la dislocación probablemente será corta y los efectos menores.

En el otro extremo, las víctimas pueden regresar a los desechos y ruinas, a un hogar y vecindad destruidos y a una pérdida del medio ambiente.

Aquellos que regresan y encuentran los hogares substancialmente dañados o destruidos, o quienes permanecieron y vieron como se destruía su hogar alrededor de ellos, pueden mostrar deseos de ser evacuados a otro sitio o lugar, porque las fuentes locales y los servicios no pueden proporcionarles lo necesario o quizá a un lugar cercano, quizá, pero algunas veces es a una gran distancia.

Es común ver que cuando existe una amenaza de peligro se trata de proteger primero a las mujeres y a los niños de los efectos del daño.

La evacuación es frecuentemente a los campamentos u otros lugares de refugio, las tiendas de campaña son muy útiles cuando el número de personas es grande y las fuentes de refugio pocas. Esta es una forma de abrigo público, razonable para la emergencia y los primeros días

después del desastre, pero difíciles en términos de facilidades físicas para un periodo largo.

Sin embargo, la mayoría de la gente al ser evacuada a los lugares de refugio no quiere hacerlo en forma individual, sino con todos los miembros de su familia. En estudios realizados con anterioridad se ha notado que el 75% y quizá el 90% de la gente al ser evacuada se refugia con algún pariente. (Bolin, 1982).

b) Lugares de refugio. (albergues), componente sociocultural.

Durante la fase de emergencia, los hogares de parientes o aun los albergues provisionales pueden proveer muchas satisfacciones. Pero qué pasa en el periodo post-desastre en donde los factores culturales, frecuentemente, influyen poderosamente en el camino que la gente puede tomar al albergarse con otras familias. La gente que está dentro de la sociedad que enfatiza el individualismo y la privacidad probablemente no se preocupará de las personas que han perdido todo en un desastre, o lo ayudarán sólo si se ven obligados a ello.

Otras sociedades, sin embargo, han respondido en forma rápida y diferente, como en Nicaragua, por ejemplo, en donde las obligaciones de la familia fueron extensivas y largamente aplicadas y la privacidad fue lo de menor importancia. Después del terremoto de Managua, la gente se refugió con sus familiares y vivió durante largo tiempo con ellos. (Kates et. al. 1973).

Las personas muy pobres, particularmente de países en desarrollo, pueden ser dependientes de albergues públicos. Si la desmoralización es pronunciada tales albergues pueden ser fácilmente aceptados y retenidos con toda la apatía típica del periodo de recuperación en tales circunstancias. Pero en general la gente siente una gran necesidad de independizarse. Ellos desean restablecer su autonomía rápidamente y regresar a sus hogares. No quieren ser dependientes de la asistencia pública.*

La reconstrucción del hogar toma tiempo, por lo tanto hay una necesidad de estar en un albergue durante este proceso. Los albergues pueden estar en lugares lejanos y distantes o cerca del hogar, así que el avance de la estructura puede ser supervisada. Los trailers,

*Estudios en México muestran lo contrario. Son necesarias bases comparativas transculturales a través de investigaciones sobre desastres.

campers y otras casas móviles pueden ser utilizadas. Comparadas con la casa propia, éstas tienen menos espacio y comodidad por lo que empieza a haber en las familias un incremento de fricciones, inestabilidad y estrés emocional, además de que otras dificultades se presentarán, probablemente, al mismo tiempo.

c) Origen de estrés en dislocación.

El periodo de reubicación puede ser largo y el lugar en donde éste ocurre puede tener muchos problemas. Esto es mostrado claramente en el reporte de Búfalo Creek (Erikson 1979). Los residentes del pueblo destruido fueron reubicados en casas móviles, cuando no tenían otro refugio. Cerca de la mitad de la población, 2,500 personas, tuvieron que ir a esos refugios. Los hogares móviles fueron situados en terrenos baldíos de Buffalo Creek. La mayoría de los sobrevivientes se encontró viviendo entre extraños y a una gran distancia de su hogar. Ellos se sentían extraños y solos (Erikson, 1979).

Erikson (1981) describe algunas de las consecuencias negativas de la pérdida de la comunidad y los efectos del síndrome post-desastre en los sobrevivientes.

Las fuentes de estrés en dislocación son muchas e incluyen las siguientes:

- 1.- Pérdida de la dignidad humana y la dependencia de otros.
- 2.- Extraño, poco familiar y frecuentemente menos satisfactorio el albergue que sirve como hogar.
- 3.- Vecinos y lugares extraños.
- 4.- Pérdida de la vecindad y círculo social.
- 5.- Interrupción de servicios.
- 6.- Incertidumbre acerca de la permanencia del hogar y del lugar.
- 7.- Problemas burocráticos y administrativos en la fase de reconstrucción.
- 8.- Continúan el estrés psicológico del trauma del desastre, del encuentro con la muerte, supervivencia y dolor.
- 9.- Múltiples cambios de vida asociados con dislocación y desastre, incluyendo trabajo, tiempo libre y actividades de la vida diaria.
- 10.- Continúan las tensiones familiares alrededor de todo lo dicho

anteriormente.

d) Cambios de vida como efectos del desastre.

Muchos cambios pueden ocurrir en el periodo después del desastre, algunos quizá disparados por éste. Los niños pueden ser cambiados de escuela o los adultos de trabajo como consecuencia de la reubicación. Otras consecuencias pueden ser incremento en las discusiones, problemas legales, heridas y enfermedades.

No son únicamente estos cambios los que se generan y probablemente serán más estresantes los demás.

(Janney et. al. 1977), mostró la gran frecuencia de los cambios de vida y problemas de la salud en una población afectada después del terremoto peruano de 1970.

e) Tensiones familiares.

Los esposos y algunas veces las esposas pueden estar involucradas en la reconstrucción del hogar o las fuentes familiares, o quizá tengan que viajar una distancia larga para ir a su trabajo. De este modo ellos están lejos del hogar, exhaustos emocional y físicamente y menos disponibles a sus esposas e hijos. Durante esta etapa aparece un incremento en las fricciones y probablemente habrá más discusiones entre niños y padres y entre esposos. Las discusiones son más difíciles de resolver, porque hay menos habitaciones para actividades físicas o escape a la privacidad.

Por lo tanto el estrés puede agotar la respuesta emocional a través de la ansiedad o irritabilidad, la cual frecuentemente aumenta durante el periodo de recuperación al conocer los resultados del desastre.

La paralización física puede hacer que los miembros de la familia sean menos emocionales al responder a otras necesidades. El miedo de seguir con vida puede ser abrumador para la memoria y el estrés del desastre quizás haga que los miembros de la familia no puedan hablar acerca de esto. El silencio y el retiro pueden ser el resultado. Las fuentes pueden ser diferentes, pocos deseos de disfrutar y gozar la

vida, que probablemente se daban a la poca privacidad para la intimidad marital. El poco entendimiento puede aumentar como una consecuencia o, como es común, las dificultades pueden llegar a ser muy graves. Los escapes para las tensiones, tales como beber o fumar en exceso pueden ser utilizados pero estas medidas traen dificultades secundarias. La preocupación por los niños es una considerable fuente de estrés para los padres.

La conducta de los niños inicialmente es la misma pero los problemas pueden aparecer después de un largo periodo y crear estrés más grande a los padres. El sistema de soporte externo de abuelos, vecinos y amigos puede ser menos apreciado.

El cambio a escuelas y trabajos nuevos pueden provocar desajustes emocionales. En algunas ocasiones las personas no se acostumbran a tratar con gente de diferente cultura y nivel social. La desilusión aparece cuando se dan cuenta que las cosas que hacían antes del desastre no las volverán a hacer.

Alicia tenía 25 años y su esposo Luis 24 cuando el terremoto de la Ciudad de México destruyó su hogar. Sus hijos, una niña de ocho y un niño de seis años, no habían tenido dificultades antes del desastre. Alicia se había casado a los 17 años, cuando estaba embarazada de su hija; se había relacionado con Luis para escapar de su padre alcohólico y de su madre neurótica. A lo largo de su matrimonio había abandonado a Luis en varias ocasiones. Actualmente él estaba desempleado. Janet, su hija, faltó varios días a la escuela por tener problemas estomacales y Carlos, el niño tuvo una serie de dificultades y conductas agresivas en clase, robaba y se orinaba en la cama. Los problemas de ambos niños habían aparecido después del terremoto igual que las discusiones maritales de sus padres.

Los niños fueron llevados con un psicólogo, quien los ayudó a que cambiaran un poco sus conductas. Los padres abandonaron la consulta después de tres sesiones y parece probable que sus dificultades continúen.

CAPITULO III

EL TERRENOTO DE LA CD. DE MEXICO

En este capítulo se presentarán los antecedentes sobre el sismo y una descripción cronológica de los acontecimientos sociales y políticos que determinaron el curso del desastre.

Estos eventos fueron importantes en determinar el monto de ansiedad y estrés psicológico que afectó a la población y que pueden estudiarse desde la perspectiva del trauma del desastre.

CAPITULO III

TERREMOTO DE LA CIUDAD DE MEXICO (1985)

a) Antecedentes al temblor de la Ciudad de México (1985).

La noche del 18 de septiembre el cielo había estado teñido de un intenso color rojo, anormal y profundamente hermoso.

La mañana del 19 de septiembre de 1985, la Ciudad de México despertaba temprano como siempre. En la mayoría de las casas la gente dormía, algunos se preparaban para ir a sus centros de trabajo o a la escuela, otros veían la televisión, escuchaban la radio o tomaban su desayuno.

En las escuelas como el CONALEP y la Secundaria 3, las clases empezaban desde las siete; en varias fábricas las costureras entraban a trabajar desde las seis de la mañana.

En las estaciones de radio y canales de televisión, varios locutores y técnicos se encontraban trabajando. Algunos transmitían sus programas, como Sergio Rod y Gustavo Calderón, o como Lourdes Guerrero, Juan Dosal y María Victoria Llamas, que informaban sobre los acontecimientos del día anterior, un "Hoy Mismo".

Eran las 7:19 de la mañana cuando la impotente Ciudad de México, una de las más pobladas del mundo, se empezó a estremecer. La sacudida fue tranquila al principio, espantosamente fuerte después. Toda la ciudad comenzó a moverse, los altos edificios oscilaban, las paredes crujían, el pavimento se agrietaba y la gente observaba como los vidrios, los cuadros, los muebles, todo, se movía y caía. Habían pasado sesenta segundos y el temblor no cesaba, noventa segundos... una eternidad.

El terremoto desquició inmediatamente los servicios públicos en la capital y la incomunicó con el exterior y la provincia se suspendió casi en su totalidad la energía eléctrica y el agua; los teléfonos de gran parte del Distrito Federal dejaron de funcionar, el metro se detuvo. En segundos todo se interrumpió.

Pero la tragedia apenas empezaba. Todas las estaciones de radio de la ciudad -menos Radio Fórmula que se derrumbó- cortaron su programación para dedicarse a dar información del desastre. Poco a poco los capitalinos se fueron dando cuenta de lo que había sucedido. Los reportes conocidos en los primeros momentos indicaban que las zonas más dañadas eran: el centro de la ciudad, las colonias Guerrero, Roma, Condesa, Morelos, Anáhuac, San Rafael, Santa María, Doctores, las unidades

de Tlatelolco y Juárez, además de una gran cantidad de oficinas públicas, hoteles, hospitales como el Juárez, el General y el Centro Médico; centros de reunión y de espectáculos, por diversos rumbos de la ciudad.

La lista de edificios derrumbados ascendía conforme pasaba el tiempo. Se habían desplomado la Secofi, el centro SCOP, la procuraduría del D.F., televisa, el café "Super Leche", el Hotel Regis, la Secretaría del Trabajo, las fábricas Topelca, AMAN; el edificio Nuevo León, el Hotel de Carlo y Principado y parte del Hotel Continental.

Por la radio se empezó a hacer un llamado a la ciudadanía: la zona de desastre está acordonada. No vaya. No salga de su casa si no le es indispensable. No estorbe. No se acerque al área, hay muchas fugas de gas". A pesar de este mensaje la gente acudía a las zonas de desastre y formando cadenas humanas se empezó a rescatar a las personas que se encontraban enterradas vivas.

El presidente Miguel de la Madrid, también sintió el temblor. A las 7:30 de la mañana dio órdenes al secretario de Gobernación, al de la Defensa Nacional y al regente de la ciudad. Inmediatamente se puso en práctica el Plan DN-III-E, específico para casos de desastre coordinado por la Secretaría de la Defensa.

A las 10:30 el presidente acompañado por el regente sobrevoló en helicóptero la zona metropolitana. Media hora después abordó un autobús y recorrió la zona centro, considerada la zona de desastre.

Recorriendo las calles del centro, Miguel de la Madrid afirmó: "México cuenta con lo necesario para atender a los damnificados, por lo que no se ha solicitado ayuda del exterior. La situación es grave pero ya está controlada. Lo principal en este momento es salvar vidas". El presidente aún no se había percatado de la dimensión de la catástrofe.

La zona del centro se veía como si hubiera sido bombardeada. Edificios del gobierno, como la Secretaría de Marina, de Hacienda y Crédito Público, del Trabajo y Previsión Social, de la Reforma Agraria, de Salud, de Gobernación y la Secofi, así como la Procuraduría del D. F. se caían a pedazos igual que los hoteles Regis, Continental De Carlo, Principado y el CONALEP. Al contrario, el Angel de la Independencia, Bellas Artes y la Torre Latinoamericana, permanecían intactas.

Días después del terremoto se informó que en la provincia, seis

entidades habían sufrido daños materiales y pérdidas de vidas a causa del sismo. Jalisco, Michoacán, Guerrero, Colima, Oaxaca y Morelos fueron auxiliados inmediatamente a través del plan DN-III llevado a cabo por el ejército. En Ciudad Guzmán, Jalisco, se derrumbaron 580 casas de adobe. Las torres de la catedral se derrumbaron y sufrieron daño similares un gran número de templos del sur del estado. Otras zonas afectadas fueron Gómez Farías, Sayula, Tecatitlán, Zapotiltic y Tamazula. Hubo 23 muertos en total.

En Guerrero las zonas más afectadas se localizan en Zihuatanejo, en donde se evacuaron los hoteles Rivera del Sol, el Camino Real, Presidente, Holliday Inn, Sheraton y Aristos.

En Lázaro Cárdenas, Michoacán, se reportaron 3 muertos y más de 150 heridos. 30 personas murieron en la población de Playa Azul y hubo 150 heridos; se dañaron 8 hoteles, cinco edificios, 2 cines y el palacio municipal.

En Colima se reportaron veintidós edificios dañados.

En Morelos sufrieron daños los municipios de Axochiapa, Cuatlán del Río y Jojutla.

Las primeras noticias del terremoto en México fueron exageradas en el extranjero. Los periódicos comunicaban que México estaba destruido casi totalmente y que había miles de muertos. La incomunicación con el resto del mundo provocó que las informaciones carecieran de fundamento. Por este motivo, la Secretaría de Relaciones Exteriores transmitió el siguiente cable:

"Hoy a las 7:19 de la mañana en la Ciudad de México se registró un sismo oscilatorio de cerca de 8.0 grados en la escala de Richter, según la información preliminar se produjeron graves daños en diversas colonias, pero principalmente en la zona centro. Se ha informado de la pérdida de vidas por el derrumbe de varios edificios, sin que sea posible por ahora determinar la magnitud del desastre".

De esta manera se informaba al mundo lo que estaba sucediendo en México.

El día 19, además de las pérdidas humanas y de los desaparecidos, la capital se quedó sin agua. La mayoría de las tuberías se rompieron al agrietarse el suelo y quedó dañado el Acueducto Sur, lo que ocasionó

que dejara de llegar el 10% del agua que consume la ciudad.

Para este efecto, desde el día 20 de septiembre se inició el abastecimiento de agua a las zonas dañadas por medio de pipas y a través de voluntarios.

Al día siguiente de la tragedia, las labores de rescate se intensificaban y lloraban a sus familiares, los albergues empezaban a llenarse de gente triste, los bomberos trataban de controlar el fuego del Hotel Regis y el de Salinas y Rocha.

A las 7:38 de la noche del 20 de septiembre, el subsuelo de México vuelve a moverse; esta vez, nadie lo piensa dos veces, la gente sale huyendo de sus casas y la tensión contenida estalla en pánico, se escuchan gritos, llantos, desesperación.

El segundo sismo de 6.5 grados en la escala de Richter, que tuvo una duración de un minuto treinta segundos, tira los edificios dañados que aún estaban de pie; pero ya no hubo pérdidas humanas.

Con este nuevo temblor las personas no quisieron regresar a sus hogares, prefirieron la fría superficie de la tierra que morir adentro de sus casas.

Desde el jueves 19 de septiembre, en todos los lugares de desastre se abrieron albergues y refugios para las personas que habían quedado sin hogar. No todos los albergues se llenaron, algunas personas prefirieron estar cerca de sus viviendas para proteger sus pertenencias del vandalismo que se había iniciado en algunas zonas.

b) Cronología del Terremoto de la Ciudad de México. 1985.

Jueves 19 de septiembre.

Habían transcurrido tan sólo unos minutos de haber pasado el temblor y cientos de voluntarios y familiares empezaban a rescatar a las personas que estaban atrapadas en diversos lugares de la ciudad.

De lugares como el edificio Nuevo León, el Hospital Juárez y el centro SCOP se rescatan a personas con vida, pero es imposible acudir a todos los lugares porque se carece de herramienta adecuada.

Este día crece a cada momento la desesperación, no hay picos, palas, marros ni mucho menos maquinaria y aparatos especiales para

las labores de salvamento; los hospitales y las ambulancias no se dan abasto y escasean las medicinas.

El tiempo pasa y la confusión aumenta. La noche llega inevitablemente y cubre de oscuridad las zonas de desastre.

En este día se habían rescatado 373 ciudadanos.

Viernes 20 de septiembre.

De todas las partes del mundo llegan condolencias para la Ciudad de México y ofrecimientos de ayuda. Sólo se espera que el gobierno la acepte de manera oficial.

El día 20 se habían rescatado 600 sobrevivientes de los derrumbes. Según la información oficial, había hasta ese momento 300 muertos y las brigadas de rescate continuaban sus labores.

Este mismo día se informa que el sistema telefónico nacional y de enlace con el extranjero tardará días en restablecerse. Las autoridades capitalinas y la SARH anuncian que el suministro de agua potable se normalizará 3 o cinco días después de esta fecha.

Se suspenden labores en todas las escuelas y oficinas de gobierno del área metropolitana, así como en los bancos ubicados en las zonas de desastre. El Metro reinicia el funcionamiento de todas sus líneas, excepto en las estaciones ubicadas en las zonas de desastre.

La noche del viernes vuelve a temblar, a las 19:38 horas. El pánico es inenarrable. Sobrecoge la certeza de la capacidad destructiva del fenómeno y de la debilidad y la vulnerabilidad de todos. Ello lo hace más impresionante que el primero, aun cuando fue de menor intensidad. Su duración es de un minuto y medio con una intensidad de 6.5 en la escala de Richter. Como consecuencia se conoce de 20 edificios derrumbados más. Nuevamente se suspende el servicio eléctrico en la mayor parte de la ciudad.

Sábado 21 de septiembre

El 21 llegan a México equipos y perros adiestrados en el rescate de personas. Los ojos del mundo entero están puestos en la tragedia mexicana.

Se calcula que el número de muertos ascendía a 1644 y bajo los

escombros había más de dos mil atrapados.

En este día el parque del Seguro Social es habilitado como morgue. Cientos de personas forman largas colas para pasar a identificar los cuerpos de sus seres queridos. Los medios de comunicación piden que se done madera para fabricar cajas y hielo para evitar que los cuerpos se descongelen.

Se recibe gran cantidad de denuncias sobre reetiquetación de mercancías en comercios grandes y pequeños.

Se da a conocer que el presidente De la Madrid cancela su viaje a la ONU.

Domingo 22 de septiembre.

El subprocurador, René Paz Horta, informó que si en 48 horas no se identificaban los cadáveres, se procedería a inhumarlos en la fosa común de San Lorenzo Tezonco. Asimismo se anuncia que antes de ser sepultados se les tomarán fotos y huellas digitales por si aparecen sus familiares.

Durante todo el día los grupos de rescatistas, apoyados por brigadas internacionales, trabajan arduamente para salvar vidas.

El principal problema observado en diversas áreas de rescate consiste en brotes de descontento y conatos de enfrentamiento de voluntarios y familiares de víctimas con el ejército y cuerpos policíacos, quienes arguyendo instrucciones superiores insisten en la entrada de maquinaria pesada, la demolición o la fumigación en base a las ruinas del edificio Nuevo León. Plácido Domingo; viene a rescatar a sus familiares. Plácido se une a las brigadas y aprovechando su imagen pública pide ayuda, solicita y moviliza a los voluntarios e impide que la maquinaria pesada sea introducida en las ruinas del Nuevo León.

Lunes 23 de septiembre.

El presidente Miguel de la Madrid da instrucciones en el sentido de que se continúen las actividades de rescate de vidas. No se harán demoliciones hasta que se hayan agotado todas las esperanzas de vida. Las brigadas de rescate calculaban que aún había más de mil quinientas personas atrapadas.

Vecinos del Multifamiliar Juárez realizan un plantón frente a la puerta principal de la residencia oficial del Ejecutivo, para denunciar que en la delegación Cuauhtémoc se les cobran 8 mil pesos para entregarles cadáveres, además denuncian que fueron obligados a firmar cartas en las que se les impide el acceso a sus casas y que a cambio se les ofrecen albergues que no existen. En este conjunto habitacional de 1,140 departamentos que había 338 se derrumbaron, mientras que 400 quedaron inhabitables.

Para esta fecha, el desalojo de la gente que vivía en la colonia Roma alcanza el 65%.

Por su parte, las tabajadoras de la industria de la confección empiezan a padecer no sólo las consecuencias trágicas del terremoto, sino también el atropello de sus derechos laborales. Las trabajadoras exigen embargo precautorio de los bienes de las fábricas.

Este día también es rescatada con vida una bebé de 10 días de nacida de entre los escombros del Hospital Juárez.

En amplios sectores de las delegaciones políticas del D.F. y la zona metropolitana hay escasez de agua, por lo que el tambo de 250 litros llega a cotizarse en 1,500 pesos.

Por si fuera poco, cae un aguacero sobre la ciudad. Esto dificulta las labores de rescate y afecta más a las construcciones dañadas.

Se prohíbe que se trasladen cadáveres a provincia para evitar epidemias.

Son rescatados 58 bebés con vida, del Hospital General.

Miles de trabajadores de las dependencias del gobierno, cuyas instalaciones fueron afectadas por el sismo, se encuentran en un estado de incertidumbre. NO saben dónde ni cuándo volverán a su trabajo.

Martes 24 de septiembre.

Identificados o no, todos los cadáveres que han sido rescatados en las últimas horas son enviados a la fosa común por órdenes del regente Ramón Aguirre.

Del edificio de la Secretaría del Trabajo fueron rescatadas con vida 27 personas, 17 fueron encontradas muertas y existen 63 desaparecidas. Se trata, en su mayoría, de trabajadores de intendencia.

En el Hospital Juárez se encuentran más bebés con vida entre los

escombros. Hay enfrentamientos entre socorristas y autoridades, ya que éstas insisten en utilizar maquinaria pesada para limpiar el lugar.

En lo que fueron las instalaciones del CONALEP cientos de voluntarios impiden la demolición, pues todavía hay personas sepultadas.

En la Procuraduría del D.F. se encuentran cadáveres de detenidos que habían sido negados anteriormente. Algunos de los cuerpos encontrados muestran señales de tortura. La procuradora, Victoria Adato, lo niega.

Desde este día se cierra la morgue del parque de beisbol; y se empiezan a fumigar los edificios en ruinas.

Miércoles 25 de septiembre.

Nuevos datos dan cifras de 3,282 muertos, 40,000 heridos, 1,500 personas rescatadas con vida, 300,000 personas sin hogar y más de un millón sin empleo, temporal o definitivamente.

El presidente De la Madrid asegura que actualmente "estamos viviendo más la profundidad de la herida y la magnitud de la reconstrucción".

Jueves 26 de septiembre.

Las labores de rescate continúan, pero con menos voluntarios ya que casi nadie creía que después de tantas horas de hambre y sed alguien pudiera estar vivo bajo aquellos escombros. No obstante, las brigadas sacan vivas a 7 personas, entre ellas 3 recién nacidos más.

Brigadistas alemanes, suizos e italianos se retiran de las labores de rescate. Antes de partir, algunos declaran que su trabajo se vio obstaculizado en muchas ocasiones por la poca coordinación de las autoridades mexicanas y por la negligencia de los cuerpos militares y policíacos.

El total de víctimas y damnificados es una incógnita.

Viernes 27 de septiembre.

Son rescatadas cinco personas con vida.

Las labores de rescate están a punto de llegar a su fin.

Sábado 28 de septiembre.

La maquinaria pesada ha entrado de lleno a limpiar la zona que abarca la Colonia Roma, pese a las críticas de gente que asegura que

aún existe vida entre los escombros.

Domingo 29 de septiembre.

A once días del terremoto el presidente Miguel de la Madrid anunció que estaba prohibido usar explosivos en las áreas donde se sospechaba que aún podía haber vida.,

Cientos de familias afectadas por los sismos se niegan a abandonar sus casas por temor a perderlas. Los más reacios a abandonar sus viviendas son los habitantes de Tepito.

Martes 1º. de octubre.

A partir de la segunda semana después del terremoto la burocracia empezó a marginar a los grupos de voluntarios civiles y a buscar el modo de monopolizar la ayuda y acaparar a los damnificados.

Miércoles 2 de octubre.

Se da a conocer la noticia de que en las ruinas de Venustiano Carranza 148 se encuentra sepultado el niño Luis Ramón Nafarrate, de nueve años de edad, se cree que está vivo. El intento por rescatarlo duró varios días, pero no pudo ser encontrado vivo o muerto.

Se cree esta caso fue un mito más de los que se crearon en torno al sismo del 19 de septiembre.

Lunes 7 de octubre.

Más de 50 países, además de organismos mundiales han participado en la ayuda a México. Hasta la fecha han llegado 177 vuelos de aeronaves procedentes del extranjero trayendo hasta ahora más de 15,000 toneladas de carga entre víveres, ropa, medicinas y equipo de salvamento.

Sábado 12 de octubre.

El presidente Miguel de la Madrid decretó ayer (11 de octubre de 1985), la expropiación de cerca de siete mil inmuebles, principalmente vecindades, a fin de beneficiar a más de 180,000 habitantes de las zonas más afectadas por el terremoto del 19 de septiembre. El anuncio fue hecho por el regente Ramón Aguirre, quien agregó que el acto expropia-

torio afecta a una extensión aproximada de 250 hectáreas de las colonias Guerrero, Buena Vista, Peralvillo, Algarín, Buenos Aires, Asturias, Atlampa, Ex Hipódromo de Peralvillo, Morelos, Esperanza, Tránsito, Cuauhtémoc, Doctores, Centro, Felipe Pescador, Obrera, Revolución, Roma, Santa María la Ribera, Valle Gómez, Vista Alegre, Juárez, San Rafael, Hipódromo Condesa, Alamos, Gertrudis Sánchez, Moctezuma, Puebla y Simón Bolívar. Todas estas colonias populares se encuentran ubicadas en las delegaciones Cuauhtémoc, Venustiano Carranza, Benito Juárez y Gustavo A. Madero (las más afectadas por los sismos).

Los predios serán destinados exclusivamente a viviendas populares, mediante programas de reparación, mejoramiento, autoconstrucción y vivienda nueva con materiales a precios justos que se venderán en "parques" de materiales básicos para la construcción. Se entregará terreno o vivienda, según el caso, a los auténticos damnificados y se dará preferencia a los inquilinos o poseionarios del inmueble a la fecha del sismo.

El pago de las indemnizaciones se realizará en un plazo no mayor de 10 años dentro de las posibilidades del erario y corresponderá a las personas que demuestren tener derecho a ello, conforme lo establece la ley.

Más de cuatro mil damnificados de Tlatelolco realizaron una marcha a los Pinos, en donde fueron recibidos por el presidente Miguel de la Madrid, quien prometió que se les haría justicia en sus demandas.

Miércoles 23 de octubre.

Los predios expropiados en las zonas populares afectadas por los sismos suman cuatro mil trescientos veintitrés, en lugar de los cinco mil cuatrocientos veintisiete incluidos en la lista anterior; este nuevo acuerdo fue decretado por el presidente Miguel de la Madrid. Se excluyó aproximadamente el veinte por ciento de los inmuebles enlistados en el primer decreto por considerarse que muchas de las colonias en las que se encuentran no son populares, y en cambio se sumaron 8 nuevas vecindades, principalmente en las colonias Guerrero, Doctores, Peralvillo y Morelos.

"Resulta interesante mencionar que el decreto de expropiación demuestra ser una medida emergente, y la premura con que fue implementada

acarrea una serie de errores entre los que se cuentan la expropiación de inmuebles de propiedad del Estado, de viviendas a quienes resultaban propietarios y usuarios de la misma, así como de predios en los que no había ningún tipo de vivienda. Estos errores delatan la falta de actualización de planos y datos relacionados con los usos del suelo y la tenencia del mismo".

Domingo 27 de octubre.

Del 18 de octubre a la fecha se han podido reubicar a noventa y dos mil alumnos, pero aún quedan quinientos dieciocho mil escolares sin reubicación, informó Miguel González Avelar, Secretario de Educación Pública.

En dos segundos, se escucharon dos estruendos de 137 decibeles y el edificio rectangular A-1 del Multifamiliar Juárez de 12 pisos, 15 niveles y más de 300 departamentos, cayó sobre su propia base después de explotar los 64 kilos y medio de un explosivo nacional gelatinoso, que convirtió a un gigante en una masa de escombros. La operación de demolición por "implosión" fue la primera de su tipo en la historia de la Ciudad de México y fue dirigida por Douglas K. Loiseaux, vicepresidente de la empresa norteamericana Controlled Demolition, y el ingeniero Servando Delgado, director de Vialidad y Transporte Urbano del D.D.F.

Debido a que la expropiación en sí no resolvió el problema derivado de los sismos, el Estado tuvo que ir implementando planes de reconstrucción que solucionaran las demandas de los damnificados, tales como:

- 1) Programa de Renovación Habitacional Popular.
- 2) Programa Emergente de Vivienda (Fase I y II).
- 3) Programa de Reconstrucción Democrática de Tlatelolco.
- 4) Programa de Vivienda de organismos gubernamentales.

Las estrategias de estos programas de vivienda se implementaron en función de la definición diferenciada que se hizo de los damnificados.

Treinta mil personas marcharon del Monumento de la Independencia a la residencia de los Pinos para pedir una audiencia con el presidente de la República.

Lunes 28 de octubre.

Una segunda demolición con el sistema de explosivos terminó con los edificios B-1, B-2 y B-3, del complejo habitacional Benito Juárez; 18 mil toneladas de construcción se vinieron abajo en ocho segundos y medio. Estas otras demoliciones también fueron efectuadas por la empresa Controlled Demolition. El Departamento del Distrito Federal anuncia que otros 26 edificios serán demolidos con el mismo sistema.

Miércoles 30 de octubre.

Un temblor de 5.7 grados en la escala de Richter sacudió ayer a la Ciudad de México a las 9:30 horas. No hubo víctimas ni derrumbes, la Cruz Roja atendió diversos casos de ciudadanos con crisis nerviosas.

Sábado 2 de noviembre.

Otros de los efectos del terremoto, es la intensificación de las tradiciones más entrañables del pueblo mexicano: se instalaron ofrendas a los muertos en varios puntos de la ciudad; una enorme, frente a las ruinas del edificio Nuevo León; otra, en el jardín "Doctor Ignacio Chávez", frente a lo que fue el Multifamiliar Juárez; otra típica de "Tepito-ACA", una más frente al Templo Mayor y una monumental, con miles y miles de luces, cirios, veladoras y zempasúchiles en el Zócalo, instalada espontáneamente y sin ponerse de acuerdo, por todo el pueblo de México. Se pretende que sea instalada cada año, hasta convertirla en memoria colectiva.

Lunes 16 de diciembre.

Tres meses después del terremoto, casi 40,000 capitalinos aún vivían en albergues oficiales o privados y otros 10,000 se repartían en campamentos improvisados cerca de sus viviendas derruidas. Pero la mayoría no eran víctimas del terremoto sino de la vida misma; por ejemplo, en el campamento ubicado en la Plaza de las Tres Culturas, en Tlatelolco, de las casi 400 personas que sobrevivían ahí, sólo media docena de familias eran auténticos vecinos del maltrecho conjunto habitacional, el resto provenía de distintos rumbos.

Pasados los días.

Los problemas se acumulan y la suerte de miles de damnificados es incierta.

C) NUEVAS LECTURAS DEL TEMBLOR. PATRONES SISMICOS DE DESTRUCCION

Más de 2 años después de que la Ciudad de México fue atacada por un terremoto, y el corazón de la Ciudad quedara en ruinas, expertos sismólogos están empezando a desenredar varios penosos misterios alrededor del evento. Ultimamente los científicos dicen que sus estudios reconstruirán su entendimiento del camino que el terremoto siguió en sus daños por la Ciudad.

La erupción del piso del Océano Pacífico, provocó que el terremoto de México surgiera en la capital con mucha fuerza, después atravesó 250 millas a través de varias montañas. Cerca de mil edificios se colapsaron en la Ciudad y más de 10,000 personas murieron. En los registros modernos han sido guardados los movimientos sísmicos que no han provocado muchos daños a gran distancia.

En contraste, las ciudades más cercanas al terremoto sufrieron únicamente daños moderados. Lázaro Cárdenas, una pequeña ciudad, perdió únicamente 10 edificios.

PATRONES SISMICOS DE DESTRUCCION

Sumado al misterio estuvo el patrón de destrucción en la capital. Viejos edificios de ladrillo o piedra -vistas como las estructuras más peligrosas en un terremoto- soportaron el rigor del movimiento, mientras que edificios más modernos caían. La gran mayoría de los edificios que se colapsaron estaban contruidos con estructuras de concreto reforzado.

Ahora, después de algunos de los más extensos estudios en la historia sísmica, los científicos creen que han encontrado las respuestas a los enigmas. Estas respuestas, añaden, pueden contener importantes lecciones para ciudades como Estados Unidos y otros países que están en zonas sísmicas.

"Esta fue una historia de terremotos", dijo Vitelmo V. Bertero,

profesor de ingeniería de V.C. Berkeley, quien es especialista en análisis sísmicos. No era esperada la intensidad de la moción que fue registrada en la Ciudad de México. No estaba diseñada para esto y por eso es que muchos edificios cayeron". Los instrumentos mostraron que la aceleración de las ondas sísmicas que golpearon los edificios de una parte de la ciudad fueron cinco veces más grandes que en otros sitios fuera de la capital. La intensidad fue tan peligrosa que uno de los instrumentos diseñados para medir la fuerza se rompió por la intensidad y la tensión.

EFFECTOS DEL SUELO BLANDO

Mete A. Sozen, profesor de ingeniería de la Universidad de Illinois, quien visitó el área de desastre como miembro de la Academia Nacional de Ciencias, explicó el tema, recalcando el colapso de uno de los hospitales más grandes en donde murieron cientos de personas. Este fue diseñado para resistir una fuerza lateral (oblicua) igual a 6% de su peso, y probablemente cumplió con esa regla", dijo Sozen. Sin embargo, "Las fuerzas desatadas fueron mucho más grandes que ésto y por eso vinieron abajo".

Los instrumentos registrados han mostrado que las vibraciones extremas fueron producidas por el suelo blando de la Ciudad de México. Por muchos años los científicos han sabido que esta ciudad está en una cima blanda, de sedimentos elásticos que tienden a amplificar algunas frecuencias de las ondas sísmicas del terremoto.

Los sismólogos aseguran que la localización de la Ciudad de México es más peligrosa para los terremotos que la de Estados Unidos. El suelo blando bajo la Ciudad es parte de un antiguo lago que fue llenado por miles de años antes con depósitos de arcilla mojada.

Los científicos han reconstruido el escenario del desastre:

En septiembre 19, 1985, se sintió un movimiento sísmico de 8.1 grados de magnitud, el terremoto empezó cruzando el Oeste de México hacia la capital. Los movimientos fueron agrupados por dos pulsos producidos por dos rupturas en la zona de fractura de Orozco de la costa mexicana.

Inicialmente el movimiento fue complejo, tenía diferentes frecuencias,

pero por encima de largas distancias las frecuencias cortas fueron filtradas, llevando únicamente movimientos largos y planos para atacar el cimiento del lago de la Ciudad de México. Los movimientos están medidos por sus "periodos", o la longitud de tiempo que toma para completar un ciclo. Estos movimientos tuvieron ciclos de 1.5-2 segundos, muy largos para un terremoto normal.

El cimiento del lago empezó a transformarse. El suelo elástico, saturado con agua, amplificó la moción cuatro o cinco veces más que el nivel previo. El movimiento atacó la superficie con ondulaciones regulares que continuaron por un largo minuto.

En la ciudad, algunos edificios empezaron a inclinarse con el movimiento, otros se golpearon con construcciones similares. Cada inclinación llegaba a ser peor hasta que los edificios se rajaron y apartaron ellos mismos, los pisos cayeron uno sobre otro.

Censos realizados después mostraron lo siguiente, 954 edificios colapsados en la ciudad, otros 1,100 sujetos a demolición y miles más sufrieron daños.

Los científicos han llegado a la probable conclusión de que la fuerza destructiva -en este terremoto en particular- fue incrementada en lugar de disminuida por la larga distancia que las ondas sísmicas viajaron. En un evento más local los movimientos no son filtrados en el patrón regular de la moción que proviene a lo implacable.

"Entre los puntos que quedaron fuera en el terremoto de la Ciudad de México están los de efectos desastrosos de un terremoto de larga distancia". Sozen dijo que "los efectos dañinos de nivel bajo de gran moción y larga duración no han sido realmente apreciados antes".

Expertos sísmicos enfatizan que estos eventos de larga distancia no son más peligrosos que un terremoto cercano, sólo diferentes. Una ruptura a gran distancia tenderá a destruir diferentes tipos y tamaños de edificios y contrariamente dejará otros relativamente intactos.

Este resultado fue dramáticamente ilustrado en la Ciudad de México en donde muchos edificios del siglo XIX estaban de pie mientras que edificios más modernos de concreto reforzado se colapsaron. Los ingenieros pronto encontraron una similitud en los edificios caídos: la mayoría habían sido construidos de 6 a 16 años antes.

Estos edificios tuvieron una tendencia natural a vibrar en la misma proporción que el movimiento sísmico: un ciclo de 1.5 a 2 segundos cada uno. Los edificios se inclinaron más y más cada vez que había un nuevo movimiento hasta que se colapsaron. Los viejos edificios, aunque más débiles, fueron también inflexibles porque su construcción de mampostería y su patrón de vibración natural no igualó el golpe de las ondas sísmicas; por eso ellos sobrevivieron.

Por otra parte, los estudios de la experiencia mexicana produjeron un debate en los Estados Unidos acerca de daños paralelos en este país. Aún hay algunos desacuerdos acerca del grado de similitud geológica entre la Ciudad de México y las áreas urbanas de Estados Unidos y la mayoría de los expertos sísmicos creen que las agencias de desastre deberían atender el aviso de México.

"En California no debería haber ciudades situadas en viejos cimientos de lagos con sedimentos de arcilla húmeda", dijo Richard Eisner, director del Bay Area Regional Earthquake Preparedness Project. "Nosotros tenemos secciones de ciudades situadas en suelos blandos que podrían ampliar el choque de ondas sísmicas, y tenemos el potencial para terremotos de gran distancia", añadió.

Únicamente la falla de San Andrés, la cual atraviesa la porción sur y central del estado, es capaz de producir terremotos de la magnitud del que atacó a la Ciudad de México. Varias predicciones se basan en que la ruptura de la falla cambiará de lugar en los próximos 30 años y será más grande del 50%.

Cuando la ruptura ocurra esto podría trasladar el choque y el movimiento hacia Los Angeles y San Diego, con distancias de 75 a 150 millas. Con este evento las áreas más vulnerables podrían ser los edificios de vecindades tales como Marina del Rey en Los Angeles y La Misión Bay en San Diego.

Otras áreas susceptibles podrían ser las regiones con suelos aluviosos que tienen grandes tablas de agua, tales como algunas secciones de San Bernardino Country, cerca del Río de Santa Ana y el Valle Misión en San Diego. Algunos expertos sísmicos dicen que igual peligro descansa en California. Por su parte, uno de los más grandes terremotos que se recuerdan, ocurrió en New Madrid, Mo., en 1811. Sozen, en la Universidad

de Illinois, dijo que el evento podría producir una catástrofe en Memphis. "Una ciudad como Memphis no está preparada por sí misma para un terremoto, una gran cantidad de edificios podrían colapsarse, lo que aquí sería una matanza".

Aún los ciudadanos de California no pueden consolarse por la noción de que los códigos de sus edificios son substancialmente más restrictivos que los de México, dicen los ingenieros. Aunque la capital mexicana está en proceso de acrecentar sus códigos, las viejas reglas fueron descritas por un experto como "reglas paralelas a este estado".

"Estoy seguro que pocos edificios colapsados cayeron por su pobre construcción", dijo Bertero, pero podrían estar equivocados para hacer una generalización de esto. La mayoría de los edificios estaban bien contruidos.

En desastres oficiales en California se dice que este estado tiene miles de edificios de concreto similares a los que se cayeron en México. Bertero cree que uno de los puntos más importantes que el gobierno debe tomar en cuenta es la prohibición para construir edificios que vibren en la misma frecuencia que el subsuelo.

Esta falla en la construcción fue lo que causó la mayoría de la destrucción en la Ciudad de México, dijo. "Tú no puedes construir con un periodo de dos segundos en suelo suelto, que amplía 2 segundos el movimiento; ésta es la lección", agregó. "Tú pones aquellos edificios sobre cimientos de roca donde el movimiento será mucho menor, y en suelos blandos pondrás edificios pequeños. Si aplicas esta regla los edificios no caerán".

El proceso de trazar los suelos en mapas y la determinación de su frecuencia de vibración es llamado micro-zonation y ha sido comenzada en la Ciudad de México bajo la vigilancia de Japón. Después del mapa ha sido completado por el gobierno, quien mostró la formidable lucha de convertir el hecho en un código de edificios.

Algunas agencias oficiales de desastres dicen que otra lección para la Ciudad de México pudo ser igualmente crucial. El análisis del esfuerzo por rescatar mostró que al gobierno primero le faltó comprender el extenso daño y el por qué de este fracaso retrasó el requerimiento de ayuda. Consecuentemente, los oficiales en desastre dicen que algunos

de los atrapados en los escombros murieron antes de que ellos pudieran ser rescatados. Un reporte no oficial ha estimado que el 80% de las muertes en México no vinieron por el trauma sino por la exposición.

d) Viñetas de casos generales observados en la población.

La muerte se le vino tan de golpe como las paredes que le cayeron encima a su familia. Esto lo ha sorprendido tanto que su rostro es una gran carejada. La risa aterrada con que su cerebro lo protege, el instante detenido antes de la conciencia. Dice a quien lo quiere escuchar, que su esposa está ahí y señala lo que fue uno de los edificios del multifamiliar Juárez.

El hombre, de cuarenta años aproximadamente, vestido con ropa de trabajo, de clase media incipiente, lleva en sus manos un pequeño azadón y una pala de juguete (de esas que sirven para remover la tierra de macetas). Con ellos quiere rescatar el cadáver de su esposa que yace sepultada donde el piso ahora es techo, vuelve a reírse víctima de un profundo choque. Los jóvenes, sudorosos, llenos de polvo y sucios de muerte no lo escuchan.

Detrás de ellos los cadáveres envueltos en multicolores fundas (prestadas por los vecinos). Una mujer busca sus escasas pertenencias, lleva sangre en su bata blanca de enfermera del ISSSTE, a muy pocos metros, se encuentra el cadáver de su hija.

Bajan otro cadáver, y otro más. Siguen las voces pidiendo oxígeno, lámpara, agua, etc.

Nadie llora, quizá nadie se ha repuesto de la sorpresa que los despertó víctimas de una de las peores tragedias. Las ambulancias están enfiladas, con las puertas abiertas y vacías. Hay pocos sobrevivientes, menor heridos y muchos muertos. El hombre sigue sin cambiar su semblante, riéndose pregunta si el nuevo cadáver es hombre o mujer, se justifica: "a lo mejor ya encontraron a mi mujer"

Olga Sierra Maldonado y su hija Leticia corrían todos los días en el parque Alamos, cercano a su casa, en Universidad y Casas Grandes.

* Relato tomado de Ovaciones 2a. edición, viernes 20 de septiembre, de 1985.

No salían muy temprano, porque la señora preparaba primero el desayuno para su marido Samuel -conserje del edificio- y para su hijo César, que a las siete de la mañana se iba a la escuela.

A las 7:15 del 19 de septiembre, Olga y Leticia hacían gimnasia, el día era esplendoroso. En el edificio Samuel estaba sacando algunos carros del estacionamiento para lavarlos, su hijo César iba a abordar un convoy del metro.

Adentro del cuarto donde vivían estaban, aún dormidos, Samuel de 14 años y Teresa de 13.

Samuel estacionaba un automóvil frente al edificio de ocho pisos, cuando sobrevino el temblor. Se quedó petrificado, y de pronto, una enorme piedra cayó sobre el auto y lo semiaplastó.

Olga y Leticia sintieron que la tierra se movía mientras hacían ejercicio; esperaron a que aquello terminara y empezaron a correr hacia su casa; estupefacta, Olga vio desmoronarse ante sus ojos el enorme edificio de la Secretaría de Comunicaciones. Continuó su loca carrera y llegó hasta el montón de escombros de lo que hasta unos momentos antes había sido su hogar.

Su marido Samuel pedía auxilio, estaba atrapado en un automóvil aplastado. Entre Olga y Leticia lograron sacarlo ileso. Entonces los tres corrieron hacia los escombros del edificio. César debía estar camino a la escuela; pero Samuel y Teresa estaban ahí... habían despertado...

César estaba a punto de subirse al metro cuando sintió la sacudida. Vio cómo la gente corría despavorida a ponerse a salvo y temblando él por dentro, abandonó la estación. Lo primero que hizo fue buscar un teléfono público y comunicarse a su casa. Sonaba ocupado; pero insistió.

Finalmente su hermano Samuel contestó el teléfono. César sintió una opresión en el pecho al oír entre llantos y quejidos a su hermanito pidiendo auxilio. Corrió sin parar hasta Universidad y Casas Grandes, donde encontró a sus padres y hermana en la banqueta. "Hablé con Samuel. Me pidió ayuda. ¿Qué pasó? "Y entonces se dio cuenta de que encima del teléfono y de sus dos hermanitos había varias toneladas de cemento.

"Papá, no nos dejes, ayúdanos por favor; papá tenemos miedo". Los lamentos torturaban el alma de aquel hombre, sus hijos, Samuel

y Teresa habían quedado sepultados al derrumbarse esa mañana el edificio donde trabajaba como conserje, increíblemente, el teléfono de la casa funcionaba y, aunque débil, la voz de los niños se escuchaba por el aparato.

Los socorristas llevaban tres días tratando de llegar a donde estaban los niños; el tiempo apremiaba, sin comida y sin agua podrían aguantar otro día más pero el oxígeno...

La labor no se detuvo, tenían que encontrarlos. Sin embargo, a las 8 de la noche, ya nadie contestó el teléfono.*

Un caso similar aconteció en "Tlatelolco".

"Vi cómo se originó el temblor desde el estacionamiento Z 650 del Nuevo León y en lo primero que pensé fue en mis hijos y en mi mujer porque creí que ella también estaba arriba, pero no fue así ya que ella se había ido a traer la leche a la Conasupo. Vi claramente cómo se cayó el edificio, pero ¿qué puede uno hacer? ¿Convertirse en Superman y detenerlo? Esperaban mis hijos el desayuno para salir a la escuela: la más grande, Gloria Leticia, de 17; Miguel Angel, de 15; Guadalupe Adriana, de 11; Mario, al que encontré muerto en la Delegación Cuauhtémoc, de 10; Dani de 7; Ricardo de 5 y Alma Celia de 3 años. Lo primero que pensé fue en mis hijos y el edificio se vino abajo, nada más un rechinado y cuando cayó a tierra salió un humo negro que se tendió por Reforma. Eché a correr para ver a mis familiares, corrí, subí y nada; me quedé muchos días ayudando en el rescate y no los pude encontrar".

"Mi familia y yo teníamos un cuarto en la azotea del Nuevo León, en la parte que se cayó, entonces pensé que podían haberse quedado hasta arriba ¿Verdad? Pero el edificio quién sabe cómo se volteó, se hizo rosca.

Después de varios días, vi que no aparecían, me puse a buscarlos; he ido a muchas partes, a muchos hospitales, centros infantiles, albergues y voy a seguir buscando".

"Algunos se portan muy déspotas con uno, yo también comprendo que por las prisas, por los nervios, en los hospitales contesten de mal modo, se siente feo y más con el pesar que uno ya no lo aguanta,

*Arvide, Isabel; Martí, Fernando; y otros. El temblor. Págs. 8,26,27,28.

lo dejan a uno con la palabra en la boca.

Días después encontré a Mario, el murió pero los otros no sé en dónde están y vivo con la incertidumbre preguntándome si estarán vivos o muertos. Fui hasta donde se identifican a todos los que se fueron a la fosa común, vi las fotografías y nada, hasta que di con el Hospital de Magdalena Salinas del Seguro Social. En el segundo piso encontré al niño Néstor Quiñones, de cinco años, que vivía en el mismo edificio de mis hijos, me vio buscando y me dijo:

¿Qué pasó señor Salomón, qué anda haciendo,

-Buscando a los muchachos.

-Aquí andaba Ricardito.

-Estás seguro, hijo, le dije.

-Sí -dice- mire yo estoy mal de mi cara, de mi mano y de mi pie; Ricardito nada más de los bracos está raspado. Estoy seguro que aquí andaba Ricardito.

"Entonces agarré fuerzas y pedí la lista de los nombres, pero no aparecía en ninguna de ellas.

He caminado de San Pablo La Merced a la Emergencia 68 de la Villa; ya se me acabaron los zapatos, los pies ni los siento de tan hinchados, pero no me importa, voy a seguir caminando con la esperanza de encontrar a Ricardito porque confío en que Dios me deje aunque sea a uno.

"Mi esposa se puso bastante enferma; hizo dos intentos por matarse. Se quiso ahorcar en el baño del albergue; después intentó ahogarse en la alberca del Deportivo Morelos donde estamos refugiados. Ya en la noche la encontré amarrada con las manos a la cama; la tuvieron que amarrar y me dijeron los encargados que hablara yo con ella porque así no la podían tener. Tenía los nervios muy alterados, claro, es difícil aguantar esto, muy difícil. Estoy enojado con ella, decepcionado porque no está ayudando. Sé que está mal pero yo también estoy mal, sólo piensa en ella, está tronada, también yo voy a tronar. Se imagina sin hijos, sin casa y sin empleo".*

A dos años del terremoto de 1985, el señor Salomón Reyes sigue

*Relato tomado de La Jornada, jueves 27 de octubre de 1985; páginas 32, 23.

buscando a su hijo Ricardito. En una entrevista concedida a un periódico capitalino el Sr. Reyes narró lo siguiente.

"Cuando regreso a mi casa creo que voy a ver a mis hijos, a oír sus risas y gritos, pero...nada de eso. Mire lo que quedó de mis siete hijos, 'papeles, muchos papeles'... El señor empieza a recordar y dice:

"Aquel día era como cualquier otro, nosotros vivíamos en el cuarto de servicio 1204, entrada F del edificio Nuevo León, llegamos ahí el 13 de agosto de 1969. Yo trabajaba en el estacionamiento de Banobras, aquí mismo en la unidad.

"Como todos los días salí, de mi casa a las 6 de la mañana y mi esposa me avisó que iría por la leche y a un mandado que le habían encargado.

"Cuando empezó a temblar corrí y llegué al edificio y no podía aceptar lo que veía. La vista se me nubló, sólo percibí luces como estrellitas. Las piernas me flaquearon pero no podía caer. Entonces comencé a levantar piedras, pero las lozas eran enormes, las varillas retorcidas me impedían apoyarme y recuerdo que me puse a gritar. No podía hacer nada, sólo llorar.

"Unos vecinos me dijeron que mi esposa se encontraba viva que la estaban atendiendo unos socorristas. Pregunté dónde y de inmediato llegué hasta ese lugar. Pobre de mi mujer, al verla comprendí de inmediato que había enloquecido.

"¡Mis hijos! ¡Dónde están! Por favor quiero verlos", gritaba. Socorristas y otras personas la sujetaban con gran trabajo mientras le inyectaban un sedante.

"Yo regresé a aquella montaña humana en donde reinaba la muerte. Era horrible, no sé cómo aguanta uno tanto. Comprendí entonces que la vida es cruel y traicionera.

"Al día siguiente y después del segundo sismo, sacaron más cuerpos. Identifiqué entre ellos el de mi hijo Mario que tenía 10 años de edad.

"Tras mucho papelco logré demostrar que ese cuerpecito era el de mi Mayito, me lo entregaron en una caja de tablas y en una combi "pesera" lo llevamos al Panteón de San Lorenzo Tezonco.

"A mis otros seis hijos nunca los encontré, ni siquiera los pudimos dar cristiana sepultura. Había muchos muertos, todos los queríamos

ver, pero al estar frente a ellos no los identificábamos, porque todos estaban irreconocibles. Y de inmediato se los llevaban".

"Mientras mi esposa estaba internada comencé a ir a hospitales, delegaciones y donde quiera que concentraran cadáveres y lesionados. Estudiantes de la preparatoria 9, amigos de mi hija Gloria, me ayudaron en la búsqueda pero los resultados fueron negativos. Hasta la fecha no los he encontrado, pero sé que están muertos.

Contemplando unas ampliaciones fotográficas de sus hijos, don Salomón continúa su relato. "La alegría de los hijos, el júbilo del hogar se ha ido de mi casa. Mire, no hay muebles, sólo una cama y la estufa, eso es todo. En cambio sí hay mucha tristeza.

"Me acuerdo de mi hija mayor, que me decía, "tengo que ser alguien en la vida, ¡apóyame papá!". Era una chica excelente."

"Desde hace dos años, cuando llego a mi casa creo que voy a ver a mis hijos y nada de eso. No hay alegría, nada por qué luchar, nada que lo impulse a uno.

Al ver que su esposo guarda silencio porque las lágrimas están a punto de brotarle, la señora Josefina (esposa de don Salomón) explota en ira y reclama: "Por qué sólo se cayó ese edificio, por qué tenía que ser el Nuevo León. Dicen que lo arreglaron, ¿qué le arreglaron?. El sótano estaba lleno de agua, el edificio se había hundido alrededor de 5 centímetros. Hace tiempo desalojaron los edificios F y B durante 2 ó 3 meses, tiempo en el cual nos prestaron departamentos de los edificios Tecpan. Después regresamos y notamos que la situación seguía igual.

"Ese día salí a las siete de la mañana, tenía que cumplir un encargo e ir por la leche. Cuando caminaba por la primaria Vicente Trujillo en la calle de Lerdo, comenzó a temblar. Caminé rápido y al llegar a mi casa y ver el edificio derrumbado sentí morir y ante mi impotencia comencé a gritar los nombres de mis hijos".

Al tomar la palabra el Sr. Reyes, indicó que varias vecinas le dijeron que habían visto en un albergue a Ricardito, su penúltimo hijo, de 5 años de edad.

De nuevo comenzó otro peregrinar de ellos por casas-hogar, hospitales y guarderías. En el Hospital Magdalena de las Salinas, un niño vecino del Nuevo León aseguró que también había visto en ese hospital a Ricardito,

pero hasta la fecha no lo han encontrado.

Actualmente su esposa se encuentra bien pero está bajo tratamiento médico.*

La desesperación se refleja en la mirada de Víctor Ramírez Martínez, al recordar que al estarse bañando sintió el temblor y corrió para tratar de salvar a su esposa y a su nieta, pero le fue imposible llegar a donde se encontraban ellas. Ambas personas murieron y él salvó la vida aunque sufrió la amputación de una pierna.

El señor Ramírez dice no estar muy convencido de que haber salvado la vida sea lo mejor que la haya pasado, ya que además de perder a sus seres queridos, le amputaron una pierna.**

El señor Vicente Corona Jiménez, de 50 años de edad, conserje del edificio ubicado en Bruselas 8, colonia Juárez, informó que cuando el temblor comenzó, él se encontraba en la cocina tomando un refresco. Su esposa, dos hijos y cuatro nietos, se habían quedado en otra habitación interior, pero junto a la puerta.

En cuanto todo comenzó a caer sobre ellos, no supo ni pudo hacer nada, "sólo vi que todo se derrumbaba y no hubo forma de correr ni prestar ayuda".

Muchas horas después y casi ileso, Vicente fue sacado del edificio, pero el hombre dice:

"Creo que mi familia está muerta"... Esta declaración señala a un hombre que ha perdido toda esperanza de poder ver a sus familiares con vida.**

El niño Fred Velázquez Mendoza fue rescatado de las ruinas del edificio 102 de las calles de Zacatecas. El pequeño de 12 años que cursa el sexto año de primaria narra que dormía en el apartamento ubicado en el noveno piso. "Sentí el temblor pero no le di importancia, me tapé con mis cobijas y de repente todo cayó, no sentí nada y me di cuenta que estaba entre los escombros en lugar de mi cama".

El niño y su hermano Fermín, de 15 años, fueron de los pocos sobrevivi-

*Relato tomado de La Prensa, sábado 19 de septiembre de 1987; pags. 2, 46.

**Información tomada de Ovaciones 2a. edición, 25 de septiembre de 1985. Pág. 5.

vientes de ese desplome. Fred ingenuamente confiaba en que sus padres y hermana de 8 años estén vivos entre las ruinas del edificio.*

SOBREVIVIENTES

Rubén Vera Rodríguez, permaneció sepultado 90 horas bajo los escombros de lo que fue la Secretaría del Trabajo.

Hospitalizado, en la Cruz Roja, con la pelvis y una pierna fracturada, Rubén recuerda la tragedia y el pánico que vivió, dijo que se mantuvo con vida gracias a una grieta por la que pasaba aire y a sus orines con los que se refrescaba cuando tenía sed. Una piedra bajo la lengua le ayudó a conservar la saliva.

¡La vida es lo máximo... Volví a nacer... Gracias a Dios que me conservó la vida!, dijo Rubén al ser rescatado de los escombros.**

Emilia Díaz de 70 años, pudo sobrevivir a dos sismos y a 62 horas de angustia antes de ser rescatada de entre los escombros del edificio Nuevo León en Tlatelolco.

Al ser rescatada la señora tenía hambre y preguntaba por su familia. Nadie le pudo dar respuesta. Media hora después de su localización, Emilia era trasladada al nosocomio en camilla. Ella quería irse a pie porque según dijo tenía fuerzas para hacerlo, ya que sólo había perdido dos dientes.**

Gloria Agustín no podía creer que su hija recién nacida hubiera sido rescatada de las ruinas del Hospital General. Gloria de 24 años de edad cuenta que estaba en el sexto piso de gineco-obstetricia cuando ocurrió el temblor, en un cuarto que compartía con otras cuatro mujeres.

Todos tenían a sus hijos excepto Gloria, pues la niña estaba un poco delicada en el tercer piso. Cuando ocurrió el derrumbe todo quedó oscuro.

Veintidos horas después todas fueron rescatadas y junto con ellas

*Información tomada de ovaciones 2a. edición, 25 de sept. de 1985. Pág. 5.

**Información tomada de Ultimas Noticias 2a. ed., 23 de septiembre 1985. Pág. 2

tres niños, uno había muerto en los brazos de su madre.

Gloria salió de los escombros, pero de su hija no había nada. Pasaron los días y se fue a su casa; daba por hecho que su niña había muerto, pero ocho días después del sismo, su hija era rescatada con vida.*

TESTIMONIO DE LOS SOBREVIVIENTES

Según Enrique de la Garza**, el testimonio de los sobrevivientes es el mismo con ligeras variantes narrativas; los principales puntos de estos relatos son los siguientes:

- 1) Los instantes previos al temblor
- 2) La sensación de miedo, del fin de seres y de cosas.
- 3) El proceso de salvación individual
- 4) La preocupación inmediata por los demás, el compañero, los hijos, la familia, los amigos y los vecinos.
- 5) La participación en el rescate de los seres próximos o desconocidos
- 6) La crisis de impotencia
- 7) Las conclusiones morales y políticas (dos inevitables: de haberse actuado a tiempo y con eficacia, se habrían salvado vidas; no sólo intervino la naturaleza, también la corrupción y la ineficacia).

A través de los testimonios, vemos surgir a grupos sociales y a tipos humanos muy diversos, unificados por el aprecio a la vida humana y a la dignidad personal.

En un periodo muy breve la sociedad se tornó en comunidad; esto se ha disuelto o tiende a disolverse en muchos lados, pero hay sectores obstinados en tal condición comunitaria.

*Relato tomado de "Excélsior; domingo 29 de septiembre de 1985. Página 29-A.

**De la Garza, Enrique; Cóngora, Janette y otros. Esto pasó en México.
Ed. extemporáneos. pp.1-126.

EVACUACION Y REUBICACION EN EL SISMO

DE LA CIUDAD DE MEXICO, 1985.

Vecinos de las unidades habitacionales Tlatelolco y Juárez, se han negado a evacuar sus hogares, no obstante que éstos representan un peligro para sus vidas. Los afectados dicen que si salen de sus casas, podrían perder sus pertenencias.

Los prados del Multifamiliar Juárez son ocupados por los vecinos de ese inmueble.

Los habitantes del Centro Urbano Benito Juárez analizan las 3 posibilidades que el fondo de Vivienda del ISSSTE les propone: que las personas ancianas sean trasladadas a asilos, los que tengan familiares acudan a ellos y que los demás sean trasladados a los albergues.

El FOVISSSTE distribuyó 3 documentos entre los damnificados del lugar, una carta de compromiso en la que el vecino afectado acepta permanecer en el albergue que le proporcione la institución hasta que ésta lo considere necesario; el segundo papel fija el reglamento de los albergues y el tercero es una hoja de datos.

Los damnificados rechazaron el primer documento y redactaron otro en el que el FOVISSSTE se compromete a darles solución a sus problemas.

La Unidad Habitacional Nonoalco Tlatelolco comenzó a ser abandonada por sus moradores a raíz del segundo sismo que se sintió el día 20 de septiembre.

A partir de ese día, el conjunto habitacional permanece semidesierto, la gente comenzó a emigrar ante el temor de que vuelva a temblar.

Desde el día 19, la gente durmió en improvisadas tiendas de campaña, en los jardines y en la explanada de la Plaza de Las Tres Culturas.

Por otra parte, miles de habitantes del centro de la ciudad que permanecían aún en esa zona, comenzaron a abandonarla con algunas de sus pertenencias, ante el temor de ser víctimas de una epidemia que pudiera ocasionar la descomposición de los cadáveres que permanecen entre los escombros de los edificios abatidos por el sismo.

La falta de agua potable y las dificultades para salir y entrar de la zona obligaron a los habitantes del centro a tomar esta determinación; algunos manifestaron que se trasladarán a provincia en busca de nuevos horizontes.

Asimismo, el antiguo barrio de la aristocracia de México carece hoy de todos los servicios urbanos. Las calles de la colonia Roma están sucias y de los 57 edificios destruidos emanan olores nauseabundos. Pasarán muchas semanas antes de que la Roma recobre su ritmo de vida normal.

En una amplia zona de la colonia no hay agua, electricidad ni gas doméstico. Esto hace que las personas tengan que emigrar a otra parte.

El éxodo de la colonia Roma es agudo, los moradores no soportaron la tensión de la inseguridad y han decidido emigrar a provincia, lugar de origen de muchos de ellos. En sus automóviles sacaron sus pertenencias y abandonaron la colonia.*

HISTORIAS DE LA COLONIA ROMA
(MICROHISTORIA DE LA CD. DE MEXICO)*

a) El escenario de la Colonia Roma.

Este trabajo fue escrito en Julio de 1983 por Manuel Perlo Cohen y no comprenden los trágicos sismos de septiembre de 1985 que tantas muertes y destrucción causaron en la Colonia Roma. El autor hace constar que habrá que escribir un capítulo especial en la historia de la colonia para registrar todo lo acontecido de esta fecha al presente. La dimensión del daño, así como los arduos esfuerzos de sus habitantes para infundirle nueva vida a la Roma lo convencieron de la pertinencia de publicar este trabajo el cual dedica a todos los que pertenecieron en los sismos y a todos aquellos que han luchado por reconstruir la ciudad. La autora de esta investigación incluye este trabajo de M. Perlo Cohen como una introducción que permita al lector reconocer y entender el escenario en el que se desarrolló la presente investigación; un albergue situado en la Colonia Roma con la muestra representativa que es constituida por sus habitantes y sobrevivientes.

LA ROMA: TODA UNA PERSONALIDAD

En 1983 la colonia cumplió 80 años de vida. Durante ese lapso, había experimentado una larga lista de transformaciones y en este momento constituía uno de los espacios más importantes y significativos de la Ciudad de México. Por estos días albergaba a una población aproximada de 100 mil personas, distribuidas en 432 hectáreas y contaba con tres áreas delimitadas y diferenciadas: Roma Norte, Roma Sur y el Multifamiliar Juárez. Las actividades económicas, administrativas, educativas y culturales que ahí se concentraban representaban una proporción nada despreciable del conjunto de las actividades de la Ciudad.

Por otra parte, en todos estos años ha logrado forjar una personalidad interesante y atractiva ante los ojos de propios extraños. Sus habitantes están orgullosos de vivir en ella, sus antiguos residentes la recuerdan entrañablemente y con lealtad y se encuentra a un número considerable de personas que la siguen eligiendo como sitio para vivir. La Roma es una colonia que está muy metida en la cultura urbana de los capitalinos.

Se carece de estudios que hayan investigado el significado que vecinos y usuarios atribuyen a la colonia, de manera que aquí se

* Trabajo que aparece en la Revista del Instituto de Antropología e Historia I.N.A.H. vol. 19 año 1988.

pueden dar algunas ideas de carácter provisional.

La conciencia histórica de sus habitantes. El residente de la Roma suele tener una fuerte noción de la historia de la colonia, de la cual se siente orgulloso y celoso poseedor. Ahí hasta los limpiabotas son historiadores ("conocí a un ascador de calzado que me enseñó el lugar donde había vivido Alvaro Obregón y que alardeaba de haber lustrado el calzado del caudillo en más de una ocasión"). Todo mundo puede nombrar y/o conocer vecinos famosos, construcciones y sitios sobresalientes así como eventos históricos memorables. El valor histórico de la Roma constituye un elemento que cohesiona y le da unidad a una colonia tan poblada y extendida.

Irse a vivir a la Roma. La colonia siempre ha logrado mantener una capacidad de atracción para nuevos residentes. Irse a vivir a la Roma es una opción atractiva e interesante. Sus espacios son sumamente codiciados por la gente y los negocios que se interesan por su localización, accesibilidad, diversiones y ambiente. La Roma es una zona donde se puede disfrutar de un ambiente fuertemente urbano sin estar en el centro. Todo esto le imprime una nueva vida, la renueva constantemente, le permite articular la historia con el futuro.

Un espacio heterogéneo y de convivencia libre. La Roma es una colonia donde las relaciones vecinales tienen poco contenido, no son prioritarias y su intensidad es superficial. Uno no va a la Roma a buscar vecinos, a esperar solidaridad, ayuda y amistad; lo que uno encuentra es gente. Personas de los más diversos orígenes sociales, formaciones culturales y personalidades. Es ciertamente una colonia de fuertes personalidades, de habitantes autosuficientes y de modo de vida distinto. Pero la distancia y la autosuficiencia no significan rechazo o indiferencia, por el contrario, existe tolerancia y curiosidad. Mediados por una cuadra, una calle, una casa y a veces compartiendo una pared, conviven los polos opuestos. Todo cabe, todo se permite en la Roma. Puede suceder lo inesperado; todo es propicio para el encuentro, para la aventura.

La Roma como espacio permanente. La grandeza de su historia, lo rico de sus tradiciones y símbolos, lo espléndido de su arquitectura

y diseño urbano, la apertura y libertad de su convivencia, hacen de la Roma un espacio sólido, permanente y duradero que puede resistir el paso del tiempo, el Metro y hasta los ejes viales. Sus habitantes comparten esa suerte de destino especial que les confiere carta de nacionalidad para habitar indefinidamente la colonia.

¿Cuál es la génesis de esta personalidad tan particular? No es fácil desentrañar las causas que apuntalan la personalidad de la Roma. Como ha señalado Susan Keller en El vecindario urbano, la personalidad de una determinada zona, su atmósfera especial, es un fenómeno tan inescrutable como lo puede ser la personalidad del individuo. Así pues, sería erróneo reducir un fenómeno tan complejo a los elementos que lo componen (población, localización, límites geográficos, componentes arquitectónicos, diseño urbano, actividades económicas, etc. y resulta más certero analizar las interrelaciones entre estos elementos a partir del contexto histórico concreto. Cada individuo es una historia aparte. Lo mismo sucede con la Roma.

¿Llegará la Roma al año 2000?

A diferencia de Roma, la Roma no es eterna, o por lo menos no hay nada que lo garantice; 80 años de existencia no son pocos, sobre todo si están bien vividos, como es el caso de la colonia, pero tampoco son muchos dentro del calendario del urbanismo. El ciclo de vida de una colonia, barrio o vecindario puede prolongarse por siglos y aún por milenios, como sucede en algunas ciudades de la India y el Medio Oriente, incluso en la Ciudad de México tenemos un puñado de barrios centenarios.

La Roma es, pues, una colonia joven, a la que le queda mucho por vivir, sin embargo, si las tendencias que observamos en los últimos 20 ó 30 años ganan mayor espacio, es decir, si los usos no-habitacionales y la sustitución de los edificios históricos por las construcciones avanza a la misma velocidad, la Roma del año 2000 será muy distinta a la que hemos conocido hasta hoy: será, fundamentalmente, un distrito de negocios.

¿Qué es lo que está en peligro? ¿Qué es lo que se perdería si la Roma 2000 acabara transformándose en una extensión de la Zona Rosa o

en una sucursal del centro?

Obviamente perdería los habitantes expulsados por las fuerzas de esa transformación y los que se quedarán a vivir sufrirían el deterioro de la calidad de la vida, pero también perderíamos los habitantes de la ciudad en su conjunto, porque se destruiría un deslumbrante patrimonio urbano que le pertenece a la ciudad, porque es su historia misma.

La Roma es un espléndido museo urbano en vivo, entre cuyas fronteras se reúnen y se exponen 80 años de frescos de las distintas épocas de la historia de la ciudad y hasta del país. Sus calles, avenidas, residencias y construcciones monumentales nos permiten reconstruir la historia social, política y cultural de la ciudad; sus vecinos, presentes y pasados pueden observarse como un libro abierto, en el cual están plasmados estilos de vida diversos que son viva expresión de una cultura urbana firmemente enraizadas en la colonia, surgida de ella.

En su calidad de escenario histórico, la Roma nos permite recobrar una dimensión de la historia —a la que no se le confiere mucha importancia—: la dimensión doméstica y vecinal. Nos permite impagarnos la posible ruta que seguía todos los días un personaje importante, el parque o la plaza donde se paseaba, la casa donde vivía, el ambiente vecinal que respiraba. En suma, nos autoriza a precisar que la historia tiene número y calle.

Por esto y mucho más, la Roma tiene que defenderse, debe preservarse su calidad de colonia predominantemente habitacional en la cual las distintas épocas y sus expresiones plásticas puedan convivir, las unas con las otras, sin devorarse. Esta tarea les corresponde a todos aquellos habitantes de la ciudad que aprecian y reconocen la riqueza de la Roma, que la disfrutan en sus paseos y visitas y hasta en sus recuerdos, pero sobre todo debe recaer en sus habitantes, a ellos les toca librar una defensa firme, sostenida e inteligente. Una defensa que logre aglutinar la mayor cantidad posible de fuerzas y apoyos. Es sumando y no restando que la Roma puede triunfar.

La fascinante historia de la Roma aún está por hacerse, por descubrirse, conocer a sus personajes y personalidades, estudiar su arquitectura, catalogar cada rincón y escudriñar sus secretos y leyendas es una forma

de preservar su futuro.*

Efectos físicos de los sismos de septiembre de 1985.

En general se puede decir que la situación que prevalecía antes de los sismos de septiembre de 1985 en el espacio de la colonia Roma, era el siguiente:

- a) Claras tendencias hacia el cambio del uso del suelo que no implicaban un desplazamiento a gran escala del uso habitacional debido a la proliferación de edificios de departamentos.
- b) Deterioro de la vivienda en renta congelada en la medida en que los propietarios responsabilizan a los inquilinos del mantenimiento de los inmuebles.
- c) Práctica especulativa en la que un número importante de inmuebles se encontraban sin uso alguno.
- d) Degradación del ambiente derivado del tránsito congestionado, el establecimiento de gran cantidad de comercios y oficinas, escasez en el abastecimiento de agua, la que se compartía con los unos no habitacionales, la polución producida por la gran cantidad de automovilistas que diariamente usaban esta zona como lugar de tránsito o como destino para realizar sus actividades.

La colonia Roma fue una de las más devastadas por los sismos, ya que a través de un levantamiento físico se detectó que del total de 3,810 edificaciones en el área estudiada, 517 resultaron dañadas en mayor o menor grado.

En el siguiente cuadro aparece el número de inmuebles que resultaron afectados por los sismos y que representan el 13.5% del total de los predios del área de estudio. Se puede observar que del total de las edificaciones afectadas el 16% sufrieron derrumbe parcial o total, por lo que fueron desocupadas en su totalidad. El 22% presenta daños visibles en su estructura y sin embargo permanecen habitadas. En tanto que los inmuebles dañados-semihabitados, constituyen el 6% del total. En esta categoría se incluyeron no sólo edificios de departamentos que habiendo

*Información tomada de "Historias de la Colonia Roma" (Microhistoria de la Ciudad de México). Perló Cohen, Manuel.

sufrido daños considerables permanecen habitados parcialmente, sino también edificios con usos mixtos (viviendas y usos no habitacionales) en los que las accesorias que ocupan la planta baja continúan funcionando a pesar de los posibles riesgos, por no tener los ocupantes posibilidad de trasladarse a otro local similar. El 56% restante corresponde a inmuebles que habiendo resultado dañado permanecen desocupados y sin obra de reparación. Dentro de este último grupo un número considerable, pero difícil de estimar, sólo sufrió daños menores. ¿A qué se puede atribuir su desocupación? Entre las causas probables se puede considerar desde el abandono de la vivienda por sus moradores por temor a que se repita el siniestro, hasta el desalojo promovido por sus propietarios, ante este temor, con miras a lograr una rentabilidad mayor en el futuro. Así, este grupo de edificios abandonados se suma como objeto potencial de especulación a los predios baldíos ya existentes.

Total de edificaciones dañadas, categorías y porcentajes

DAÑADOS EN DIVERSOS GRADOS								
DERRUMBE	%	OCUPADOS	%	PARCIALMENTE	%	DESOCUPADOS	%	TOTAL
TOTAL O				OCUPADOS				
PARCIAL								
86	16	113	22	30	6	289	56	517

Fuente: Levantamiento físico realizado en mayo-junio de 1986.

Un aspecto llamativo es la cantidad mínima de edificios que se encontraban en proceso de reparación durante el tiempo en que se realizó el levantamiento físico. De 517 edificaciones dañadas sólo en 64 de ellas se estaban realizando reparaciones aparentemente superficiales. En las construcciones que presentaban daños graves no se hacía reparaciones de ningún tipo ni mucho menos demoliciones aún cuando algunos inmuebles corrían el riesgo de derrumbarse en cualquier momento. Respecto a las demoliciones, suponemos que éstas no se realizaban por representar un fuerte gasto para los propietarios que en ocasiones rebasaba el precio

del terreno.

Como se puede observar el alto porcentaje de inmuebles dañados ha alterado la configuración del espacio que ya de por sí resultaba heterogéneo y desequilibrado.

El impacto de los sismos en el comportamiento de los precios del suelo y los alquileres.

De acuerdo con el estudio realizado por René Coulomb, en donde dicho autor analiza el comportamiento del precio del suelo en la zona central desde el año de 1920 hasta 1984 y que en el caso de la colonia Roma se ha actualizado a 1986 se puede apreciar una constante elevación de los mismos hasta 1980. A partir de ese año el precio del suelo ha sufrido un desplome en términos reales. De modo que con los sismos, esta tendencia se acelera, pero no se inicia, ya que su origen puede ser atribuido a la crisis económica que ha implicado una desvalorización generalizada de la propiedad inmueble en la Ciudad de México.

En contraposición con este efecto de los sismos sobre los precios del suelo, los alquileres de vivienda habían experimentado, de acuerdo a datos parciales disponibles, una brusca elevación.

Hay que considerar que los sismos afectaron directamente la renta del suelo, al poner de manifiesto que la colonia Roma se localiza sobre una zona en la que, no se recomienda e inclusive se prohíbe la construcción de edificios altos, como las oficinas en condominio, lo que impide automáticamente que sobre este espacio se pueda generar una alta rentabilidad. Por el momento sólo se ha registrado una demanda por la vivienda de alquiler la cual es escasa y cara.

Por lo anterior es difícil plantear alguna proyección sobre las futuras tendencias del uso del suelo en la colonia Roma.

Es así como se ve que la problemática que desencadenan los sismos y sus repercusiones en el espacio urbano han trastocado las tendencias histórico de una zona cuyas directrices aparentemente eran claras e inexorables.**

**Durán Contreras, Ana María; Huarte Trujillo, María Concepción, et. al. Notas Sobre los Efectos de los Sismos en la Colonia Roma. Sociológica. La Ciudad, el Discurso y los Actores Sociales. pp. 124-127. México 1987.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

Este capítulo contiene un análisis del diseño básico de este estudio, la selección de la muestra, los instrumentos utilizados, los procedimientos utilizados en esta investigación, la recolección de datos y el método de análisis de los datos mencionados. Las 3 medidas de evaluación usadas se explican con detalle a continuación, incluyendo las razones por las que fueron escogidas, así como su validez y confiabilidad. Las medidas fueron: 1) una versión modificada del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (escalas Hs, D, Hy, Pt, L y K), 2) la Entrevista Abierta Estructurada y 3) el Test de Apercepción temática. T.A.T.

A) TIPO DE INVESTIGACION

El estudio utilizó un método de investigación ex-post-facto. Kerlinger (1973:379) definió este tipo de investigación de la siguiente manera: "La investigación ex-post-facto es una encuesta sistemática empírica en la que el científico no tiene control directo sobre las variables independientes puesto que sus manifestaciones han ocurrido ya, o porque intrínsecamente no son controlables. Se hacen inferencias sobre las relaciones entre las variables, sin una intervención directa, a partir de una variación concomitante de variables independientes y dependientes".

Kerlinger (1973:390) nos señala que hay 3 puntos débiles en las investigaciones ex-post-facto. Estos son: 1) la incapacidad para controlar las variables independientes, 2) la imposibilidad de trabajar al azar y 3) el riesgo de interpretar de manera incorrecta. De estos tres puntos sólo el tercero puede compensarse a través del esfuerzo del investigador. Se puede minimizar la interpretación incorrecta utilizando un clasificador independiente.

También es necesario tomar en cuenta la reacción de los entrevistado ya que muchos se sentían manipulados por la invasión de los voluntarios en salud mental que tantas preguntas y entrevistas les hacían desde que ocurrió el temblor. Muchos fueron los que acudían al albergue a sacar información de los damnificados con el propósito de ayudar, sin embargo por razones selectivas a lo largo del funcionamiento del albergue, estos voluntarios fueron ausentándose dejando al damnificado entrevistado con una sensación de abandono.

El problema principal que se observó, fue la sensación de manoseo que muchos entrevistados sintieron al considerarse "objeto de estudio" y muchos se llegaron a plantear si el motivo de las encuestas eran para su bienestar o simplemente para otros lógos o motivos.

A pesar de estas condiciones, los sujetos colaboraron con esta investigación durante los horarios que esta investigadora cubría en el albergue. No hubo límite de edades propuesta para la población, sin embargo, la muestra accesible representaba sujetos de mediana a mayor edad. El sujeto más joven en la muestra tenía 29 años y el más grande tenía 77 años. La muestra total contenía cuatro sujetos masculinos y cuatro sujetos femeninos, tres parejas de casados, un sujeto masculino que perdió a su esposa en el desastre y una joven soltera.

B) LA MUESTRA

El período de espera utilizado en este estudio fue de 5 meses. En su mayoría, estudios anteriores sobre desastres han sido llevados a cabo inmediatamente después de ocurrido el desastre (Chapman, 1962). Para probar la hipótesis de que un desastre afecta en mayor o menor grado a sus víctimas durante un tiempo considerable posterior a la catástrofe, esta investigación siguió la pauta trazada por Moore (1957) y por Moore y Friedsam (1959) para analizar algunas de las consecuencias psicológicas y emocionales del problema del desastre, a largo plazo.

Algunos de los múltiples encargados al conducir investigaciones sobre desastres concluyen: la manipulación experimental a través de una asignación al azar a grupos terapéuticos, y los procedimientos de control son inadecuados o sencillamente imposibles de llevar

a cabo. Drabek describió un tercer problema de este tipo de investigación. Dijo: "Puede haber una cooperación de la gente local adecuada al principio, pero a medida en que llega gente extraña a solicitar encuestas sobre Seguro Social y otros entrevistadores que buscan datos, los estudiosos de investigación en desastres pueden convertirse en sospechosos (Drabek, 1970:331).

Esta situación favoreció el sabotaje en parte, de esta investigación. Muchas entrevistas potenciales fueron negadas al ser mencionado el intento de esta investigación. Muchos albergados tenían miedo de contestar preguntas, ya que hubo presión por parte de grupos políticos que no se involucraran, de esta o de cualquier otra manera. También las demandas legales pendientes respecto a los daños de viviendas y personales, dificultaron el contacto, ya que los abogados pidieron enérgicamente a sus clientes que no discutieran el asunto con nadie.

En vista de las condiciones de este estudio antes mencionadas, debemos abordar el tema de las hipótesis adversas. Es muy posible que algunos sujetos hayan reaccionado y respondido de manera que refleje su inclinación subjetiva. Por ejemplo, alguien que podría salir ganando en una demanda legal pendiente puede responder a la entrevista de cierta manera si piensa que esto puede beneficiar su postura. Esta presencia de la hipótesis adversa es un problema intrínseco de este tipo de investigación y se necesita tomarlo en cuenta al revisar los resultados del estudio.

Los sujetos fueron escogidos aleatoriamente en el deportivo de la Colonia Roma, convertido en albergue, donde se encontraban viviendo desde que perdieron sus habitaciones en Septiembre de 1985. En este albergue fue donde se realizó esta investigación durante los ocho meses que funcionó el deportivo como albergue. Esto nos ofreció la posibilidad de escoger más voluntarios para el propósito de este estudio pero sólo ocho casos fueron estudiados dentro del diseño estadístico, por las siguientes razones: en el momento de seleccionar la muestra existía en el albergue mucha movilización ya que diario se solucionaban algunos de los problemas de vivienda y estos abandonaban el albergue; igual que por otras razones.

Otros casos fueron entrevistados por esta investigadora, pero con la diferencia de que éstos fueron tratados 2 veces por semana durante 3 meses de terapia de apoyo. Se presentan los resúmenes de otros casos que la investigadora trató en el albergue, pero que no fueron sometidos al encuadre metodológico con los instrumentos de medición al que fue expuesta la muestra original. Esta es significativa de un grupo de sujetos de clase media que laboraban en el deportivo como asalariados de una Secretaría de Estado antes de que se convirtiera en albergue. Lo sujetos de esta muestra desempeñaban puestos tales como administradores, vigilantes de seguridad, coordinadores de servicio social, etc. Algunos de esos cargos ya estaban asignados antes del sismo, y otros eran puestos burocráticos permanentes que se mantuvieron al cambiar el funcionamiento del deportivo y convertirse en albergue.

Globalmente la muestra con la cual se tuvo el privilegio de trabajar durante ese periodo de 6 meses tenía las siguientes condiciones:

- a) Trabajadores asalariados de la Secretaría de Estado responsable del funcionamiento del deportivo-albergue.
- b) Habitantes de la colonia Roma cuyas casas se derruyeron.
- c) Habitantes de los multifamiliares vecinos al albergue que fueron seriamente dañados y evacuados a raíz de la caída de los contigios.
- d) Habitantes de la colonia Roma cuyas casas eran habitables pero que por falta de agua (que prevaleció varias semanas), buscaron refugio en el albergue.
- e) Algunos residentes de colonias aledañas que también se incorporaron al albergue.
- f) Un pequeño grupo de educadoras que trabajaban en una estancia del ISSSTE que resultó seriamente dañada y que durante seis meses fueron asignadas al albergue para trabajar con los niños, muchos de los cuales habían sido sus alumnos.

(Esta investigadora trabajó durante más de 10 sesiones dinámicas abreactivas con este grupo de educadoras, que en esos momentos, fueron depositarios de mucha responsabilidad y tensión).

El escenario que se escogió, la Colonia Roma es donde prevalecen todos los sujetos y fue muy dañada por el terremoto, ya que varios de los edificios del conjunto habitacional donde residían, se desplomaron, sepultando a varios moradores. El deportivo-albergue se encontraba frente a estos multifamiliares. En el capítulo III hay una detallada descripción de este escenario: la historia de la Colonia Roma.

No existía límite de edad aunque hay una norma de 29 años. La muestra total fue de cuatro sujetos masculinos y cuatro femeninos: tres parejas, un sujeto masculino que perdió a su pareja en el desastre y un sujeto femenino. Los sujetos "aceptaron" no haber tenido historial psiquiátrico ni psicológico anterior al suceso.

C) INSTRUMENTOS

En este estudio se utilizó una versión modificada del Inventario Multifásico de Personalidad del Minnesota (MMPI), la entrevista abierta y el Test de Apercepción Temática, tal y como se había someramente señalado, en la medida de que fueron considerados como instrumentos idóneos para la corroboración de la hipótesis central.

EL MMPI.

Así pues, el MMPI fue seleccionado para proporcionar una medida del grado de neurosis entre los sujetos de la muestra. Esta prueba de auto-información permite al individuo referir de manera estructurada su percepción del mundo. Es una prueba estructurada de personalidad que puede ser considerada como la mejor fuente de información después de la observación directa (Meehl, 1945).

El objetivo original del MMPI era el de identificar y diagnosticar a personas con desórdenes psiquiátricos. Por lo tanto, se pretendía que este instrumento distinguiera el grado y tipo de conflicto neurótico padecido por los sujetos. Se seleccionó esta prueba por la extensión de su inventario, su uso de gran alcance, la familiaridad con la que se aplica y se responde, la facilidad con la que se administra y su evaluación totalmente objetiva.

El MMPI fue desarrollado empíricamente evaluando reactivos según ciertos criterios, de acuerdo a rasgos característicos de diagnósticos psiquiátricos tradicionales. Su validez se basó en la utilidad de los grupos de diagnóstico de donde se obtuvieron las escalas. A mayor número de reactivos diferenciales contestados por un sujeto de manera similar a los del grupo de criterio mayor será su parecido con el del grupo en otras áreas. (Dahlstrom y Welsh, 1960). Los 566 reactivos cubren: "...Áreas tales como la salud, síntomas psicósomáticos, trastornos neurológicos y alteraciones motoras; actitudes sexuales, religiosas, políticas y sociales; cuestiones educativas, ocupacionales, familiares y maritales; y muchas manifestaciones bien conocidas de conducta neurótica o psicótica, tales como estados obsesivos y compulsivos, delirios, alucinaciones, fobias y tendencias sádicas o masoquistas" (Anastasi, 1965:441).

El grupo de sujetos clínicos estaba formado por más de 800 pacientes psiquiátricos estudiados cuidadosamente; mientras que los 1500 individuos de control eran visitas del hospital, clientes normales en la Oficina de Pruebas de la Universidad de Minnesota y pacientes médicos en general. Había 50 ó menos grupos de criterio de diagnósticos individuales (Lanyon y Goodstein, 1971:76).

Las nueve escalas originales fueron desarrolladas para uso clínico y sus nombres se deben a las condiciones anormales en las que están basadas: Hs (hipocondría), D (depresión), Hy (histeria), Pd (desviación psicopática), Sc (esquizofrenia) y Ma (hipomanía). Otras escalas han sido añadidas en años posteriores.

Además de éstas, hay tres escalas que se usan para la validación de la prueba: L (mentira), F (validez) y K (corrección).

Con respecto a la validez de la prueba, una puntuación elevada en una escala predice positivamente el diagnóstico clínico correspondiente en más del 60% de las nuevas dimensiones psiquiátricas (Mc Kinley y Hattaway, 1967). Debemos estar conscientes de que si se puede predecir en un 60%, existe un 40% sobrante de error. Esta no es una cantidad pequeña y debe tomarse en cuenta cuando se use este tipo de instrumento de evaluación. La confiabilidad de la primera y segunda pruebas es aceptable, basándose en datos publicados en el manual del usuario que van de .46 a .91 en un grupo de 100 individuos normales (Mc Kinley

y Hathaway, 1967:8). Esta escala para medir la confiabilidad, aunque en algunos casos es altamente fidedigna se ha visto, en otras ocasiones, que no puede reproducirse de manera tan notable.

Para los propósitos de este estudio se utilizó una versión modificada del MMPI. Únicamente se administraron las escalas Hs, D, Hy, Pt, L y K. Las evaluaciones fueron analizadas e interpretadas según Dhalstrom y Welsh (1960). Estas escalas son:

Escala 1. Hipocondría (Hs). Estos pacientes manifestaron una preocupación exagerada sobre su salud física, a menudo con quejas sobre problemas físicos que de hecho tenían una base psicológica.

Escala 2. Depresión (D). Se caracteriza por una infelicidad intensa, moral baja y falta de esperanza en el futuro; estos pacientes eran relativamente casos puros de depresión.

Escala 3. Histeria (Hy). Estos pacientes a quienes se les había diagnosticado una "histeria-psiconeurosis" presentaba síntomas físicos, psicológicamente basados, junto con la "belle indifference" o indiferencia hacia su condición.

Escala 7. Psicastenia (Pt). Los individuos de este grupo, pacientes en su mayoría, mostraron temores infundados, gran ansiedad general, sentimientos de culpa y dudas excesivas.

Escala I. Mentira (L). Esta escala fue creada para evaluar la franqueza general del individuo; contiene 15 reactivos seleccionados racionalmente que reflejan conductas socialmente deseables aunque pueden ser improbables.

Escala K. Posición Defensiva (K). Esta escala se desarrolló como una escala de corrección o de "supresión" para mejorar el poder de discriminación de varias escalas clínicas, al corregir los grados variables de una posición defensiva sutil en el momento de tomar la prueba. Se creó al comparar las respuestas de las personas normales con las de los pacientes cuyas puntuaciones en la escala clínica estaban dentro de límites normales y que, por lo tanto, podía asumirse que habían respondido a los reactivos de manera defensiva.

El motivo principal para usar una forma abreviada de la prueba fue el de reducir al mínimo el tiempo en el que los sujetos tendrían

que soportar una situación estresante, mientras que aún rozaban las escalas críticas de las conductas neurótica y de estrés.

LA ENTREVISTA

La entrevista se usó como instrumento de valoración para producir variables mensurables y para recolectar datos de los antecedentes de cada sujeto con relación a su experiencia.

Se formularon y seleccionaron preguntas generales basadas en su capacidad para obtener información que pudiera describir y aclarar la experiencia de desastre por parte de las víctimas desde el momento anterior al impacto hasta el momento de esta entrevista. Estas preguntas fueron seleccionadas de la literatura y estuvieron sujetas a la crítica de un juez clínico). Se determinó entonces si eran parciales en el tipo de información que pedían. Se cercioró de que las preguntas tuvieran un mínimo efecto parcial. Las siguientes 7 preguntas sirvieron de formato para la entrevista estructurada:

- 1) ¿Cómo describiría sus pensamientos y su conducta justo antes y justo después del impacto? (Chapman, 1962:8-15).
- 2) ¿Qué tipos de conductas y pensamientos experimentó durante su estancia en el hospital y durante las primeras semanas posteriores al desastre? (Chapman, 1962:19-22). *
- 3) ¿Qué tipos de heridas sufrió durante el desastre? (Chapman, 1962:19-22).
- 4) ¿Quién le ayudó a recuperarse después del desastre? (Young: 1954).
- 5) ¿Había Ud. tenido algún tipo de entrenamiento para situaciones de crisis o desastre? (Chapman, 1962:10).
- 6) ¿Cómo describiría sus experiencias cotidianas a partir del desastre? (Wilson, 1962:143).
- 7) ¿Cómo ve Ud. el futuro en este momento? (Friedsam, 1962:152 y 171).

Una entrevista puede ser considerada como una conversación entre dos personas, aunque la primera se distingue de una conversación ordinaria por su naturaleza intencional y de indagación. Se ha escrito mucho

* Muchos de los damnificados en el albergue habían sufrido heridas al desplomarse el conjunto habitacional en el que vivían y por lo tanto acudieron a algún centro hospitalario o clínico.

sobre este complejo tema (Bellows y estop, 1954; Bingham y Moore, 1959; Fear, 1958, Khan y Cannell, 1957; Matarazzo, 1965). En general, hay dos tipos de información disponible en una entrevista: aquello incluido en el contenido de las respuestas del sujeto y aquello comprendido en su estilo o manera de relacionarse con el entrevistado.

La entrevista es un medio común de obtener datos biográficos que también proporciona la oportunidad de una observación directa. Las investigaciones sobre el proceso de entrevistas sugieren que la manera en la que el entrevistador recolecta información no está bien entendida (Webster, 1967) y que dichas entrevistas que están estructuradas o limitadas en su propósito son las más aptas para proporcionar información válida (Ulrich y Trumbo, 1965).

LA PRUEBA DE APERCEPCIÓN TEMÁTICA EL T.A.T.

El T.A.T. fue seleccionado porque es un instrumento que proporciona información respecto a los afectos, relaciones personales, áreas de conflicto, motivación, actitudes y el sistema de valores del individuo. Las tarjetas (10, 19, 14, 20 3GF ó 3EM y 11) fueron seleccionadas en base a su potencial de evocar respuestas que pudieran ser precipitantes a una neurósis traumática.

El T.A.T. (Murray, 1938) es otro instrumento tradicional proyectivo el cual es clasificado como teórico-racional.

El T.A.T. fue desarrollado como un método de evocar material inconsciente y la fantasía de los pacientes que se encuentran en psicoanálisis (Morgan y Murray, 1935). La selección final de las tarjetas del T.A.T. fue basada en que tanta información pueden ofrecer las respuestas del T.A.T. para poder entender las características de la personalidad de los individuos que ya habían sido estudiados en detalle por otros medios.

El T.A.T. es introducido como una "prueba de la imaginación" y el entrevistado es inducido a contar una historia sobre cada tarjeta. Se dan instrucciones que cada historia debe incluir los incidentes procedentes al evento que él ve en la tarjeta, lo que está sucediendo

y pensando y finalmente contar lo que sucedió al final.

Como una herramienta clínica, el T.A.T. está ranqueada en tercer lugar antecedido por el Roschench y el MMPI. Otras limitaciones es que requiere de procedimientos mejores tandarizados y más datos formales para las normas ya que existe baja confiabilidad por la subjetividad al interpretar las respuestas. (Lanyon y Goodstein, 1971:54).

D) PROCEDIMIENTO

Las entrevistas fueron conducidas en el albergue donde residían los sujetos y el procedimiento trato de ser lo menos complicado posible. Estas entrevistas fueron llevadas a cabo en un módulo de psicología que se implementó en el deportivo, permitiendo la posibilidad de ofrecer un espacio confidencial separado del contexto albergue.

Los sujetos proporcionaron respuestas relacionadas con su vida personal; nombre, edad, fecha de nacimiento, sexo, preferencia religiosa, estatus marital, educación, ocupación e información sobre si existía alguna historia o diagnóstico previo de tratamiento previo psiquiátrico ó psicológico.

Después de obtener datos generales se pidió a los sujetos que completaran las siguientes instrucciones "este inventario consiste de 175 aseveraciones lea cada una y decida si es verdadera o falsa en relación a usted. Trate de contestar a todas las preguntas".

Posteriormente los sujetos fueron entrevistados sobre sus experiencias justo antes del impacto y poco tiempo después. La duración de la entrevista y procedimiento de cada prueba varió entre dos y dos y media hora en total para cada quien.

Después de haber completado el MMPI los sujetos contestaron las 6 tarjetas del T.A.T. (10, 19, 14, 20 3GF ó 3EM, 11). El procedimiento de administración es el subrayado por Murray (1971:3-15).

Procedimientos, evaluación y análisis de datos:

La investigadora calificó a mano cada escala del MMPI la calificación del MMPI se hizo utilizando el manual para calificar el inventario y anotar los resultados en la gráfica reglamentaria. Se decidió evaluar el T.A.T. en forma clínica cualitativa ya que existe una controversia sobre los objetos de evaluación quasi-objetivos al calificar esta prueba (Zubin et. al., 1965).

Cada uno de los cuatro criterios expuestos por Fenichel (1945:118) para las neurosis traumáticas pueden ser evaluados por los instrumentos

evaluados en este estudio. Cada vez que alguno de estos criterios se manifestó en alguna respuesta particular se le asignó un código de la siguiente manera:

Procedimientos de evaluación y de análisis de datos.

La investigadora calificó a mano cada escala del MMPI. La calificación del MMPI simplemente se hizo utilizando el manual para calificar el inventario y anotar los resultados en la gráfica reglamentaria del MMPI.

Cada uno de los cuatro criterios expuestos por Fenichel (1945:115) para la neurósis traumática pueden ser evaluados por los instrumentos utilizados en este estudio. Cada vez que alguno de estos criterios se manifestó en alguna respuesta particular, se le asignó un código de la siguiente manera.

Código Criterio

- 1 Bloqueo o disminución de varias funciones del yo el bloqueo de las funciones del yo puede ser explicado en relación a la concentración de toda la energía mental disponible en una sola tarea, la de crear contraenergía para dominar la arrolladora excitación. La urgencia de esta tarea hace que todas las demás funciones tienen que ceder sus energías a la tarea de emergencia que gobierna totalmente a la persona. Una de las funciones que pueden llegar a debilitarse o a bloquearse, debido a que se han vuelto relativamente insignificantes frente al trauma, es la sexualidad. Se pueden observar fenómenos regresivos de todo tipo en el ámbito de los instintos así como en el yo.

- Código Accesos emocionales incontrolables. Se experimentan accesos emocionales de descargas arcaicas e involuntarias. Después de sufrir un trauma, el sujeto puede estar quieto y puede tender a llorar y a gritar. El estado objetivo de verse invadido por una excitación que no se puede dominar es percibido subjetivamente como algo muy doloroso, y la característica del dolor es muy similar al de la ansiedad. De esta manera, la ansiedad y la

ira en los neuróticos traumatizados representan descargas de excitación que surgieron en la situación traumática, pero que no pudieron ser suficientemente liberadas.

- a) Ansiedad.
- b) Ira ó rabia.

- 3 Trastornos del sueño, sueños y reflexiones obsesivas. Un organismo que está invadido por la excitación no puede relajarse. Por lo tanto, el insomnio es uno de los síntomas principales de los neuróticos traumatizados. La repetición activa del trauma en los sueños, que es tan torturadora para el sujeto, es sin embargo, económicamente, un alivio para él. Las repeticiones del trauma no se limitan a los sueños, también se dan en el estado de alerta.

- a) Trastornos del sueño.
- b) Sueños acerca del trauma experimentado.
- c) Reflexiones obsesivas relacionadas con el trauma.

- 4 Complicaciones psiconeuróticas secundarias. Un porcentaje de lo que se describe como neurosis traumática está constituido en realidad por psiconeurosis que fueron precipitadas por algún accidente. Las tendencias neuróticas posteriores pueden ser provocadas por un trauma, ya sea (a) por un aumento en la ansiedad que motiva la represión o (b) por un aumento en las fuerzas instintivas reprimidas.

- a) Hipocondriasis
- b) Depresión
- c) Histeria
- d) Desadaptación neurótica general.

El análisis de la información describe el grado en que cada sujeto responde a los criterios mencionados para la neurosis traumática.

C A P I T U L O V

CASUÍSTICA

El presente capítulo contiene una amplia descripción de los casos estudiados durante la primera parte de esta investigación y permite adentrarnos en un perfil de los resultados a los que se logró llegar, en términos de ayuda psicológica a algunos de los sobrevivientes del terremoto de Septiembre de 1985 en la Ciudad de México. En ese sentido, es menester hacer un señalamiento ético pertinente: todos los nombres de los damnificados analizados fueron cambiados para respetar sus identidades personales. Se alteraron algunos datos en la descripción de los sujetos para evitar su plena identificación ya que el grupo del que se tomó la muestra es reducido. Esto no altera los objetivos finales para el estudio.

Asimismo, es necesario también hacer hincapié en cada uno de los sujetos estudiados, fue tratado psicológicamente en forma separada, en consonancia estrecha con los procedimientos mencionados con anterioridad.

- 1.- El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota.
- 2.- La Entrevista Abierta Estructurada.
- 3.- El Test de Apercepción Temática.

Acto seguido, el resultado de todos los instrumentos de valoración fue codificado en caso relevante en la forma descrita con anterioridad. Como consecuencia, un código fue asignado a una respuesta o parte de respuesta, donde se puso de manifiesto un criterio de neurosis traumática.

El subrayado fue utilizado en los casos específicos en donde una sola palabra o alguna parte de la respuesta expresaban un criterio.

Por su parte, la entrevista abierta estructurada fue aplicada pregunta por pregunta en una secuencia similar en cada uno de los casos observados. Esta medida fue evaluada y codificada cualitativamente y fue trazada en los casos que se consideraron como de particular relevancia.

Siguiendo a la entrevista estructurada en cada caso de estudio, está una subsección de los resultados del MMPI que contiene el puntaje -t-, el puntaje en bruto y el puntaje configural para la escala utilizada en esta medida. Para cada perfil de resultados fue aplicado un análisis

breve de acuerdo a Dashieltrom y Welsh's (1960) MMPI Hand book (Ver gráficas).

De acuerdo a este análisis de resultados los códigos fueron asignados apropiadamente. Cada caso de estudio también contiene una subsección para responder al TAT. Estas medidas han sido analizadas cualitativamente y los códigos asignados para cada respuesta relevante o parte de una respuesta.

También se da un breve resumen de las respuestas proyectivas. En una sección final es presentado un resumen con las conclusiones. Cada criterio para neurosis traumática es presentado con respecto a cada caso de estudio.

CASOS DE ESTUDIO I Y II

ROBERTO Y DORIS

Roberto es un hombre blanco de 65 años quien está retirado de su trabajo de cartero. Estudió casi toda la secundaria y estuvo inscrito en el servicio militar. Durante ese tiempo conoció a Doris, su esposa.

Doris es una mujer de 62 años y está retirada de su trabajo en una oficina general. Ella estudió secundaria y un año de preparatoria. La pareja estaba empezando a planear su retiro cuando sucedió el terremoto.

Roberto y Doris habían estado casados durante 37 años y habían tenido dos hijos, un hombre y una mujer, ambos estaban casados, tenían una familia propia; ellos vivían cerca de sus padres.

Roberto y Doris se caracterizaban por tener un matrimonio feliz. Cuando se retirara la pareja, iba a viajar y a hacer muchas actividades recreativas en común; expresaron al respecto que tenían derecho a disfrutar el resto de su vida juntos y sin preocupaciones.

Roberto era católico y Doris protestante, pero estas diferencias no habían sido obstáculo para su relación. Como resultado del desastre la pareja se encontraba preocupada por la religión y el ente espiritual.

Cuando la entrevistadora contactó por primera vez a la pareja, para asegurar la entrevista, habló con Roberto quien reaccionó al contacto defensivo. Roberto estuvo nervioso y titubeó al principio e inquirió sobre la identidad de la entrevistadora. Después consultó a Doris, quien también reaccionó con precaución hasta que, finalmente, Roberto dijo: "esto podría ayudar"

El consentimiento fue dado y se estableció una cita. La entrevista y pruebas procedentes se efectuaron dentro de una sesión, que duró aproximadamente dos horas y media.

Roberto tenía una estatura y peso promedio, vestía de modo casual y pulcro, mientras que Doris era una mujer alta y atractiva. Doris saludó a la entrevistadora de manera cálida y amable, aunque permaneció en silencio en la primera parte de la entrevista. Más tarde parecía relajarse.

La Entrevista Abierta Estructurada: (a Roberto)

A la pregunta de cómo describiría su conducta poco antes y poco después del impacto?, Roberto aseguró que "eso fue la locura". Al principio sólo trató de calmar a su esposa con respecto al movimiento que ya había durado demasiado, cuando todo se les vino encima. "traté de salir por la puerta de atrás, pero estaba cerrada. Finalmente vi una abertura y escapé a través de ella".

Después explicó que sufrió una terrible torcedura en la espalda y heridas en su mano izquierda. Se veía a sí mismo como afortunado en relación alagente que había sufrido heridas más serias.

La tercera pregunta fue en relación a la conducta y reacciones ante su estancia en el hospital y durante las primeras semanas después del terremoto. Roberto no estuvo mucho tiempo en el hospital, sólo 3 días y después fue llevado a su casa. Dijo que estuvo preocupado por la salud de su esposa, lo que le hizo insoportable la estancia hospitalaria. Cuando regresó a su casa, seis semanas antes que su esposa, su preocupación y soledad continuaron. Cuando regresó finalmente ella, Roberto se encargó de su cuidado, en una dinámica estresante que los llevó a tensiones nunca antes sufridas.

Después señaló que fue de gran ayuda que sus hijos pasaran parte de su tiempo con ellos, lo que hizo la situación más soportable.

Mencionó también no contar con ninguna preparación para afrontar desastros, al menos que se considerara su trayectoria militar.

La sexta pregunta referente a su vida diaria después del desastre, recibió la siguiente respuesta: "debido a la torcedura de mi espalda y a las heridas de mi esposa, nosotros no podemos hacer muchas cosas que esperábamos hacer en nuestra jubilación". Roberto tenía planes

para viajar y practicar cosas recreativas y cree que estas actividades están ahora perdidas. Esto causó tensiones entre los dos.

A continuación Roberto lamentó no tener el mismo apetito de autos (2a), así como las perturbaciones (3a) de su sueño la mayor parte del tiempo. Esto se debía a la conciencia de que su esposa no había podido olvidar el terremoto.

Posteriormente mencionó que la vida sexual con su esposa era "pésima", porque su esposa difícilmente podía ser tocada sin sentir dolor. Lo que encontramos difícil de tratar es la imagen, pensamiento y memoria de los cuerpos sangrantes y desfigurados (3c). Dijo: "esto todavía me obsesiona en algunos momentos".

¿Cómo veía su futuro en ese momento? No creía que él o su esposa volverían a ser los mismos otra vez. "Nunca seremos capaces de hacer las cosas que nosotros habíamos planeado hacer".

El Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota.

T-puntaje; L=46, Hs=75, D=77, Hy=65, Pt=39.

Puntaje en bruto: L=3, K=13, Hs=14, D=28, Hy=25, Pt=28.

Puntaje configurado: 7 - 2 - 1 - 3

En este perfil de la escala el número 7 o escala Pt asciende a 4 desviaciones estándar arriba de la norma. La escala uno o Hs tiende a ir al punto dos y una desviación estándar de uno y medio arriba de la norma. La escala de resultados Hy fue derribada dentro de los límites normales con una escala sobresaliente de resultados de uno y una y media desviaciones estándar arriba de la norma, mientras que las escalas L y K estuvieron bien dentro de los límites normales.

Los patrones de este perfil indican que las tensiones y el nerviosismo están relacionados principalmente con la depresión (4b) como un elemento significativo Ansiedad (2a), insomnio (3a) y sobre todo hipersensibilidad (2a) están acompañados de dolor y quejas. Una depresión reactiva parece ser indicada por estos resultados.

El Test de Apercepción Temática.

Tarjeta 10: Es un hombre y una mujer abrazados en tierno momento. Ellos tienen alguna experiencia de eventos emocionales. El piensa en lo mucho que quiere a su esposa y ella piensa lo mismo. Hacen planes acerca de sus vidas.

* Resultado de presenciar las obras de rescate en los edificios derrumbados.

Tarjeta 11: ¡Cielos! esto se ve como una escena dentro del infierno. Hay un monstruo saliendo de las rocas y algunas criaturas extrañas en el área cercana. Se ve como algo de humo o fuego en el fondo (3c). Las criaturas son parecidas a los microbios. Ellas pueden atacar a alguien o pueden no hacerlo.

Tarjeta 3 BM: Bien, una niña está llorando por alguna cosa. Nosé qué es. Se ve como una pistola en el suelo. Quizá ella siente gran remordimiento por lo que hizo. Ahora podría ir a prisión o tal vez podría quedar en libertad.

Tarjeta 20: Ven algo que parece un hombre parado en un poste de luz: Está oscuro y él sólo piensa a dónde ir. Se siente confundido y solo, probablemente decida ir a su hogar.

Tarjeta 14: Un hombre está viendo hacia afuera de una ventana, ve el cielo. Está admirado de su vida y de la clase de días soñados. El fue a la ventana porque no podía dormir (3a). Probablemente regresará a dormir.

Tarjeta 19: Esta es una casa vista después de una tormenta de nieve. Se puede ver aún la pesada nieve por encima y se observa a algunas personas adentro. Ellos podrían estar atrapados, pero desearían hacer algo. Sí, el equipo de rescate está en camino (3e).

RESUMEN PROYECTIVO.

El resultado del TAT en este caso evidencia signos de obsesión relacionados con la experiencia traumática, (Tarjetas 19 y 11). Todas estas respuestas son anormales y reflejan una distorsión paratáxica. Entre estas respuestas hay también signos evidentes de ansiedad y desajuste neurótico general.

En relación al resultado de la entrevista abierta estructurada y del MMPT, estos resultados confirman las indicaciones de ansiedad, obsesión y otros síntomas que conforman las secuelas que se sufren después de un trauma.

La Entrevista Abierta Estructurada (A Doris):

Cuando fue el turno de Doris para que nos contara sus experiencias en torno al terremoto, ella contestó a la primera pregunta de cómo describiría sus pensamientos y conducta poco antes y después del impacto?: "Dije a mi esposo que algo estaba mal. Se empezó a sentir un gran

movimiento y algo nos golpeó. Pienso que fue todo".

Después del impacto, Doris explicó que su esposo la dirigió hacia una abertura que se veía a lo lejos. "Pasa una cosa curiosa, no recuerdo a ninguna persona o lugar después del impacto", dijo ella.

A la pregunta sobre las heridas sufridas durante el desastre, Doris señaló que al salir se cortó un pie y no podía moverlo. Entonces alguien saltó de una casa vecina y cayó sobre su pierna, rompiéndosela. También sufrió una severa torcedura en su espalda.

Sobre los sentimientos y conductas observados durante su estancia hospitalaria doris, quien estuvo seis semanas en el hospital, precisó que sintió impotencia ante la imposibilidad para comunicarse con el equipo del hospital, que hablaban poco y en lenguaje técnico. Ella se sentía muy sola y desprotegida, totalmente alejada de su familia.

¿Quién le ayudó durante su recuperación? Doris afirmó: "mi hijo y mi hija estuvieron con nosotros todo el tiempo en los primeros meses. Ahora mi hija tiene un contacto muy cercano conmigo. Está en proyecto traer a la familia cerca de nosotros, para compañía, así como para fortalecer nuestro matrimonio".

Doris dijo a continuación que nunca había tenido ninguna preparación sobre manejo de desastres, en respuesta a la quinta pregunta. Preciso que si su esposo no hubiera estado con ella en los momentos del sismo, no habría sobrevivido.

La sexta pregunta cuestionó sobre ¿cómo podría describir su experiencia de la vida diaria después del desastre? Doris indicó que su apetito habitual estaba todavía muy pobre y que había perdido 7 kilos. Ella no duerme muy bien (3b). Ella afirmó también que "cuando veo una película en la televisión o escucho algo que me recuerde el accidente (3c), llego a ponerme muy tensa y trastornada (2a), temerosa, siento y pienso que voy a llorar".

Doris no estuvo completamente ausente en el tiempo de entrevista. Ella cree que su condición es impuesta y estresante hacia su esposo. "Veo que él está aburrido y esto hace que me deprima al mismo tiempo (4b). "Siento que esto pasa por mi culpa".

Doris trata de controlar su enojo, pero frecuentemente no puede hacerlo (2b). Este resultado aumenta las tensiones entre la pareja. Ella afirma que su vida sexual ha sido negativamente afectada como resultado de su condición. Ella ve el futuro como confuso (4b).

En respuesta a sus expectativas futuras, Doris cree que nunca volverá a ser la misma. "Digo a mi esposo que mi espalda y mi pie sanarán pronto, pero es únicamente para darle alguna esperanza" (4b). "Aunque yo estuviera recuperándome bastante, a donde fuera sentiría miedo de que volviera a temblar".

El Inventario Multifásico de la Personalidad.

T-puntaje; L=43, K=48, Hs=76, D=82, Hy=72, Pt=79.

Puntaje en bruto: L=2, K=11, Hs=20, D=36, Hy=31, Pt=32

Puntaje configural: 2 - 7 - 1 - 3

Este perfil muestra elementos de aumento en el puntaje de más de tres desviaciones estándar arriba de la norma en la escala número 2 ó D. La escala número uno o la escala Hs estaba justamente arriba de dos y una y media desviaciones estándar arriba de la norma. La escala número tres o la Hy alcanzaba una superioridad de dos desviaciones por encima de la norma.

La escala L y la escala K estuvieron bien adentro de los límites normales. Ambos tenían menos de una desviación estándar debajo de la norma.

Estas indicaciones están en línea con un diagnóstico de depresión (4b) tensión y nerviosismo (2a), ansiedad (2a) e insomnio (3a) con un diagnóstico de depresión reactiva.

El Test de Apercepción Temática.

Tarjeta 10: Dos personas agarrándose (2a) una a la otra y expresando sentimientos cálidos y tiernos. Ellos podían haber sentido alguna pena o tristeza en su vida (2a, 4b). Ambos están amándose uno a otro. Ellos continuarán por largo tiempo (4b).

Tarjeta 11: Este es un sendero guiado a ninguna parte (1). Esto parece como una serpiente en la cueva y otra cosa en el sendero. Aquí parece como si las rocas fueran empujadas hacia abajo alrededor del sendero.

Tarjeta 3GF: Esta es una mujer que ha perdido a alguien cercano a ella (1). Ella está triste y se siente abandonada (4b). No sabe qué hacer,

(2a). No sabe si hay un futuro para ella (2a). Probablemente se recuperará (4c).

Tarjeta 20: Este es un hombre inclinado en una valla. Parece que estpa planeando algo. El puede ser un tipo criminal. Está esperanzado en que llegará el momento indicando y entonces él actuará.

Tarjeta 14: Un niño viendo hacia afuera de la ventana y ve algo en el cielo. Esto es una luz superior y está fuera de aquí. Quizá hay un incendio fuera de aquí (3c). El solo está viendo que continuará. Estará probablemente cerca de la ventana y regresará adentro.

Tarjeta 19: Veo una casa con ruinas alrededor. Hay gente dentro y están a salvo, los van a rescatar (3c).

RESUMEN PROYECTIVO

El TAT exhibe muchos indicios de ansiedad y reminiscencia obsesiva relacionada a la experiencia del trauma.

Las respuestas depresivas están anotadas en el TAT y en la entrevista estructurada y el MMPI existen indicaciones de ansiedad, obsesividad, ira y complicaciones psiconeuróticas. Existe disminución de las funciones yóicas (3GF).

CASO DE ESTUDIO III

MARTIN

Martín es un hombre de 62 años, de descendientes distinguidos. El cree que fue el último en escapar de las ruinas de su vivienda. Su trágica historia incluye no solo el trauma de su propia persona, heridas y pérdidas, sino la muerte de su esposa en el terremoto.

La pareja estuvo casada por 37 años y tuvo dos hijos. Martín caracterizaba su relación como "simplemente maravillosa". "Yo tuve un gran matrimonio, nosotros pasábamos mucho tiempo juntos".

Los dos hijos de Martín están casados y tienen familia propia. E hijo mayor vive a 4 horas de la casa de su padre y el menor vive en otro estado de la república.

Martín terminó la secundaria, y siendo muy joven se casó con su esposa, quien era unos años mayor que él.

Trabajó en varios lugares del país hasta que finalmente la pareja se estableció en el Distrito Federal. En este lugar Martín estableció un negocio de herramientas para maquinaria, el que era manejado en sociedad con otra persona.

Amitió estar semi-retirado de los negocios, pero no especificó cuándo se retiraría totalmente. Su religión es católica, pero no es una persona muy religiosa. Aunque desde el terremoto había sentido gran interés por lo sobrenatural y señaló que encontró consuelo y refugio en el reino espiritual.

Cuando Martín fue contactado al otro día por la entrevistadora reaccionó en forma vacilante y suspicaz. Después de unos momentos de conversación, Martín aceptó la cita.

Martín es un hombre de estatura promedio y delgado, parece distinguido y gracioso. Al encontrarse con la entrevistadora hubo una relación inmediata. A los pocos minutos se estableció que la entrevistadora debería permanecer pasiva, Martín dirigía la conversación, y esto lo hacía sentir cómodo con la discusión. La entrevista siguió un ritmo amigable y cooperador de parte de Martín.

La entrevista total incluyó algunos diagnósticos relevantes que tardaron dos horas aproximadamente.

La Entrevista Abierta Estructurada (Martín).

Cuando se le preguntó ¿cómo podría describir sus pensamientos y conductas poco antes y poco después del impacto?, Martín respondió que el movimiento hizo que él tuviera un poco de nervios antes del impacto. Después del terremoto permaneció inmóvil durante algún tiempo. Esto es lo que él se censura a sí mismo, porque si hubiera reaccionado inmediatamente, podría haber salvado a su esposa y posiblemente a otras personas.

El continuó diciendo que no veía nada, solamente oscuridad a su alrededor. Martín notificó que dos hombres (vecinos suyos) escaparon a través de un hoyo que estaba arriba de ellos y él hizo lo mismo. Siguieron a lo largo de la abertura, se estiró hacia su esposa; "cuando apreté su mano y empezaba a sacarla una explosión de gas la sacó de mis manos aventándome hacia afuera del hoyo".

Después Martín escapó y al llegar al exterior empezó a buscar

a su esposa, pero una nueva explosión lo hizo comprender que había muerto.

Como resultado del desastre él recibió varias heridas físicas, tuvo un dedo lacerado severamente y recibió un golpe que le impidió estar de pie o caminar; también se le dañó el talón izquierdo y recibió quemaduras menores.

A la pregunta 3, ¿qué pensamientos y conductas experimentó durante su estancia en el hospital y durante las primeras semanas del terremoto?, Martín respondió que estuvo en el nosocomio muy dolido por la muerte de su esposa. Después regresó a su casa y empezó a deprimirse (4b), a aburrirse y parecía no estar motivado por nada.

En su recuperación Martín fue ayudado por uno de sus hijos, quien residía en otro estado y vino a quedarse con él en las primeras semanas de convalecencia. El está también agradecido por muchos amigos quienes lo visitaron durante los tiempos difíciles.

Cuando le preguntamos si había o no tenido algún entrenamiento contra desastres, explicó que en su vida diaria, en el negocio de las herramientas, y la construcción, tuvo muchas experiencias sobre prevención de accidentes; como resultado de ello, siente que reaccionó bien ante el peligro.

Con respecto a su vida cotidiana a raíz del terremoto, dijo que había estado deprimido y aburrido (4b). El no puede nadar (usualmente lo hacía en el deportivo u otras cosas que hacía antes. Ha perdido 3 kilos y su apetito aún no es normal (2a). Dormir es realmente un problema para él (3a). Señaló: tengo sueños violentos (3b), pienso siempre en el terremoto (3c). Evitar ir al cine o ver la televisión porque nunca sabe cuándo aparecerá una escena aterradoramente. Una de las preocupaciones que lo atormenta frecuentemente, es pensar que la mano de su esposa se desliza por su piel. Martín cree que su humor es poco y se irrita fácilmente (2b), se siente confundido (4d) y turbado acerca del tiempo y como resultado de esto no puede ir a su trabajo.

Recientemente Martín entabló una relación con una mujer de su edad que vive en su colonia. Habían pasado 4 meses desde que él había tenido relaciones sexuales y cuando intentó tenerlas con su nueva amiga se dió cuenta que sufría de impotencia (2a).

En relación a sus perspectivas futuras, Martín cree que se recuperará un poco, pero no volverá nunca a ser el mismo. Dice "veré el terror por mí mismo siempre". Siente que nunca volverá a hacer algún ejercicio o actividad física.

El Inventario Multifásico de la Personalidad.

T Puntaje: L=53, K=42, Hs=72, D=60, Hy=75, Pt=56.

Puntaje en bruto: L=5, K=8, Hs=16, D=21, Hy=30, Pt=21.

Puntaje configural: 3 - 1 - 2 - 7.

El perfil muestra aumentos en el puntaje de dos y una y media desviaciones estándar arriba de la norma en la escala Hy y aumentó en el puntaje de más de dos desviaciones en la escala Hs. La escala clínica D y Pt estuvo dentro de los límites normales entre una y una y media desviaciones estándar arriba de la norma. Las escalas K y L estuvieron en los límites normales.

Este perfil es indicativo de ansiedad (2a) enfocada alrededor de reacciones somáticas (4a). Las tensiones y preocupaciones en estas áreas son pronunciadas. Un estado de confusión en el pensamiento (4d) es frecuentemente un elemento de tal puntaje configural.

El Test de Apercepción Temática.

Tarjeta 10: Esto es una escena de amor. Tienen una discusión o diferencia. Sólo quieren hacerse personar uno a otro. Podrían ser perdonados todos.

Tarjeta 11: Se ve como que los animales suben y están tratando de conerse a los animales pequeños que están allá. Uno de los grandes titubea para trabajar. Uno de los pequeños está listo para correr alrededor del puente.

Tarjeta 3 BM: Ella puede estar como un caso mental en el hospital (1). Está probablemente, enferma de la mente. No sé qué hacer con esto, cuando ellos salen desesperados (4b). Una vez más ellos lograron su ingreso en una institución, ella estará por largo tiempo allí. (1) Quizás se recupere.

Tarjeta 20: Está caminando sobre los escombros. Ve cómo él tiene algo en su mente. El está acostado sobre algo y quizás en la misma situación esté yo. Deprimido, desesperado, solo (4b). Puede recuperarse y si está socializando como yo, él podrá hacerlo.

Tarjeta 14: No sé si él está listo para cometer un suicidio o no (1,4b). El puede hacer esto. Está desesperado por la pérdida de una niña y su esposa (4). El podría saltar (2a), está bastante desesperado. Esto podría destruirlo (1).

Tarjeta 19: Parece una casita. Probablemente un cuento de hadas. Aquí podría estar un niño. El podría tomar un camino o planear cualquier cosa.

RESUMEN PROYECTIVO:

El resumen proyectivo lleva a pensar que el sujeto siente que hay peligro en su salud mental. (Tarjeta 3BM y tarjeta 14). El parece temeroso de perder el control.

Hay signos de disminución del yo, ansiedad (Tarjeta 14), depresión (Tarjetas 3BM, 20 y 14), temor y reminiscencia sobre el trauma. Las indicaciones de esta prueba coinciden con las indicaciones de la entrevista abierta estructurada y con el MMPI, ya que relacionan elementos de ansiedad, depresión y reminiscencia sobre la esencia del trauma.

La postura de estas pruebas múltiples es más efectiva que una sola medida expuesta como posibilidad en este caso. Los síntomas no fueron evidenciados por las medidas proyectivas, sino que fueron observadas por el entrevistador y/o el MMPI. Estos fueron: coraje, furia, disturbios del sueño y sueños con la experiencia del trauma. La D no fue significativa en el MMPI, sin embargo es esencial analizar el patrón total de las respuestas.

CASOS DE ESTUDIO CUATRO Y CINCO

JOSE Y MARTHA

José es un hombre blanco de 65 años quien se había retirado de su trabajo como encargado de una tienda de máquinas. Para José el terremoto de la muerte, como él lo llamaba, pasó a ser un símbolo de su nuevo y reciente retiro.

El y su esposa Martha estaban entrando en una nueva fase de su vida juntos, cuando el terremoto atacó con una fuerza terrible.

Martha es cinco años mayor que José. Ella hizo el bachillerato en estudios musicales y sociales. El estudió un grado de secundaria. Martha dió clases en una escuela durante varios años, y pronto se

retiraría de la profesión. Martha se casó siendo un poco mayor que José y sentía que eso había contribuido a que fuera más sólido y estable el matrimonio entre ellos.

La pareja había estado casada durante 31 años, tuvieron dos hijas, que estaban próximas a casarse y tener su propia familia. Ellas viven en una colonia diferente a la de sus padres. José caracteriza la relación con sus hijas como "cercana y soportable". Ellos ven en su propia relación una dinámica "satisfactoria y constructiva". Con gran entendimiento y cooperación.

José y Martha pertenecen a la religión católica. El confiesa que nunca leyó la Biblia ni se involucró grandemente con la religión; Martha siempre ha sido la más religiosa, pero como resultado del terremoto ambos creen que su supervivencia no fue únicamente un regalo, sino un mensaje de Dios para que ellos pregonen la religión.

Cuando la investigadora tuvo contacto con la pareja por teléfono, para ver si conseguía una entrevista, la respuesta fue cálida y receptiva; no hubieron indicios de vacilación o miedo. La cita fue conseguida fácil y rápidamente.

José es de estatura promedio y delgado. El impresionó a la entrevistadora cuando se encontraron, por su forma cálida y amigable y por su cooperación para narrar experiencias propias. Martha es una mujer pequeña de 150 centímetros aproximadamente y peso promedio. Ella también fue muy receptiva y generosa en sus respuestas a la entrevistadora. La entrevista total y las pruebas procedentes duraron alrededor de dos y media horas.

La Entrevista Abierta Estructurada (a José).

Cuando se le preguntó ¿cómo fue su conducta y sentimientos poco antes y poco después del impacto?, José respondió que momentos antes del terremoto él escuchó como si Dios le hablara al oído, por eso cree que lo salvó de morir y de no sufrir ningún daño después de haber saltado de su casa de dos plantas.

Se le interrogó acerca de sus heridas y dijo que sólo tenía algunas raspaduras en las manos, brazos, cara, hombros y una severa torcedura

en la espalda.

Durante su estancia en el hospital, José estuvo preocupado por su esposa. El deliró algún tiempo debido al impacto recibido y por no saber nada de Martha. Cuando se enteró de que ella estaba viva sintió gran alegría y ello hizo más tolerable su estancia. Los primeros 10 días después del terremoto él no pudo comer nada; cualquier visión de la comida lo enfermaba.

A la pregunta de ¿quién lo ayudó a recuperarse? José respondió que sus amigos, familiares y el hablar acerca de lo que había pasado. El dijo "hablé y hablé después de que regresé del hospital y aún ahora hablo más de lo que hablaba antes".

Al preguntarle si ¿había tenido algún entrenamiento para afrontar un desastre o una situación de crisis?, José contestó que estaba acostumbrado a vivir en un ambiente peligroso, como resultado del trabajo que hacía. El afirmó: "no sentí pánico ni miedo". Sólo pensó que necesitaba reaccionar rápidamente. José llegó a la parte melancólica al recordar a todas aquellas personas que pudieron haber escapado, pero que únicamente se quedaron inmóviles.

Después se le preguntó ¿cómo era su vida su vida diaria después del terremoto?, empezó a decir que algunas veces siente que la tierra se mueve (3c), esto lo molesta más ahora (2a), su apetito normal no ha regresado a la normalidad (2a) y los primeros cuatro meses fueron terribles. El perdió cuatro kilos. Desde el desastre José siente que es maniaco y exaltado (2a). Indicó también que la relación sexual con su esposa fue turbada en los primeros cuatro meses, pero que está mejorando ahora.

A la pregunta de cómo ve su futuro, José explicó que él y su esposa no han hecho muchas cosas desde el terremoto, pero es optimista y considera que el futuro será mejor. Cree que el temblor fortaleció la relación con su esposa y que Dios tiene un plan para ellos.

El Inventario Multifásico de la Personalidad.

Puntaje T: L=66, K=74, Hs=75, D=72, Hy=75, Pt=62

Puntaje en bruto: L=9, K=25, Hs=8, D=26, Hy=30, Pt=4

Puntaje configural: 1 - 2 - 3 - 7.

La escala clínica Hs D y H, 1, 2 y 3 respectivamente, estuvieron entre dos y dos y media desviaciones estándar arriba de la norma. La escala Pt o número siete estuvo dentro de los límites normales sólo una desviación estándar arriba de la norma. La escala L estuvo también dentro de los límites normales, una y una y media desviaciones estándar arriba de la norma.

Las indicaciones para este perfil están dentro de la dirección de ansiedad (2a) confusión (4d), relaciones somáticas (4a) e ideas suicidas (4b). haciendo un recorrido por todas estas manifestaciones hay un énfasis de perturbación dentro de los síntomas físicos y procesos psicológicos.

Un elemento importante de este perfil es que hay peligrosos indicios de pruebas tomadas defensiva y negativamente. La represión y falta de visión son también comunes a este puntaje configural.

El Test de Apercepción Temática.

Tarjeta 10: Una pareja de ancianos saludándose uno a otro o departiendo después de un viaje o antes de separarse. Están felices de verse. No hay tensión emocional, podrían continuar viviendo normalmente.

Tarjeta 11: Hay alguna clase de animales viviendo en una cueva con la cabeza fuera de ésta. Sale de las rocas para buscar comida. El se fue a dormir. Esto le da una sensación de seguridad para no ser molestado. Tiene hambre. Se ocultará hasta que consiga algo que comer (2b).

Tarjeta 38M: Es difícil, parece estar dormida en el sofá. Muestra decaimiento y dolor. Puede ser que tenga algo roto. Podría haber tenido un accidente. Cualquiera que sea esto, ella está mal, no puede arreglar esto y como resultado, ella está triste (1, 4b, 4d).

Tarjeta 20: Un hombre dentro de un cercado, su esposa se abraza a la espalda de él. El se ve desanimado. Está un poco preocupado por la situación que observa. Esta situación es confusa pero se resigna a ella. El piensa en sus problemas.

Tarjeta 14: Podría ser de noche. Un hombre está abriendo la ventana y disfrutando al ver las estrellas. El no va a saltar fuera. Tendrá que

cerrar la ventana y volverá a la realidad.

Tarjeta 19: Esto no parece como una casa. Creo que regresaré a esos alrededores, no hay formación clara. Esto está puesto junto a algo. No me estimula. No quiero especular.

RESUMEN PROYECTIVO

La prueba proyectiva para este caso fue peligrosamente indicativa de coraje, hostilidad y furia. La negación es evidente en estos registros como una defensa contra la ansiedad traumática. Hay también evidencias de una clara depresión (Tarjeta 3BM) aumentada con disminución del yo (Tarjeta 3BM, 20) Estas indicaciones estuvieron en relación con los criterios (4b, 4c, 4d). El TAT sugiere un desajuste neurótico general.

La Entrevista Abierta Estructurada (a Martha).

En respuesta a la primera cuestión, ¿Cómo describiría sus sentimientos y conducta poco antes y poco después del impacto? Martha explicó que ella sintió un tuvo un sentimiento vago de que algo anda mal. Después del terremoto, Martha quedó atrapada en un choque. Ella dijo "sentí que era el fin", "no podría moverme".

Martha indicó que fue su esposo quien la salvó, con su claro y rápido entendimiento. Todo lo que ella escuchó durante su escape fue la voz de su esposo, hasta que dos hombres la ayudaron a salir del túnel.

Cuando se le preguntó acerca de sus heridas, Martha volvió a explicar que antes de que ella saltara de su casa escuchó una voz que le decía que lo hiciera. Después de chocar con el suelo, permaneció inconsciente. Ella se dañó las piernas y aún siente dolor cuando camina, todavía usa muletas.

Martha indicó que su recuperación fue facilitada por familiares y amigos. Recuerda todo lo que habló en relación a la experiencia del terremoto.

Cuando se le preguntó acerca de si había tenido o no un entrenamiento contra desastres dijo "no, si no hubiera estado mi esposo yo estaría

muerta ahora".

Se le preguntó ¿Cómo describiría su vida desde el terremoto? Martha dijo que desde el desastre ella estaba más consciente de los terremotos. Si ella escucha hablar de temblores o ve algo en la televisión le trae recuerdos de la catástrofe (3c), siente tensión e inquietud (2a). Desde el accidente Martha se ha sentido muy cansada y duerme mucho. Se da cuenta que su esposo y ella se enojan fácilmente por cualquier cosa que pase durante el día, (2b). Ella también siente que su vida sexual fue interferida, debido a su estado físico y emocional. Más tarde, indicó que ella creía que, como resultado de la experiencia del terremoto, su matrimonio se había fortalecido y que la relación con su esposo e hijas era mejor.

Martha veía su futuro en forma optimista. Ella y su esposo estaban felices o al menos planeaban estarlo. Se sentía optimista porque creía que Dios los había salvado debido a que tenía un plan para ellos.

El Inventario Multifásico de la Personalidad.

Puntaje T: L=36, K=68, Hs=54, D=55, Hy=64, Pt=51.

Puntaje en bruto: L=6, K=22, Hs=4, D=22, Hy=27, Pt=4.

Puntaje configuracional: 3 - 2 - 1 - 7.

En este perfil las escalas clínicas y las escalas de validez y corrección L y K, estuvieron dentro de los límites normales.

La escala K estuvo muy cerca de alcanzar dos desviaciones estándar arriba de la norma y la escala L estuvo cerca de una y una y media desviaciones estándar arriba de la norma. Esto no podría ser suficiente para sugerir que la prueba habla defensivamente de estos perfiles. Este nivel defensivo no es capaz de distorsionar la eficiencia de esta prueba.

La escala Hy estuvo alrededor de una y una y media desviaciones estándar arriba de la normal. Esto fue por diez puntos del puntaje T o una desviación estándar más que las otras escalas clínicas. El significado de la escala tres podría estar dirigida a algunos nervios y tensiones (2a), egocentrismo e inmaduración. La negación es un elemento en el perfil el cual funciona por sí mismo para minimizar la demanda de uno u otro problema neurótico.

El Test de Apercepción Temática.

Tarjeta 10: Estos son los hijos quienes vienen hacia su padre. "Vi algo que no podría Tener". El padre los olvidó ellos lo abrazan, él los besa y existe una compasión real. El verdadero arrepentimiento lo llevó a aprender muy bien una lección (4c) En primer lugar, el niño no podría hacer cosas que provocaran dolor.

Tarjeta 11: Hay piegas y un sendero, árboles y una víbora o rama de árbol. Una clase de incendio forestal ilumina al panorama. Las casas se están quemando, polvo, humo y flamas (3). Esto también podría ser un microbio. Ellos están tratando de salir del fuego para escapar (3c). La flora será devastada y los animales morirán también. Destrucción completa (1) hasta que resurja la vegetación.

Tarjeta 6F: Una querida dama (4c) quien tiene una discusión con su esposo, ella está contenta de que él nunca regrese. Ella desea hacer bien las cosas.

Tarjeta 20: Si la valla estuviera aquí... Esto podría ser una puesta de sol o fuego. La persona está perdida en el aserradero. Pero la valla indica que hay civilización. El hombre está extraviado buscando uno de los animales que escapó de su casa. El está rezando para que encuentre al cordero antes de que otros animales se lo coman, podría encontrar al animal como resultado de los rezos (4c).

Tarjeta 14: Sí, estas fueron flores rojas, no creo que los edificios estuvieran caídos (3c) No creo que esto sea. El realmente cree que el mando es maravilloso y está avergonzado por todos sus problemas y culpas (4c). El recibe apoyo por todo esto. Esto puede ser un ladrón en la noche y está escapando. El fue capturado.

Tarjeta 19: Un hermoso cuento. La casa de una bruja. La vieja bruja está en el cielo. El viento ha estado soplando. Quizás un huracán atacó este lugar. Puede ser que haya una niña, en la casa, atrapada y encerrada por la bruja. Los niños sienten miedo de que la casa se caiga, ellos quieren escapar (3c). Ellos podrían escapar o quizás se queden atrapados con la bruja.

RESUMEN PROYECTIVO:

De las pruebas proyectivas se obtuvieron varias indicaciones relacionadas con lo somático. Hubo también varias evidencias de re-puestas histéricas en el TAT (Tarjetas 10, 11, 3GF, 20, 14 y 19). La sugestión de narcisismo y negación aparecen en el perfil MMPI. Existe un patrón histérico con características neuróticas.

CASOS DE ESTUDIO VI Y VII PABLO Y CATALINA

Pablo es un hombre blanco de 77 años. El y su esposa Catalina de 65 años, escaparon de un edificio derrumbado en la Colonia Roma, con leves heridas físicas. Pablo estuvo cinco días en el hospital y Catalina permaneció seis semanas.

La pareja ha estado casada durante 52 años. Ellos tuvieron dos hijos, un hombre y una mujer. Ambos están casados y tienen su propia familia, ellos viven en otro estado. Pablo y Catalina veían su relación como "muy unida". Catalina dijo "nunca conocí a un hombre bueno hasta que Pablo apareció". El ha estado retirado de su carrera como ingeniero civil, ella estudió dos años de preparatoria y había sido maestra. Actualmente estaba activa en su profesión.

La pareja pertenece a la religión católica. Son moderadamente religiosos, aunque practican más la religión como resultado del terremoto. Ambos planean las cosas a corto tiempo porque creen que su edad no les permite hacerlo a largo plazo.

Cuando se les contactó por teléfono para realizar la entrevista, la pareja consintió a ésta sin resistencia.

Ellos podrían ser descritos como gente sencilla. Sus vidas habían sido largas y sus experiencias variadas y numerosas.

Pablo es un hombre delgado de estatura promedio. Catalina es una mujer delgada y pequeña. Pablo fue receptivo al procedimiento de la entrevistadora, pero consideraba que algunas cosas que respondían parecían ridículas.

La prueba completa y las entrevistas precedentes tardaron alrededor de dos horas.

La Entrevista Abierta Estructurada (a Pablo).

Cuando le dijimos que describiera sus pensamientos y conductas poco antes y poco después del impacto, Pablo dijo que antes del terremoto todo estaba en calma, normal, igual que siempre. El no tenía algún pensamiento en particular. Cuando empezó el movimiento lo único que hizo fue agarrarse de una columna. El ignoraba lo que pasaba con su esposa. Después vió cómo todo empezaba a derrumbarse y se apresuró a salir, pero ya algunas tablas le estaban cayendo en todo el cuerpo. Explicó que no estaba consciente de la gente o de los sonidos durante su escape. En relación a las heridas que sufrió en el desastre: Pablo dijo que tuvo varias heridas leves en los brazos, manos y cuerpo, pero se ve así mismo como afortunado por haber sobrevivido tan solo con heridas leves.

La conducta y pensamientos que Pablo experimentó durante su estancia en el hospital y en las primeras semanas después del terremoto estuvieron centradas en la salud de su esposa, él permaneció en otro albergue por cinco días. Cuando regresó a su casa, empezó a buscar una enfermera, una sirvienta o una ayudante para su esposa: finalmente el empleó a una mujer para que fuera dos veces por semana a ayudarlos. Pablo sintió que estaba empezando algo nuevo para él. En relación a su propia recuperación, él trató su trauma en casa con su esposa. Su familia vive en otro Estado y no pudieron estar con él cuando los necesitó.

Pablo cree que tuvo algún entrenamiento contra desastres debido al tipo de trabajo que realizó durante muchos años como ingeniero civil, él estaba acostumbrado a emergencia.

Se le preguntó ¿Cómo podría describir su vida diaria desde el terremoto?, El indicó que los mayores disturbios los tuvo durante el desastre cuando él vio polvo, derrumbes, incendios y a una mujer pidiendo ayuda estando abajo de los escombros (3c). Dijo que su apetito todavía no era normal (2a) pero mejoraba. El y su esposa habían perdido peso. Afirmó que su sueño es irregular y que todavía necesita pastillas para dormir (3a, 2a).

A la pregunta final de la entrevista ¿Cómo siente que será su futuro? Pablo piensa que será mejor, él ha hecho muy poco de lo que

había planeado antes del terremoto, debido a la desestabilidad de su esposa. Pablo siente que la experiencia fortaleció la relación con su esposa.

El Inventario Multifásico de la Personalidad.

Puntaje T: L=46, K=64, Hs=88, D=84, Hy=82, Pt=58.

Puntaje en bruto: L=3, K=20, Hs=16, D=31, Hy=34, Pt=7.

Puntaje configural: 1 - 2 - 3 - 7.

La escala Hy se elevó a más de tres desviaciones estándar arriba de la normal. La escala Pt estuvo bien dentro de los límites normales. Las escalas L y K estuvieron dentro de los límites normales.

Estos perfiles se dirigen a la dirección de gran ansiedad (2a) confusión (4d), relaciones somáticas severas (4a), e ideas de suicidio (4b), irritabilidad y suspicacia, debilidad y cansancio general, tensiones e insomnio (3a) e inseguridad en situaciones sociales. Todas estas son concomitantes de este perfil configural.

El Test de Apercepción Temática.

Tarjeta 10: Esto es una clase de trastorno emocional y él está preparando a ella. El piensa en un ser querido de ella. Ella probablemente esté pensando lo mismo porque él la protege. Ellos vivirán felices después.

Tarjeta 11: Un incendio (2a) o una inundación (3c). Una pareja de pavo reales cruzando un puente. Piensa que la selva está arriba. Yo no puedo hacer nada fuera de esto (2b). Ellos quieren cruzar el puente y lo harán (2b).

Tarjeta 3EM: Un niño que ha sido malo y callado por su conducta, es reprendido (2b). Un sentimiento de rechazo. El niño podría recuperarse de esto.

Tarjeta 20: Un poste de luz. Una figura grotesca (2b). No resultó. (el sujeto evita responder y empieza a ser hostil).

Tarjeta 14: Un niño soñador viendo la vida fuera de la ventana. Piensa en las cosas que podría realizar. Irá a dormir y soñará esa noche.

Tarjeta 19: Una casa en un país del norte con hielo y nieve (2b) alrededor de ella, hay figuras en la ventana, pero no se pueden distinguir.

Son ordinarios. Pienso que las figuras no tienen frío afuera, no hay resultado o son insignificantes.

RESUMEN PROYECTIVO.

El TAT ofrece evidencias de enojo, hostilidad y furia (Tarjetas 20, 14 y 19). La negación y represión se notan también como defensas contra los sentimientos relacionados con el trauma (Tarjeta 10). El puntaje de las pruebas denota depresión (Tarjeta 3BM) y la repetición de la palabra "grotesco" es muy ilustrativa. El ve la vida amenazada y es incapaz de responder adecuadamente.

El resultado de las pruebas precedentes corresponde a los síntomas de una neurosis traumática. Las medidas proyectivas no coinciden únicamente con las otras pruebas sino que perciben más del proceso psicológico de la víctima del trauma.

La Entrevista Abierta Estructurada (A Catalina).

A la pregunta relacionada con sus sentimientos y conductas poco antes y poco después del impacto, Catalina empezó a decir que antes del movimiento estaba calmada y no sospechaba nada. Empezó el movimiento y comenzaron a caer cosas y partes del techo, las que le rompieron el pie derecho. A pesar de esto logró saltar y escapar hacia un lugar seguro.

Cuando se le preguntó acerca de sus heridas Catalina reiteró que se había quebrado su pie derecho, también se rompió su talón izquierdo cuando ella saltó. Otras heridas incluyeron una rotura del pulgar derecho y una raspadura del pulgar izquierdo, ambas heridas se las hizo al saltar.

En el hospital, Catalina pensó que estaba en peligro, no tenía confianza en nadie. Estuvo en el hospital 6 semanas, algunas veces ella creía que no saldría viva de ahí. Su desilusión incluía un sentimiento de miedo y terror; cuando ella regresó a su casa se cayó y se rompió un brazo. Su esposo trató de contratar a una enfermera, o una sirvienta o una ayudante. Su familia no pudo cuidarla porque estaba lejos.

Cuando se le preguntó cómo describiría su vida diaria desde el terremoto, Catalina dijo que siente miedo de cualquier movimiento y

tome por los miembros de su familia (2a).

Los movimientos o ruidos fuertes y sorprendidos la espanta ahora (2a). Ha perdido siete kilos desde el terremoto y no tiene apetito (2a). Su sueño no es como antes del terremoto (3a). Ella está tensa gran parte del tiempo (2a) y frecuentemente tiene pesadillas (3b).

A pesar de todo, Catalina cree que la relación con su esposo es mejor, como resultado de que los dos sufrieron juntos. Ellos parecen tolerarse más uno a otro.

Sus proyectos para el futuro son pocos. Ella cree que no volverá a ser como antes.

El Inventario Multifásico de la Personalidad.

Puntaje T: L=46, K=61, Hs=68, D=69, Hy=61, Pt=46.

Puntaje en bruto: L=3, K=18, Hs=13, D=29, Hy=25, Pt=5.

Puntaje configural: 1 - 2 - 3 - 7.

El perfil muestra un aumento en el puntaje de por lo menos dos desviaciones estándar en las escalas Hs y D. La escala Pt tuvo una y media desviaciones estándar abajo de la norma. La escala L y K estuvieron dentro de los límites normales.

El perfil de esta configuración indica patrones hipocondríacos (4a) con síntomas como: confusión (4d) y relaciones somáticas (4a), y una gran concentración de tensión (2a) y depresión (4b). La depresión está acompañada de inquietud más que de apatía.

El Test Dde Apercepción Temática.

Tarjeta 10: La mujer tiene su cabeza sobre el tórax del hombre. El se ve triste, sin emoción. Le dice que no se preocupe por esto.

Tarjeta 11: Una pared está un ...lagarto o un dragón. Hay agua en el otro lado. Allí podría haber alguna gente. El dragón sopló fuego y quizás éste tome el lugar del agua (3c). Ellos quieren que el dragón se vaya. No saben qué hacer. Si ellos son amigables con él, el dragón los puede ayudar si no lo son éste se los comerá (1).

Tarjeta 3GF: Ella está llorando porque un ser querido la dejó y dijo que éste era todo con ella. La puerta está cerrada. Está preocupada

le dice a él que se irá. Ella vuelve a llorar. No hay resolución aún (2a).

Tarjeta 20: Un soldado en guardia. Hay una valla detrás de él. El está trayendo algo de su propiedad para guardarlo. Ve que será relegado. La luz está apareciendo se irá a su casa y llevará a algún otro que tome su lugar.

Tarjeta 14: Un hombre viendo por la ventana. Ve el cielo y al sol metiéndose. No se qué decir. Se despierta temprano, toma algo de aire fresco. Estuvo disfrutando la mañana, piensa que puede ser un buen día. El ve esto en una forma distinta a como la veía antes. También hay mucha obscuridad (4b). El todavía tiene un escape.

Tarjeta 19: Es una clase de abrigo para la nieve, no es una casa. Está en la región Artica. Hay chimenea, ventanas, y está haciendo frío y nevado. Se ven nubes. Podría haber sido una fuerte nevada o una avalancha. También hay muchas manchas negras (4b). Hay un soldado de juguete en la ventana. Podría haber niños allá. Ellos están caminando para ayudarlos y traerlos aquí. No se sienten incómodos, pero no están preparados para esto. No hay humo, ellos están fuera del bosque. Crisis (3c).

RESUMEN PROYECTIVO:

Las medidas proyectivas muestran muchas indicaciones de descompensación del yo (Tarjeta 11 y 14) y desajuste neurótico.

En contraste con la entrevista estructurada y el MMPI, la medida proyectiva muestra un cuadro mucho más serio. Las indicaciones parecen estar dirigidas a una reacción psicótica.

CASO DE ESTUDIO VIII

KARLA

Karla es una mujer de 29 años, divorciada, con una hija, y durante el temblor estaba con un amigo llamado Miguel. Tres días antes del terremoto el padre de Karla había muerto. Esto fue un shock tremendo para ella porque quería mucho a su padre. En la historia de Karla es posible ver como representaciones de traumas anteriores vuelven a aparecer en la reciente experiencia del desastre.

Karla estuvo casada durante cuatro años y tiene una hija de tres años. Desde que se divorció un año antes, regresó a su trabajo anterior como encargada de una tienda de decoración de interiores. Ella estudió preparatoria y estuvo dos años en la Universidad.

Karla dijo pertenecer a la religión cristiana aunque no era una persona muy religiosa. Desde el terremoto, se encuentra preocupada y se pregunta acerca de la vida, y la vida después de la muerte, también tiene un marcado interés por lo sobrenatural. Cuando Karla fue contactada por teléfono, para hacerle la entrevista, reaccionó con precaución y suspicacia. Después cuando fue revelado el propósito e intento de estudio, ella aceptó el encuentro.

Karla es una mujer alta, elegante y refinada. Durante el primer cuarto de hora de la entrevista parecía cautelosa y difícil. Después se relajó más conforme avanzaba la sesión. El tiempo que se requirió para la entrevista fue de dos horas aproximadamente.

La Entrevista Abierta Estructurada (A Karla).

La descripción de Karla acerca de sus pensamientos y conducta poco antes y poco después del impacto empezó cuando ella dijo que tuvo una premonición de que algo iba a pasar, algo desastroso. Miguel su compañero, la tranquilizó diciéndole "no te preocupes. Si algo pasara, tú no sentirás nada". Segundos después empezó el movimiento. Al tratar de correr hacia la salida Karla se pegó en la cabeza contra

un mueble. Volteó a ver a Miguel quien estaba desplomado sobre un sillón y pensó "está muerto". Entonces él empezó a moverse y trataron de escapar, pero Karla estaba atrapada por el pánico. Miguel la tomó del brazo y le habló para que salieran. Cuando la pareja salió por los vidrios rotos de una ventana, había fuego alrededor.

Después de una pausa Karla continúa su descripción diciendo que cuando ella saltó por la ventana, sus pies quedaron atrapados en algo metálico y se encontró a sí misma suspendida en el aire, no sabe cómo se pudo escapar de esa trampa, pero al saltar cayó sobre el pie de un hombre y se lo rompió.

Cuando se le preguntó acerca de sus heridas físicas, Karla explicó que se hirió la mandíbula y recibió un golpe atrás de la cabeza. Tuvo una lesión en un dedo del pie, y se hizo una cortada en la pierna y talón. Ella estuvo tres días en el hospital. Ahí, dijo que estuvo acumulando imágenes de muchas cosas (2a), (comida, papel higiénico, ropa, etcétera). Karla estuvo muy susceptible y dependiente al equipo del hospital. Después descubrió que fue una de las pocas sobrevivientes del derrumbe y se sintió muy feliz. Esto la ayudó a calmar sus miedos y a tranquilizarse.

Cuando salió del hospital, Karla estuvo en la casa de Miguel con los padres de éste, durante dos semanas. Explicó que ellos la ayudaron muchos, cuidaron de ella y le hablaron acerca de la experiencia del terremoto. Durante su estancia en la casa de Miguel, ella caminó con muletas. Como resultado de sus quemaduras y cicatrices, contrató a un cirujano plástico. De esta manera tuvo que regresar al hospital nuevamente.

En respuesta a la pregunta de si había tenido algún entrenamiento contra desastres, Karla dijo que no. De no haber sido por Miguel nunca habría salido con vida.

A la pregunta relacionada con ¿Cómo podría describir su vida diaria desde el terremoto? Karla explicó que tres días antes del temblor su padre había sido atacado por su ex esposa. Ella y su padre habían estado muy unidos y esto fue muy traumático para ella. En el tiempo en que sucedió esto ella estaba embarazada. Sin embargo, reprimió esta experiencia y llevó una vida como antes.

Como resultado del terremoto Karla empieza a tener una profunda depresión por lo tanto consultó a un psiquiatra quien le dijo que su depresión se había disparado por el reciente trauma, el que había sacado a flote traumas anteriores. Se le indicó que ésto podía ser tratado en una terapia de seis meses a un año. Cuando ella empezó a tener pesadillas, fue con el psiquiatra nuevamente, quien le repitió lo mismo que le había dicho con anterioridad.

Desde el terremoto Karla ha contraído una forma de eczema (2a). Está siempre nerviosa. Ha estado comiendo demasiado y constantemente (2a), su sueño es terrible. (3a). No puede descansar cómodamente sin sufrir alguna pesadilla o pensamiento de algo espantoso (3b, 3c). Karla encuentra que su memoria y su lenguaje han sido afectados (2a), se le dificulta memorizar las cosas y es incapáz de afrontar los problemas con normalidad. Como resultado de todo ésto, Karla teme perder su trabajo. Una consecuencia de lo anterior se puede ver en su relación con Miguel la cual está arruinada porque ella es más crítica y defensiva. Karla empieza a estar muy sola y deprimida, llora constantemente (4b). Esto ocurre desde el día del desastre.

En relación a ¿cómo ve su futuro? Karla contestó que está muy deprimida y no puede ver el fin de este episodio. Su futuro parece nublado.

El Inventario Multifásico de la Personalidad.

Puntaje T: L=43, K=43, Hs=56, D=84, Hy=68, Pt=86.

Puntaje en bruto: L=2, K=10, Hs=16, D=37, Hy=29, Pt=37.

Puntaje configural: 2 - 7 - 3 - 1.

En las escalas clínicas que le fueron suministradas Karla mostró aumento en el puntaje de por lo menos cuatro desviaciones estándar arriba de la norma en la escala Pt y al menos tres y una y media desviaciones arriba de la norma en la escala D.

Las escalas Hs y Hy estuvieron dos desviaciones estándar abajo de la norma pero dentro de los límites normales. Los puntajes L y K estuvieron bien dentro de los límites normales.

Perfiles como estos indican depresión severa (4b), con tensiones y nerviosismo (2a) como se contempla frecuentemente. Otras inquietudes comunes en este perfil son el desequilibrio, insomnio (3a) y excesiva susceptibilidad. Este perfil es peligrosamente sugerente de un diagnóstico de depresión reactiva.

El Test de Apercepción Temática.

Tarjeta 10: Ella perdió a su hijo en un terremoto (3c). El la consuela, ella está deprimida (4b). La madre está afligida no sabe qué hacer.

Tarjeta 11: Esto parece ser una abeja posándose sobre un trozo de árbol, con una luz alrededor. En el bosque la mañana está empezando. Hay un monstruo que viene hacia la abeja; quiere comérsela. Ella quiere volar lejos (3c). Podrá escapar y nada le pasará.

Tarjeta 3GF: Una niña abre la puerta y ve a su madre acostada en un ataúd (3c). Ella está llorando y se siente terriblemente acongojada. (4b). Identificó a éste con mi hermano, quien perdió a su madre. No hay final feliz.

Tarjeta 20: El no puede dormir en la noche (3a). Tiene sueños malos (3b). Son alrededor de las 2 A.M. también veo esto como un hombre bajo un farol quien está muy solo (4b) en la Ciudad de México. El irá a su casa y se acostará.

Tarjeta 14: Este es un pistolero en la cárcel, él no sabe si debe tirar o no. Tiene una serie de emociones (4d). Probablemente se quedará.

Tarjeta 19: Esto parece como un iglú con un monstruo en el fondo. Es un día frío se espera que caiga una tormenta de nieve. Hay gente afuera. La nieve puede caer sobre ellos pero irán a trabajar.

RESUMEN PROYECTIVO.

El TAT reporta un diagnóstico de depresión reactiva. Indicios de depresión y desajuste neurótico general fueron percibidos en estos resultados (tarjetas 3GF, 20 y 14). La prueba proyectiva también evidenció signos de disturbio en el sueño y obsesivos relacionada con la experiencia del trauma.

En contraste al resultado del MMPI, la medida proyectiva sugiere un propósito más favorable. Con la terapia podría haber una mejoría.

B.- RESUMEN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

Esta sección contiene un resumen de los resultados de este estudio. Un análisis de cada uno de los criterios para neurosis traumática es entendido en relación a la prueba y a cada caso de estudio.

La tabla 1 de información relevante relacionada a la ausencia (o) o presencia (x) de los criterios para neurosis traumática de cada uno de los casos de estudio. Las tablas 2-9 contienen información relacionada a la frecuencia de cada criterio en cada caso.

1. Bloqueo o disminución de varias funciones del yo.

La tabla uno muestra que cinco de ocho (62.5%) de los casos evidenciaron el bloqueo o disminución de funciones del yo. De las tablas 2-9 se observa que seis de ocho casos donde este criterio se presenta, en el TAT. (13 frecuencias) que evidenciaban este síntoma.

2. Accesos incontrolables emocionales.

- (a) Ansiedad.
- (b) Rabia ó ira.

El segundo más importante criterio presente en todos los casos fue éste. (100%) el subcriterio 2a fue observado en cada caso y fue cuantificado del contenido en la entrevista (21 frecuencias), mostraron patrones configurables en los puntajes más altos del MMPI (10 frecuencias). El TAT. presentó 7 frecuencias. El subcriterio 2b estuvo presente en 6 de ocho casos (75%). La rabia o ira fue calificada del contenido en la entrevista (4 frecuencias), y el TAT (6 frecuencias).

3. Trastornos del sueño, sueños y reflexiones obsesivas.

- (a) Trastornos del sueño.

(b) Sueños del trauma vivido.

(c) Pensamientos obsesivos relacionados al trauma.

El tercer mayor criterio relacionado con trastornos del sueño, sueños y reflexiones obsesivas relacionadas al trauma estuvo presente en todos los casos (100%). El subcriterio 3a estuvo presente en seis de cada ocho casos (75%). Disturbios del sueño fueron calificados en el contenido de la entrevista (6 frecuencias), el perfil de los puntajes altos en el MMPI (4 frecuencias), y el contenido del T.A.T. (2 frecuencias). El subcriterio 3b se presentó solamente en cuatro de los ocho casos (50%). Pesadillas o terror nocturno se observaron en la entrevista (4 frecuencias) y en el T.A.T. (1 frecuencia). El subcriterio 3c fue observado en todos los casos (100%). Las reflexiones obsesivas del trauma vivido estuvieron presentes en la entrevista (6 frecuencias), y en el T.A.T.

4. Complicaciones psiconeuróticas secundarias.

(a) Hipocóndria

(b) Depresión

(c) Histeria

(d) Desajuste general neurótico.

Para esta categoría este criterio se presentó en la muestra completa (100%). Al observar los subcriterios individuales de esta categoría se observó que cinco de cada ocho casos (62.5%) presentaron respuestas hipocondríacas. Estas indicaciones se observaron en la entrevista (1 frecuencia), y en el perfil configural y puntajes altos del MMPI (5 frecuencias). El subcriterio de depresión estuvo presente en siete de ocho casos (87.5%). Este criterio se presentó en las entrevistas en el MMPI (6 frecuencias) y en T.A.T. (14 frecuencias). Las histeria fue observada en sólo cuatro de los ocho casos (50%). Esta información sólo se obtuvo del contenido de las entrevistas (1 frecuencia) y en el T.A.T. (8 frecuencias). El último subcriterio, desajustes generales neuróticos presentó siete de los ocho sujetos (87.5%) fue evidente en el contenido de las entrevistas (1 frecuencia) del perfil configural y los puntajes altos del MMPI (5 frecuencias), y en el T.A.T. (5 frecuencias).

Como resumen de los resultados se observa que cinco de los ocho

casos (62.5%) coincidieron en los criterios mayores de neurósis traumática. Los otros tres casos coincidieron tres de cuatro (75%) casos en estos criterios (ver tabla 1).

Los resultados de este estudio apoyan la afirmación de la pregunta de esta investigación. La conclusión es que la muestra de sobrevivientes sí muestra los síntomas de neurósis traumática, cinco meses del evento traumático, el terremoto. Estos datos confirman los resultados.

TABLA 1

Ausencia-presencia de criterios de neurosis traumática en cada uno de los ocho casos estudiados.

Código	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8
1	0	X	X	X	X	0	X	0
2a	X	X	X	X	X	X	X	X
2b	0	X	X	X	X	X	0	X
3a	X	X	X	0	0	X	X	X
3b	0	X	X	0	0	0	X	X
3c	X	X	X	X	X	X	X	X
4a	0	0	X	X	X	X	X	0
4b	X	X	X	X	0	X	X	X
4c	0	X	0	X	X	0	0	0
4d	X	X	X	X	0	X	X	X

(0) AUSENCIA.

(X) PRESENCIA.

TABLA 2

Ausencia-presencia de criterios de neurosis traumática en cada una de las tres evaluaciones precedentes: CASO 1.

Codigo	Entrevista	M M P I	T A T
1	0	0	0
2a	1	2	0
2b	0	0	0
3a	1	1	1
3b	0	0	0
3c	1	0	2
4a	0	0	0
4b	0	1	0
4c	0	0	0
4d	0	0	1

TABLA 3

Ausencia-presencia de criterios de neurosis traumática en cada una de las tres evaluaciones precedentes: CASO 2.

Código	Entrevista	M M P I	T A T
1	0	0	3
2a	2	2	4
2b	1	0	0
3a	1	1	0
3b	1	0	0
3c	0	0	0
4a	0	0	0
4b	2	1	2
4c	0	0	3
4d	0	0	1

TABLA 4

Ausencia-presencia de criterios de neurosis traumática en cada una de las tres evaluaciones procedentes: CASO 3.

Código	Entrevista	M M P I	T A T
1	0	0	4
2a	2	1	1
2b	1	0	0
3a	1	0	0
3b	1	0	0
3c	1	0	0
4a	0	1	0
4b	2	0	4
4c	0	0	0
4d	1	1	0

TABLA 5

Ausencia-presencia de criterios de neurosis traumática en cada una de las tres evaluaciones procedentes: CASO 4.

Código	Entrevista	M M P I	T A T
1	0	0	2
2a	3	1	0
2b	0	0	1
3a	0	0	0
3b	0	0	0
3c	1	0	0
4a	0	1	0
4b	0	1	2
4c	0	0	1
4d	0	1	2

TABLA 6

Ausencia-presencia de criterios de neurosis traumática en cada una de las tres evaluaciones precedentes: CASO 5.

Código	Entrevista	M M P I	T A T
1	0	0	1
2a	1	1	0
2b	1	0	0
3a	0	0	0
3b	0	0	0
3c	1	0	4
4a	0	0	0
4b	0	0	0
4c	1	0	4
4d	0	0	0

TABLA 7

Ausencia-presencia de criterios de neurosis traumática en cada una de las tres evaluaciones precedentes: CASO 6.

Código	Entrevista	M M P I	T A T
1	0	0	0
2a	2	1	1
2b	0	0	5
3a	1	1	0
3b	0	0	0
3c	1	0	1
4a	0	1	0
4b	0	0	0
4c	0	0	0
4d	0	1	0

TABLA 8

Ausencia-presencia de criterios de neurosis traumática en cada una de las tres evaluaciones precedentes: CASO 7.

Código	Entrevista	M M P I	T A T
1	0	0	3
2a	4	2	1
2b	0	0	0
3a	1	0	0
3b	1	0	0
3c	0	0	2
4a	1	2	0
4b	1	2	3
4c	0	0	0
4d	0	2	0

TABLA 9

Ausencia-presencia de criterios de neurosis traumática en cada una de las tres evaluaciones precedentes: CASO 8.

Código	Entrevista	M M P I	T A T
1	0	0	0
2a	5	1	0
2b	1	0	0
3a	1	1	1
3b	1	0	1
3c	1	0	3
4a	0	0	0
4b	1	1	3
4c	0	0	0
4d	0	0	1



INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

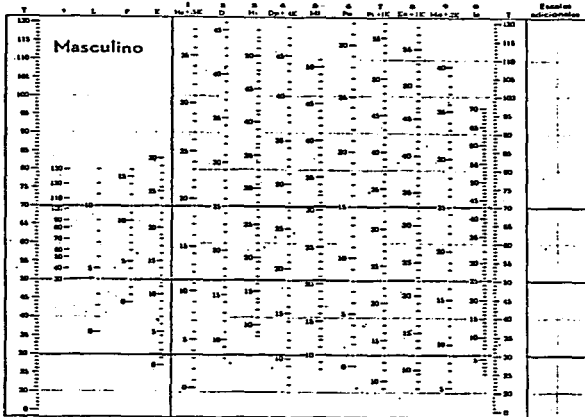
Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO



Nombre Roberto (letra de molde)
 Dirección _____
 Ocupación Oficinista Fecha de aplicación _____
 Años escolares o estudios cumplidos 12

Estado Civil C Edad 65 Referido por _____



Fracciones K			
E	J	P	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	3
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	3	1
5	3	3	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

Punt.

NOTAS

T-L46 K 56 Hs 75
 D77 Hs 65 Pt 89

7 2 1 3

Puntuación natural 3 13 11 23 25 29
 Agregar factor K 13
 Puntuación corregida 27 11



D.P. © sobre esta versión por la EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. 1982

Printed by El Manual Moderno, S. A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

147

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Femenino

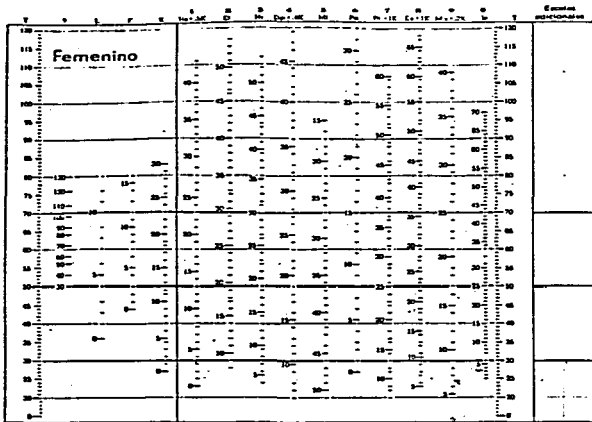
Nombre Catalina
(letra de malde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Escalas
psicopatológicas

Puntuación natural: L 3 K 18 Pa 13 Sc 29 D 25 Hs _____ Dp _____ Ac _____ Md _____ Pa _____ Pt 5 Ph _____ Ik _____ Co _____ Ik _____ Ma _____ Si _____ G _____

Agregar factor K _____

Puntuación corregida _____

Fracciones N	1	2	3	4	5
20	15	12	8		
29	15	12	8		
28	14	11	6		
27	14	11	5		
26	13	10	5		
25	13	10	5		
24	12	10	5		
23	12	9	5		
22	11	9	4		
21	11	8	4		
20	10	8	4		
19	10	8	4		
18	9	7	4		
17	9	7	3		
16	8	6	3		
15	8	6	3		
14	7	6	3		
13	7	5	3		
12	6	5	2		
11	6	4	2		
10	5	4	2		
9	5	4	2		
8	4	3	2		
7	4	3	1		
6	3	2	1		
5	3	2	1		
4	2	2	1		
3	2	2	1		
2	1	1	0		
1	1	1	0		
0	0	0	0		

NOTAS

L 46 K 61 Hs 68
D 69 Iy 61
Pt 46

1 2 3 7



Firma _____ Fecha _____

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Stake R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO



Nombre PABLO (Letra de validez)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Otros escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad 77 Referido por _____

T	V	L	F	K	Ma-2K	D	Hy	Pa	Sc	Ma	So	Si	Sp	St	Es	Ma-2K	T	Escalas adicionales
120						65											115	
115																		
110						30												
105																		
100																		
95																		
90																		
85																		
80																		
75																		
70																		
65																		
60																		
55																		
50																		
45																		
40																		
35																		
30																		
25																		
20																		

Fracciones K			
K	2	1	3
30	15	13	8
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	3
17	8	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

L 46 K 64 Hs 88
D 84 Hy 82 Pt 58

Puntuación natural 3 20 16 31 34 _____ 7 _____
 Agregar factor K _____
 Puntuación corregida _____



D.R. © todos los derechos reservados por la EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S.A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

Nombre Doris
(letra de nombre)
Dirección _____
Ocupación _____ Fecha de aplicación _____
Años escolares o estudios cumplidos _____

F
Femenino

Estado Civil _____ Edad _____ Referida por _____

Escalas

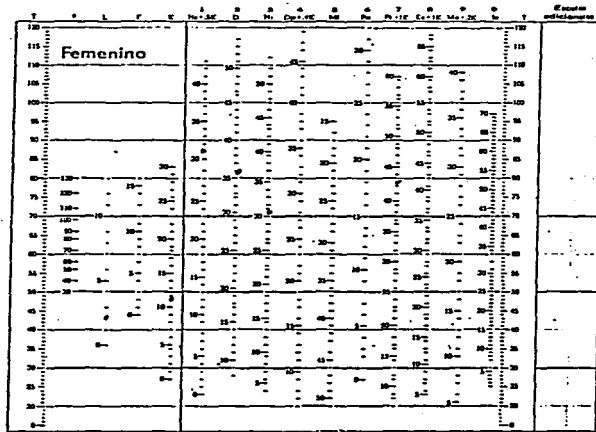
Escalas	1	2	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

T. Punt.

L 43 K 48 Hs 76
D 82 Hy 72 Pt 79

2 7 1 3



Puntuación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Puntuación natural	2	11	20	30	31	32	32	32	32	32
Agregar factor K	11									
Puntuación corregida	31									



Firma _____ Fecha _____

150

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO



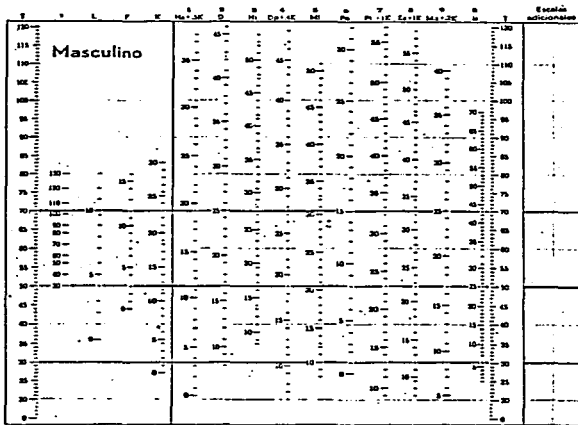
Nombre Hurtin (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntuación actual: L 5, F 8, K 16, Pa 21, Sc 30, Ma 21, So 21, Hy 21, Pt 21, Pd 21, Pa 21, Ph 21, Pt 21, Sc 21, Ma 21, So 21

Agregar factor K R

Puntuación corregida _____

Frases	M	J	A	N
30	15	12	6	6
29	15	12	6	6
28	14	11	6	6
27	14	11	5	5
26	13	10	5	5
25	13	10	5	5
24	12	10	5	5
23	12	9	5	5
22	11	9	4	4
21	11	8	4	4
20	10	8	4	4
19	10	8	4	4
18	9	7	4	4
17	9	7	3	3
16	9	6	3	3
15	8	6	3	3
14	7	6	3	3
13	7	5	3	3
12	6	5	3	3
11	6	4	2	2
10	5	4	2	2
9	5	4	2	2
8	4	3	2	2
7	4	3	1	1
6	3	2	1	1
5	3	2	1	1
4	3	2	1	1
3	2	1	0	0
2	1	1	0	0
1	1	1	0	0
0	0	0	0	0

NOTAS

L 53 K 42 Hy 72

D 60 Pt 56

3 1 2 7



D.R. © sobre esta versión por la EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. 1960

Printed by El Manual Moderno, S. A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Femenino

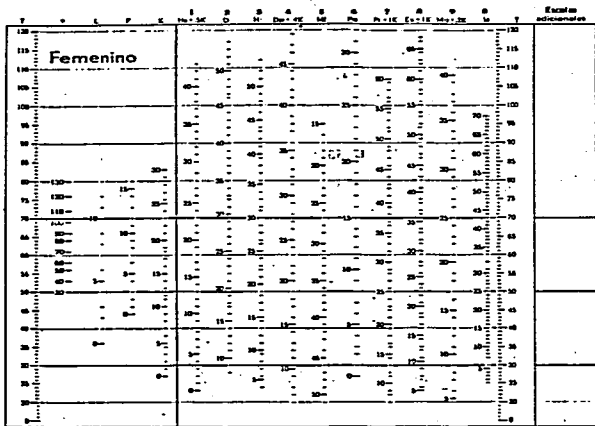
Nombre Karla (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntuación natural	2	10	16	37	29	37													
Agregar factor K																			
Puntuación corregida																			

Fracciones K

K	1	2	3
20	15	12	8
29	15	12	8
28	14	11	8
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	7	4
18	9	7	3
17	9	7	3
16	8	6	3
15	5	5	3
14	7	5	3
13	7	5	3
12	5	5	2
11	5	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	3	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

L 43 K 43 Hs 56
D 84 Ity 68 Pt 86

2 7 3 1



Firma _____ Fecha _____

PERFIL Y SUMARIO



INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charney McKinley



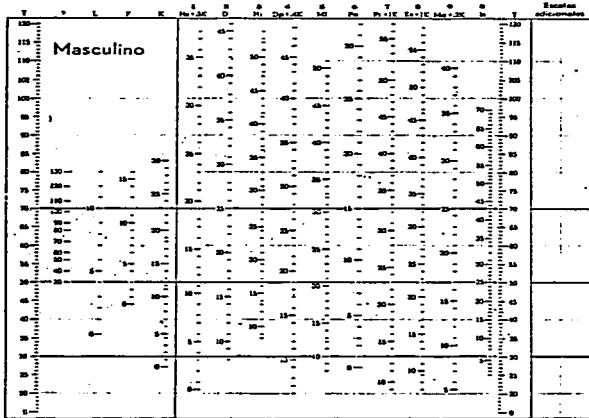
Nombre JOSE (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad 65 Retirado por _____



Problemas			
#	1	2	3
30	15	12	6
29	13	12	6
28	14	11	8
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	8	5
22	11	8	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	8	7	3
16	8	6	3
15	8	4	3
14	7	4	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

L 66 K 74 Hs 75
 D 72 Hy 75 Pt 62
 1 2 3 7

Puntuación natural 9 25 8 26 30 _____
 Puntuación corregida _____
 Puntuación con K _____



D.R. © todos los derechos reservados por la EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. 1940

Printed by El Manual Moderno, S. A. under license of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1945, by the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

PERFIL Y SUMARIO

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chornley McKinley

F
Femenino

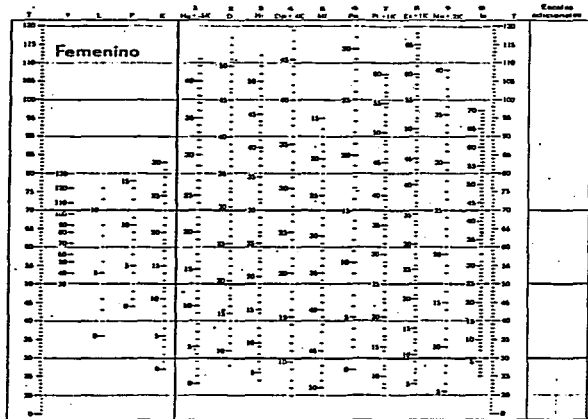
Nombre Martha (letra de malda)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntuación natural 6 32 4 22 27 _____ _____ _____ _____ _____
 Agregar factor K _____ _____ _____ _____ _____
 Puntuación corregida _____ _____ _____ _____ _____

Funcionamiento			
K	S	2	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

L 36 K 68 Its 54

D 55 Hy 64 Pt 51

3 2 1 7

154



Firma _____ Fecha _____

SEGUNDA PARTE

EL PROCESO ALBERGUE.

CAPÍTULO VI.

"EL PROCESO ALBERGUE"

Este capítulo contiene el resumen de la formación del albergue y la detección de necesidades. Se encuentra aquí la metodología en cuanto a plantear a) el perfil del damnificado para especificar la muestra.

- a) Preocupaciones básicas de albergados, empleados y voluntarios.
- b) Opiniones en cuanto a los servicios prestados por el albergue.
- c) Perfil del damnificado de ese albergue (la muestra).
- d) Casos clínicos vistos en el albergue.
- e) Entrevistas a albergados.
- f) Reporte de psicoterapeutas familiares que prestaron sus servicios.

INTRODUCCION

CAPITAL POLITICO: LOS ALBERGUES

A mediados de diciembre, 3 meses después del terremoto, casi 40,000 capitalinos vivían en albergues oficiales o privados y otros 10,000 se repartían en campamentos improvisados cerca de sus viviendas derruidas. Pero la mayoría no eran víctimas del terremoto sino de la vida misma; por ejemplo, en el campamento ubicado en la plaza de las Tres Culturas, en Tlatelolco, de las casi 400 personas que sobrevivían ahí, sólo media docena de familias eran auténticos vecinos del maltrecho conjunto habitacional, el resto provenía de distintos rumbos.

En cuanto dejó de temblar el 19 de septiembre, se empezaron a formar una gran cantidad de albergues. No se pudo tener el número exacto de albergues porque casi todos los días parecían y desaparecían, se fusionaban o subdividían con frecuencia; a veces a un funcionario se le ocurría que era mejor concentrar a muchos damnificados en un sólo sitio en lugar de tenerlos dispersos en 4 o 5 refugios menores; pero otros pensaban que lo mejor era la descentralización y mandaba volver a dividirse o agruparse, además con frecuencia se trasladaba a los refugiados para dar lugar a urgentes trabajos de demolición o remoción de escombros.

Según declaraciones de algunos voluntarios estos cambios se hacían para impedir que se consolidaran grupos capaces de presionar al gobierno.

A partir de la segunda semana después del terremoto la burocracia empezó a marginar a los grupos de voluntarios civiles y a buscar el modo de monopolizar la ayuda y acaparar a los damnificados.

Para acabar con los albergues "independientes" y los todavía más peligrosos campamentos instalados en plena calle, el gobierno empezó a restringirles las provisiones, al tiempo que se buscaba el modo de llevar a los damnificados hacia refugios oficiales. Pero un elevado porcentaje se quedó donde estaba.

En el fondo actuaba, el cálculo político, pero además existía la preocupación oficial de evitar latrocinios en la distribución de la ayuda, porque los ojos del mundo estaban fijos en México.

Los controles burocráticos fueron aménudo abrumadores pero no hubo robo descarado de donaciones nacionales y extranjeras.

Inclusive los rebeldes de Tlatelolco reconocen haber consumido alteros de quesos holandeses y latería importada.

La honestidad oficial en el manejo de la ayuda fue un gran alivio pero los severos controles volvieron aún más lenta a la burocracia; y la demora de reubicar a los refugiados y responder a sus demandas permitió que creciera otra forma de corrupción que los psicólogos llaman ahora "síndrome del damnificado".

EL ALBERGUE.

a) Del caos a la organización.

Como resultado de que la Ciudad de México fuera sacudida por un terremoto de más de ocho grados en la escala de Richter y de Mercalli y ante la gran cantidad de damnificados que se habían quedado sin hogar, el gobierno y algunos particulares decidieron formar varios albergues. En estos lugares las personas tendrían un lugar en donde permanecer hasta que pudieran resolver algunos problemas. En los albergues los damnificados serían atendidos por voluntarios y psicólogos quienes les darían alimentos, ropa y ayuda psicológica.

Después el día 20 de septiembre, un Club Deportivo en la Colonia Roma de una dependencia pública, fue improvisado como albergue. Al principio la característica principal de este albergue fue la confusión, es decir, una gran cantidad de personas se encontraban ahí, existía mucha ansiedad en todos, el llanto, la tensión y la desorientación se podían percibir en todo el albergue. Había varias masas de orientación que desorientaban, por incluir información no comprobada y por prometer a los damnificados cosas poco probables de cumplir.

Una cosa que se pudo observar fue, que los damnificados del albergue peleaban entre ellos por su falta de organización previa al desastre, que en ese momento les impedía una movilización coherente y sistemática para lograr objetivos mínimos.

Existían discusiones sobre si la señora "A" había cumplido con su papel de presidente del edificio B-2, que ahora estaba derrumbado pero cuyos ex-vecinos no se conocían entre ellos, jamás se había hablado. Otro problema era que algunos vecinos se toleraban, pero necesitaban un lugar para alojarse.

Para el lunes 23 nos encontramos con la noticia de que los voluntarios ya habían empezado a conflictuarse con los damnificados, debido a que los segundos no cumplían con la normatividad fijada por los primeros. Sin embargo, para cualquier observador interno o externo no había forma de diferenciar a los voluntarios de los damnificados.

Esta observación nos permitió entender que los roles de voluntarios o damnificados eran roles asumidos y que de inmediato el voluntario quería ejercer una autoridad o un poder sobre el damnificado. De ahí

los conflictos.

Otra cosa que se vio fue que algunos voluntarios en realidad eran damnificados de otras colonias.

Al día siguiente, nos dimos a la tarea de organizar al grupo de voluntarios que venían organizados por la Dirección.

Nos organizamos en dos grupos de casi 30 personas cada uno para hacer un trabajo de inducción que nos permitiera colaborar de manera organizada y no desperdiciar recursos con un plan mínimo de organización, comenzando por colocar un letrero de ubicación, convenir que era necesario un periodo mínimo de integración para que las personas pudieran integrarse en equipos de trabajo de acuerdo a especialidades de tal forma que una secretaria no estuviera haciendo funciones de cuidadora de niños.

Así cada grupo hizo la presentación de cada uno de los integrantes, se le dio una información sobre las conductas que encontrarían en sí mismos y en los integrantes del albergue, realizamos un ejercicio de movilización que permitió que el grupo se integrara primero en equipos de participantes y posteriormente en equipos de especialistas, de los que sobresalieron equipos de educadoras auxiliares, de empleados de intendencia y personal de cocina, que estaban dispuestos a trabajar en cualquier tarea que se les asignara.

Las autoridades dieron la orden de que las personas que no quisieran o no pudieran participar se retiraran.

Habiéndose organizado tres grupos con tareas claramente establecidas, veinte personas se dedicaron a seleccionar ropa, veinte educadoras y auxiliares trabajaron en tareas educacionales con los niños y los empleados de cocina se dedicaron a la elaboración de los alimentos.

Las educadoras invitaron a los niños individualmente a que se concentraran en las canchas de basquetbol y empezaran a trabajar en tareas educativas y recreativas. Al tercer día se empezaron a realizar dibujos que permitieron estructurar procesos terapéuticos en los niños.

Como ya se ha dicho anteriormente, el día 24 al trabajar con el grupo que intentábamos inducir al trabajo voluntario dentro del albergue, lo primero que se nos ocurrió fue ponerles algunos ejercicios que les permitieran entender que su trabajo implicaría interactuar con otras personas, que ésto simbólicamente significa tocar a algunas personas y que tocar no era fácil, tocarnos es una de las conductas que más ansiedad

nos despierta y algunos de nosotros somos incapaces, incluso, de tocar algunas de las cosas que han sido tocadas por alguien, buscamos una asepeia total y absoluta.

Por este motivo pusimos a las personas a hacer una mínima presentación, con objeto de disminuir las fantasías transferenciales que nos genera la presencia de las personas, es decir, lo que pensamos unos de otros con el simple hecho de establecer contacto de ojo a cuerpo, o por su sexo, vestido, gestos, su tono de voz su carácter y las cosas que otros nos dicen, esto facilitaría para nosotros el trabajo y atenuaría la ansiedad generada por la novedad de estar en un lugar nuevo, recientemente implementado como albergue. Con unos personajes que hacfa poco habían sido etiquetados como damnificados, en esa reunión empezamos a mostrar nuestras fantasías sobre qué era un damnificado.

En ese lugar empezamos a estructurar mínimas demandas terapéuticas que se resolvieron y disolvieron en ese mismo grupo. Todos habíamos vivido el temblor, todos de alguna manera estábamos dañados. Lo interesante de este ejercicio es que lo realizamos en un espacio desde donde se veía el resultado objetivo de la tragedia; un edificio gigantesco derrumbado en donde únicamente quedaban de pie unas escaleras exteriores que indicaban que aquel edificio había sido portentoso, derrumbado en sus dos terceras partes, podíamos ver desde el lugar donde nos encontramos, restos parciales de pertenencias de departamentos que hasta el jueves 19 habían sido habitados por un promedio mínimo de 6 personas por departamento.

Inmediatamente después de haber rehumanizado a los damnificados, usando un poco la pantalla de nosotros mismos, decidimos iniciar un ejercicio de movilización corporal que permitiera perder el temor a tocarnos, este ejercicio consistió en hacer cinco grupos de seis personas, en cada grupo uno de ellos se ponía en el centro y los otros lo rodeaban circularmente, la persona que estaba en el centro debería dejarse caer al frente, hacia atrás, a los lados o diagonalmente y los que lo rodeaban intentarían regresarlo al centro hasta que al fin entre todos pudieran elevarlo sobre sus hombros.

Después de este ejercicio volvimos a sentarnos para analizarlo, las personas hicieron importantes reportes, declaraciones sobre lo que

les pasó en este ejercicio, hablaron de sexualidad, de afecto de diferenciación de grupos, de lo que les despertaba una gente y otra y lo más importante es, que se sintieron capaces de tocarse después de haber reconocido, que al principio tenían mucho miedo y desconfianza de las personas del grupo que les había tocado.

A partir de este ejercicio la gente parecía que se había relajado y fue muy fácil hacer los grupos de colaboración. Como ya se dijo antes, un grupo se dedicó a doblar ropa, otros a apoyar en la cocina, y el grupo de educadoras, que no sabía cómo iniciar su tarea. Eran alrededor de las 11:00 A.M., cuando surgió la idea de ir a invitar a los niños en forma individual, para que se reunieran en las canchas de basquetbol a trabajar con ellas.

Estas personas ya tenían una amplia experiencia en trabajos con niños y pudieron desarrollar rápidamente su labor con un grupo de 40 niños aproximadamente poniéndose a jugar con ellos algunas rondas y haciendo ejercicios competitivos, más tarde consiguieron agua para los mismos. El día 25 nos sorprendieron al decirnos que habían logrado una primera realización de dibujos en un ejercicio natural.

Después de los logros obtenidos con los voluntarios, se llevó a cabo una discusión entre los psicólogos para saber qué tipo de trabajo era necesario para la intervención, se propuso un "modelo grupal", mismo que fue aceptado de inmediato, tomando en cuenta el extenso tiempo que nos llevaría un trabajo individual, sin embargo al hablar del tipo de grupo, se inició una larga discusión y finalmente se votó porque fueran solamente "grupos de discusión".

Otro punto que se tocó en la junta era el que tenía que ver con la producción y ésta con los horarios, el director demandaba un horario de las 10:00 horas a las 22:00 horas y fue un punto que no se discutió, ya que no se pensaba cumplir, debido a las estructuras burocráticas fuertemente arraigadas en la mente de los trabajadores.

El día primero de octubre de 1985, tuvimos una reunión multitudinaria en donde citamos a todos los damnificados a las 21:00 horas, a través del magnavoz del Deportivo, el objetivo era conocer sus características grupales. La reunión empezó 30 minutos tarde debido a la ansiedad que despertaba el tener reunidos a cerca de 500 personas con diferentes

actitudes frente a la Institución y así mismo, estas actitudes eran de todo tipo, algunas agresivas, otras de desesperación, algunas más seductoras y sobre todo de conflicto interno; se acordó que el licenciado Ulises, coordinador, administrador y fundador del albergue, presidiera la sesión.

El licenciado informó que él había abierto un albergue para los damnificados en general, ya que en un principio los primeros beneficiados del albergue habían sido los moradores de la Unidad Habitacional Presidente Juárez, pero que este albergue no era sólo para ellos, que pertenecía a todos los damnificados, debido a que eran de alguna manera mal vistos los colonos de la Roma, se explicó que este era un albergue improvisado, cuya permanencia sólo dependía de las autoridades, pero que nosotros también desconocíamos cuánto tiempo permanecería como albergue.

¿Hasta cuándo? Esta fue la pregunta que no tuvo respuesta sino hasta el final sólo hasta que quedan 5 familias se decide que día se cierra el albergue.

Habló de que este albergue había sido un centro de acopio de recursos, que había alimentado el domingo 22 de septiembre a 14 000 personas.

También queríamos saber en aquella reunión, un porcentaje aproximado de los orígenes de los damnificados habiéndose encontrado, para sorpresa de los mismos ex-vecinos del Presidente Juárez, que había un 50% de damnificados que vivían en la colonia Roma, un 40% que pertenecía a multifamiliares y un 10% a personal de la secretaría, se intentaba también que los damnificados tuvieran en esta reunión un espacio y un continente para hablar de los problemas que se había producido por la interacción de los mismos. Asimismo, se habló de que había decepción porque no habían asistido a la reunión las personas más conflictivas. Los del Presidente Juárez se quejaban de que al disminuir su número de albergados, se invierten los papeles, los colonos los discriminan.

En esta reunión aparecieron los líderes que hablaron de la necesidad de vivienda, de la ansiedad por poder formar grupos representativos, para los que se autonostraron el señor Sánchez y el señor Sauza, rechazado por los damnificados, hubo discursos acalorados como el del licenciado Omar Fuentes, quien dijo que era necesario exigir que les cumplieran las promesas que les habían hecho, que se hacía indispensable trabajar

por el albergue que los había cobijado. El señor Fuentes comentó que la limpieza no estaba peleada con la enfermedad, que era indispensable organizar un sistema de visitas conyugales que se realizaran fuera del albergue para no dar espectáculos inmorales u ofensivos a las personas albergadas.

Aquí es importante señalar como los diversos estilos de limpieza e higiene conflictúan a los damnificados en un principio, pero más tarde, al pasar los meses, la suciedad, la mugre y el desorden son utilizados como forma de agresión en contra de la Institución y de ellos mismos. Es de hacerse notar cómo también se agréden con exhibiciones sexuales que perturban profundamente a las personas más pudorosas.

En esta reunión se habló de que era necesario organizarse para hacer el trabajo, que era indispensable tener una tarjeta de identificación para que las personas que no tenían necesidad no vinieran a comerse la comida de los damnificados.

Los psicólogos entre tanto levantamos una crónica de lo que estaba pasando intentando entender el significado de cada uno de los procesos que se iban sucediendo en la historia del albergue.

El día 8 de octubre se tuvo otra reunión en la que se formaron grupos de 20 personas cada uno, los cuales nombraron un presidente, que conduciría la reunión y un secretario que anotaba lo aportado y posteriormente lo exponía en el grupo grande.

Los grupos plantearon la problemática grupal y las alternativas propuestas de solución.

b) Detección de Necesidades. Proyecto que se presentó al Director de Servicios Sociales de la Sra. representante del albergue.

ANTECEDENTES:

Como consecuencia de los movimientos tectónicos sufridos en nuestro país los días 19 y 20 de septiembre, la Ciudad de México se vio seriamente dañada por los derrumbes de casas, oficinas públicas y privadas, departamentos, escuelas, fábricas, etc., donde se perdieron recursos materiales, centros de trabajo, viviendas y miles de vidas.

La Secretaría de Hacienda, dentro de los planes de emergencia ejecuta-

dos por el gobierno, se avocó a la tarea de acondicionar un albergue en su deportivo para las personas damnificadas, con el propósito de cubrir sus necesidades de alimentación, techo, vestido, protección y seguridad.

Hasta el momento, según reporte verbal proporcionado por el administrador del albergue, se han atendido aproximadamente: el jueves 19 de septiembre, 750 personas; el viernes 20, sábado 21 y domingo 22 a 2 500; el lunes 23 a 1 500 y el martes 24 y miércoles 25 a 900.

JUSTIFICACION:

Debido a los trastornos emocionales y sociales provocados por los terremotos antes citados, se planteó la necesidad de la intervención de un equipo de Psicología que ofreciera apoyo y orientación psicológica a las personas que lo solicitaran o que por su situación así lo requirieran. Para tal fin se formaron a partir del martes 24 del mes en curso, varios grupos de psicólogos y voluntarios en los siguientes horarios:

De 9:00 a 15:00 horas

14:00 a 17:00 horas

18:00 a 22:00 horas.

En los que se trabajó coordinadamente de acuerdo a los objetivos generales y particulares que se especifican a continuación.

OBJETIVOS GENERALES:

- 1.- Ofrecer atención y orientación psicológica a las personas albergadas en el deportivo, perturbadas por el terremoto y sus consecuencias.
- 2.- Proporcionar apoyo psicológico a los empleados y miembros del voluntariado que se encuentran prestando sus servicios en el Deportivo de la Secretaría.

OBJETIVOS PARTICULARES:

- 1.- Identificar las necesidades e inquietudes de las personas albergadas, voluntarios y empleados.

- 2.- Entrevistar a los albergados, voluntarios y empleados para detectar sus necesidades y expectativas.
- 3.- Favorecer la adaptación de los albergados a su condición actual de damnificados.
- 4.- Formar grupos de albergados, empleados y/o voluntarios que deseen expresar y compartir sus experiencias en cuanto al terremoto y sus efectos.
- 5.- Posibilitar mediante técnicas grupales, la aceptación de los daños o perjuicios que el terremoto ocasionó a los albergados, empleados y/o voluntarios.
- 6.- Promover las conductas de cooperación y de ayuda mutua entre los integrantes de los diversos grupos.
- 7.- Fomentar la autonomía y la autosuficiencia de los miembros de los diferentes grupos.
- 8.- Motivar a los participantes a través de las dinámicas de grupos, a colaborar en las actividades del albergue.
- 9.- Brindar atención psicológica individual y/o familiar, a las personas que así lo requieran.

METODO:

Sujetos: Se atendió un total de 93 personas, de las cuales 69 fueron mujeres y 24 hombres. Las edades fluctuaron de 13 a los 81 años, con una media de 39 años.

Espacio: Se utilizó la cancha de frontón para la atención grupal, el patio y dormitorios del deportivo para la atención individual.

Recursos Humanos: 7 psicólogos y 9 voluntarios.

Recursos Materiales: Hojas blancas para registro y lápices.

PROCEDIMIENTO:

FASE I. PRESENTACION.

1.1. Se efectuaron el miércoles 25 de septiembre, entrevistas individuales a las personas albergadas, empleados y voluntarios con el fin de dar a conocer el servicio de psicología y determinar las necesidades e inquietudes de los mismos.

1.2. Se invitó a los albergados, empleados y voluntarios a participar en los grupos que se formarían al día siguiente.

FASE II. TRABAJO DE GRUPO:

2.1. Se organizaron el jueves 26, 3 grupos de trabajo integrados por los albergados y voluntarios, de la siguiente forma: 2 grupos de 10:00 a 11:00 horas y un grupo de 20:30 a 22:00 horas.

2.2 Se realizaron ese mismo día en los 3 grupos, ejercicios de integración grupal, en los cuales se solicitó a cada uno de los miembros que proporcionaran su nombre, edad, ocupación y lugar de procedencia.

2.3. Se invitó asimismo, a los miembros de cada grupo a expresar sus impresiones, inquietudes, necesidades y expectativas en torno al terremoto y sus consecuencias y, sobre todo, respecto a la situación y condiciones en las que actualmente se encuentran.

2.4. Se solicitó, antes de finalizar cada sesión grupal, a los integrantes que externaran sus conclusiones y alternativas de solución a su problemática actual.

RESULTADOS PRELIMINARES Y CONCLUSIONES:

En base a los resultados arrojados por las entrevistas individuales y sesiones grupales se determinaron tres aspectos fundamentales:

- 1.- Preocupaciones Básicas de albergados, empleados y voluntarios.
- 2.- Opiniones en cuanto a los servicios prestados por el albergue.
- 3.- Perfil del damnificado.

A continuación se desglosan los elementos básicos que se observaron en cada uno de ellos.

1. PREOCUPACIONES BASICAS:

1.1. Información sobre el albergue; sobre este particular, la población se mostró inquieta por saber de manera oficial el tiempo en que el albergue prestará sus servicios a los damnificados.

1.2. Información sobre las viviendas: en este punto, se observó un alto nivel de intranquilidad en la población albergada por el hecho de ignorar cuándo y dónde serán reubicados.

1.3. Información sobre la reubicación de los empleados en sus centros de trabajo: al respecto, cabe mencionar que los empleados manifestaron confusión al desconocer el tiempo y el lugar al que serían nuevamente reubicados en sus áreas laborales.

1.4. Información sobre desconocidos: en este contexto, varios albergados presentaron angustia al desconocer el paradero y condición de familiares o conocidos.

Es importante señalar que el estado de incertidumbre provocado por la falta de información adecuada con respecto a la problemática referida, puede generar diversas conductas o actitudes, entre las que se encuentran o han encontrado las siguientes: conflictos entre albergados, voluntarios y personal de la secretaría; opiniones negativas sobre los servicios que el albergue proporciona, angustia y desesperanza, sobre todo, en los albergados y resistencia de los mismos para participar en las actividades del albergue.

2. OPINIONES EN CUANTO A LOS SERVICIOS.

2.1. DORMITORIOS: sobre este tema, los albergados presentaron su inconformidad con respecto a la cercanía de unas personas con otras; es decir, la incomodidad de no poder contar con más espacio para su privacidad. De la misma forma, solicitaron que se creara una sección especial para enfermos y personas quejumbrosas y que se establecieran horarios más flexibles para la estancia en los dormitorios.

2.2. ALIMENTACION: sobre esta cuestión, los albergados se mostraron también inconformes, en términos del trato que se les brindó al entregárseles sus alimentos, así como de las preferencias por personas externas, en relación a la calidad y cantidad de comida proporcionada.

2.3. SANITARIOS: los albergados manifestaron su malestar por la falta de papel higiénico y el mal trato de las personas encargadas de los servicios.

2.4. VOLUNTARIOS Y PERSONAS QUE PRESTAN SUS SERVICIOS. En este sentido, los albergados notificaron el trato agresivo y despótico de algunas personas que los atendieron y las amenazas abiertas o veladas de expulsión del albergue, si demostraban su descontento por los servicios prestados.

c) Perfil del damnificado.

Antes de enumerar las características psicológicas principales de la persona damnificadas, es pertinente especificar la existencia de tres tipos básicos de población detectados:

Población fija: aquella que permite la mayor parte del día en el albergue y que utiliza la totalidad de los servicios proporcionados.

Población flotante: la que utiliza servicios básicos del albergue se desplaza al exterior para realizar diversas actividades.

Población externa: la que requiere de los servicios de alimentación, ropa y medicamentos, sin emplear los dormitorios.

Por otra parte, también se observó que en los tres tipos de población descritos existían rangos de damnificados:

- 1.- Damnificados por pérdidas materiales parciales o totales.
- 2.- Damnificados por pérdida de familiares o seres queridos.
- 3.- Damnificados por pérdidas materiales y familiares o seres queridos.
- 4.- Damnificados por pérdidas de centros de trabajo.

Es importante destacar que las características que a continuación se describen no se pueden generalizar, debido a que el número de elemento constituyentes de la muestra no es representativo. No obstante, los datos registrados permiten una aproximación al conocimiento psicológico de la población damnificada que se encuentra o encontró en la condición de albergado. Las características detectadas fueron las siguientes:

3.1 NIÑOS: se encontró dentro de su conducta social que ríen, juegan y parecen felices, sin embargo, pudimos darnos cuenta de que al interior de sus expresiones artísticas se encuentran elementos no elaborados.

Se observó asimismo durante el sueño son víctimas de terrores nocturnos.

3.2 JOVENES: es dentro de este grupo donde se pudo visualizar un mayor dinamismo y cooperación en las actividades del albergue; de igual manera, mostraron interés en ser atendidos psicológicamente, pero no en forma grupal sino de índole individual.

3.4. ADULTOS: se observó en el grupo de referencia una preocupación urgente por la solución de sus necesidades inmediatas, tales como casa, alimentos, vestido y empleo. Sin embargo, en el seno de los grupos organizados

para tratamiento psicológico, se notó una participación muy activa, además de expresar su inquietud por su propia salud mental y la de sus familiares. También fueron detectadas actitudes individualistas con respecto a los servicios prestados, por ejemplo, conflictos por la posesión de colchones, cobijas, ropa, etc.

3.4. ANCIANOS: se encontró que las personas mayores al igual que la población fija mostraban, aunque no todos, cuadros confusionales y quejas de tipo psicósomático. Al mismo tiempo se hizo evidente que su actitud ante la pérdida, era más tranquila y serena que el resto de la población.

Mientras tanto, es preciso hacer notar que en los cuatro tipos de población se observó dependencia hacia la institución, en lo referente a la resolución de sus necesidades básicas.

ALTERNATIVAS DE ACCION

En relación a los resultados y conclusiones vertidas, se proponen las siguientes alternativas de acción:

1.- Establecer una línea única de autoridad con una organización piramidal que permita implementar diferentes rangos de organización institucional. Cada uno de los diferentes equipos de trabajo deberá tener una autoridad que se responsabilice de la toma de decisiones, incluidas las autónomas.

2.- Utilizar en los diferentes niveles de la pirámide a los expertos con los que la institución cuenta.

3.- Crear registros de necesidades de la población, de tal manera que sus necesidades sean cubiertas de modo adecuado.

4.- Formar equipos interdisciplinarios en los cuales existan expertos y voluntarios con una definición clara de las tareas por ejecutar.

5.- Proporcionar información clara y precisa sobre el tiempo aproximado de funcionamiento del albergue, las posibilidades o no de dar vivienda y sobre los nuevos centros de trabajo.

6.- Formar grupos de terapia ocupacional para aquellas personas que permanecen la mayor parte del tiempo en el albergue.

7.- Permitir que los damnificados se afilien a los grupos voluntarios para que se responsabilicen de sus propias actividades.

8.- Brindar atención psicológica individual y grupal a las personas que lo requieran.

- 9.- Canalizar a aquellas personas que presentes trastornos emocionales o conductuales a la institución correspondiente.

ALTERNATIVAS SOCIALES Y PSICOLOGICAS DESPUES DEL DESASTRE

En un primer momento, se deben de satisfacer las necesidades más importantes, como son el contar con un lecho provisional, agua potable, alimentación, atención médica, así como con tratamiento psicológico oportuno. La terapia empieza con la satisfacción de estas necesidades.

a) Es de particular importancia la formación de grupos de terapia breve y de emergencia que permitan la catarsis, es decir, abrir espacios que posibiliten la elaboración inmediata del duelo.

b) Expresión del dolor. Técnicas: terapia breve o de apoyo, gestalt, psicodrama, etc. En todas ellas es de relieve ser directivo y adoptar a la gente. No se recomienda una terapia interpretativa o psicoanalítica.

Por último, al interior de este contorno se recomienda a su vez comenzar a trabajar el aspecto cognitivo, tratando de desarrollar conceptos de desastre, muerte y temblor.

En este primer momento la creación de albergues con un funcionamiento orientado socialmente, es indispensable.

En un segundo momento de desastre a nivel social, se sugiere principalmente la creación de viviendas y la consecución de fuentes de trabajo.

Es de suma importancia persistir en la rehabilitación física, como es la aplicación de prótesis; también es necesario que el mayor número de damnificados, participe en los procesos de terapia psicológica desarrollados en el albergue. Finalmente, la conformación de familias extensiva es también elemento determinante, al igual que la continuación de la fisioterapia, la recreación de una dinámica familiar nueva, en la medida de que esto traerá como consecuencia la aceptación de un nuevo estado existencial para los damnificados.

a). REACCIONES PSICOLOGICAS DEL INDIVIDUO ANTE SITUACIONES DE DESASTRE QUE SE CONSIDERARON EN EL ALBERGUE.

Entre las principales manifestaciones podemos encontrar padecimiento

de enfermedades psicosomáticas de naturaleza psicológica, tales como la pérdida del apetito (anorexia), exceso del mismo (bulimia), insomnio, enuresis, encopresis, dermatitis, impotencia sexual o, por el contrario, necesidad constante de tener relaciones con un matiz agresivo.

A nivel psicológico las reacciones pueden oscilar de la depresión a la manía o de la manía a la depresión. En este contexto, las manifestaciones por concepto de depresión son la falta de energía (apatía), llanto, retraimiento social, falta de motivación para disfrutar, hasta llegar a casos de regresión total, así como de dependencias palpables.

En el caso concreto de la manía, las principales características son: reacciones obsesivas compulsivas, manifestaciones de agresión, personas que buscan con desesperación estar acompañadas, entre otras.

Por su parte la agresión, una de las manifestaciones más comunes, podemos clasificarla en tres niveles:

- a) Agresividad contra el muerto o desaparecido.
- b) Agresividad contra los otros (como por ejemplo contra el gobierno).

Es conveniente señalar que estas conductas constituyen mecanismos de defensa positivos durante el proceso de elaboración del duelo y que de ahí se desprende la necesidad de comprenderlo y poder así manejarlo.

- c) Agresividad contra sí mismo; ésta es la más peligrosa y por lo tanto más imperativa en términos de prevención. Este tipo de agresión puede manifestarse cuando no hay un buen trabajo de duelo.

B) TRATAMIENTO.

- a) Terapia de apoyo, aunque sea una sola vez.
- b) Crear terapias breves, preferiblemente a nivel grupal.
- c) Terapia de interpretación. Esta técnica se sugiere aplicarla más adelante y en función directa de las personas que lo requieran.

NOTAS ADICIONALES.

No se sugiere como tratamiento la utilización de fármacos, debido a que se puede causar la dependencia del sujeto tratado a los mismos.

Es pertinente ir elaborando, tanto en los niños como en los adultos, el concepto de muerte bajo los siguientes aspectos:

- a) Irreversibilidad. Ya no retorna.

- b) Finalidad. El muerto ya no ve, ni siente, está preocupado, etc.
- c) Casualidad. Entendimiento objetivo de las causas que ocasionaron la muerte.
- d) Inevitabilidad. Entender que la muerte es algo inevitable. (Todo mundo se muere).

Cabe hacer notar que lo que provoca la colapsación de las personas es el desastre, por su novedad o sorpresa. La duración e intensidad es generadora de una lesión mayor o menor y son los niños los más afectados.

Es de suma importancia que se desarrollen sistemas de defensa civil que involucren a la totalidad poblacional y que no se limiten a un solo pequeño grupo. Para el efecto, se deben de estructurar tareas claras para los involucrados en el desastre, en un contorno piramidal, centralizado y autónomo, con la autoridad requerida para iniciar los trabajos y bajo una jefatura común que tome decisiones consecuentes.

C) RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJO CON NIÑOS.

- a) Se debe permitir a los niños un desahogo verbal, es decir, hablar con ellos acerca de los sucesos traumáticos.
- b) Expresión artística de lo que pasó. El dibujo y el psicodrama son importantes, porque no hay que olvidar que ent más pequeño es el niño, más fácil es su poder de expresión. A través de estas técnicas.
- c) Darles la posibilidad de sentirse activos en la ayuda.

D) DE LOS ALBERGADOS

PROBLEMÁTICA APUESTADA POR LOS SECRETARIOS DE GRUPO

- Necesidad de orden en el dormitorio, así como vigilancia.
- Organizar el uso de la lavadora para el mismo fin.
- Que los voluntarios no les griten a los damnificados.
- Que los relajientos sean sacados de los dormitorios como escarmiento.
- Que se respeten los lugares conseguidos por las personas.
- Que cada uno se responsabilice del lavado de sus cobijas.
- Que no se lleve comida a los dormitorios.
- Se hace un llamado a la honradez para lograr cuidar las cosas.
- Que se den gafetes de identificación para que no entren pandillas a molestar.
- Que se depure la población de personas que no requieran albergue.

- Que los mayores pongan el orden entre los jóvenes para evitar malos espectáculos a las familias.
- Que haya servicios médicos en los dormitorios durante las noches.
- Que se logre poner a funcionar las regaderas del deportivo.
- Que el personal del deportivo no se alimente con la comida de afectados.
- Que la comida sea para todos.
- Que no entren a cocinas personas no autorizadas, excepto madres para la preparación de biberones.
- Que se coloquen jarras en la mesa para servir el agua.
- Que se nombre una comisión de vigilancia y control sobre la comida.
- Que la comida no sea repetitiva y se logre un mejor balanceo.
- Que se aumenten las medidas de higiene para servir los alimentos.
- Que se responsabilice a un mayor para servir los alimentos.
- Que las personas que están sirviendo no hablen encima de los alimentos.
- Que no se permita a los niños jugar en la cocina.
- Que se consigan más Gerbers para los bebés.
- Que se les mejore la comida a los niños, en especial que no se les ponga picante.
- Que a las personas que laboran temprano se les permita prepararse su desayuno.
- Que se pongan focos en los baños.
- Que los baños se mantengan limpios.
- Que no se roben el papel higiénico.
- Que no se permita a los niños ir solos al baño.
- Se sugiere vigilancia a la entrada de cada baño.
- Que no se lave ropa interior en los baños.

Resulta notorio que la mayoría de la problemática expresada por los secretarios de grupo surge de la interacción producida en los espacios compartidos. Asimismo, en dichos escritos se encontraron escasas demandas a la autoridad.

e) Ayuda psicológica realizada en el albergue.

Después de un mes de haberse implantado el "proceso albergue", las

cosas ya eran claras y psicología pudo instalar un módulo para atender las demandas generadas en el lugar. Los psicólogos que atendían este módulo participaron en todas las reuniones entre damnificados y autoridades, apareciendo siempre como una entidad integradora. Lo anterior permitió el establecimiento de una relación de apoyo y fuente de información para la dirección y la administración, así como un continente de ansiedades e información que permitió la elaboración de ansiedades en un cuadro general.

Este grupo también funcionaba como una defensa para los damnificados, en relación a todo tipo de instancias terapéuticas que llegaron. En este módulo se dió información codificada a todas la agencias que demandaban tener conocimiento de los diversos de la atención y el trabajo en el albergue.

Desde los primeros días de trabajo en el albergue, se pudo constatar que los problemas de los damnificados no sólo se referían al impacto provocado por los sismos, sino que algunos conflictos se producían en la espera familiar. Algunas familias antes de los sismos ya eran disfuncionales, es decir, familias cuyos límites no siempre eran claros; algunos tenían padres periféricos, existía un alto porcentaje de madres solteras y se daban casos en donde el papel de la madre se encontraba en una posición asimétrica con respecto a la del padre.

En este módulo se trabajaron terapias grupales, individuales y familiares, en un contexto en donde las demandas fueron tan internas como de personas externas, que acudían a la atención al saber que había un servicio psicológico en el albergue. Con familias y grupos en general se trabajó en pareja terapéutica; sin embargo, por necesidades del servicio hubieron familias que fueron atendidas por un solo terapeuta.

Conviene subrayar que cada integrante de un grupo familiar que demandó atención, fue tratado con una visión psicociológica que incluía a su familia y que nunca se perdió la posición de emergencia, trabajando los aspectos relevantes del síndrome postraumático que siempre refería a un conflicto previo interfamiliar.

Este trabajo permitió entender cómo cada familia, dependiendo de la fuerza de su estructura interna, podía resistir los efectos postraumáticos del desastre. Las personas cuya estructura

familiar tenía el mayor número de puntos desestructurados, mostraban rígideces o se encontraban en forma aglutinada o bien dispersa y presentaban agudos efectos sintomáticos, con muchos miembros afectados o un solo integrante, pero gravemente enfermo.

A continuación se van a sintetizar algunos casos terapéuticos que fueron tratados en el módulo, con la finalidad de que se tenga una idea de la diversidad de personas que demandaron terapia. En estos casos, en su mayoría, fueron tratados en coterapia por los psicólogos Gloria Caballero y Daniel Carbajal, no obstante que no siempre fue imposible que realizaran el trabajo juntos. Los otros casos aquí resumidos fueron tratados por la psicoterapeuta Martha Merodio y la autora de esta investigación.

e) Casos clínicos vistos en el albergue.

Rosa Pilar Pérez Ostos, mujer viuda desde hace 6 años, de 31 años de edad, con dos hijos; un joven que residía fuera del D.F. con sus abuelos y una niña de 9 años que vivía en el conjunto con ella. Trabajaba como bibliotecaria en la S.E.P. y vivía en el conjunto habitacional que se derrumbó y aunque su edificio no se cayó, ellos fueron desalojados.

Presentaba una depresión que le impedía realizar alguna actividad e incluso no se había presentado a trabajar por semanas completas.

Al término de 3 entrevistas ya pudo asistir a su trabajo y la encontramos 8 meses después, cuando relató que le iba muy bien y que iba a casarse.

Plutarco Cortés López, de 75 años de edad.

El señor Cortés era un anciano sumamente lúcido y de agradable presencia, con un ojo muy lastimado. Dijo haber estado casado con la señora Rosa Casillas de 65 años, de quien vivía separado por diferencias de tipo ideológico. Explicó que vivió con uno de sus hijos en el edificio A-1.

Indicó que al empezar el sismo él estaba leyendo el periódico del día anterior y se colocó debajo de una trabe que pusieron en el temblor anterior y que desde su cama vió como se movía el Centro Médico. Cuando comenzó a asustarse, perdió el conocimiento sin saber lo que pasó. Al volver en sí, su hijo le estaba gritando que estaba enterrado y así permaneció por espacio de 3 horas, mientras se levantaban los escombros y lo sacaban; le recordía la conciencia debido a que cuando estaba bajo los escombros oyó

a un señor que pedía ayuda, pero cuando lo sacaron se olvidó de todo y sólo se preocupó por su propia sobrevivencia.

El señor Plutarco es una persona lúcida con una gran experiencia e información, que ha vivido largamente con una amplia participación social, lo que le permite reestructurarse rápidamente, logrando una participación limitada debido a la relación con sus hijos.

Blanca Hoyos. Edad: 31 años.

El 15 de noviembre llegó Blanca Hoyos a presentar su demanda de atención psicológica. Explicó que había vivido en el edificio C-2 de donde fue desalojada y que ahora vivía en una colonia del oriente de la ciudad.

tenía dos hijas, una de siete años y otra de tres y tenía serios problemas por no tener en donde dejarlas. Su esposo la había abandonado al nacer su segunda hija.

Afirmó que 8 años antes se había internado en un manicomio porque se quería suicidar, según le contaron sus hermanas, porque ella olvidó todo el "tratamiento". Sólo recordaba que se internó por consejo de su novio.

Su padre y su madre fallecieron 3 y 2 años antes, respectivamente, quedándose como hija única de ambos, con medios hermanos por parte de la madre y cuatro más por parte de su padre.

Informó que su estancia en el manicomio fue como unas vacaciones y que en ese momento le estaba pasando algo semejante. deseaba internarse y tenía conflictos al pensar en ello. Los encargados del módulo le propusieron abrirle un espacio terapéutico, pero ella se negó, afirmando que únicamente había ido a ver si lograba que las educadoras le cuidaban a sus hijas. Nunca volvió.

La familia de Soledad y Eduardo.

Soledad, de 45 años, trabajaba como familiar de intendencia en el Hospital General. Por su parte, Eduardo, de 43, tenía una hemiplejía producida en 1981 y trabajaba en una importante cafetería internacional. La familia estaba compuesta por 8 hijos: Daniel de 23, el mayor, y Alicia de 7, la menor. Vivían en el edificio C de los multifamiliares. Cinco años antes habían sufrido un colapso con la enfermedad de Eduardo, lo cual obligó a Soledad, su esposa, a militarizarse para sacar adelante a la familia. Ella consiguió no sólo la hospitalización para Eduardo

sino una pensión, trabajo y casa. El desastre solamente produjo en la familia un choque traumático y sus efectos, pero contaban con una gran cantidad de miembros jóvenes y una madre sumamente eficiente; para diciembre ya habían conseguido casa y trabajo para el hijo mayor. Eduardo se acercó a los psicólogos (Gloria y Daniel) con objeto de hacer catarsis, pero lo único que se logró fue una comunicación mínima con él a través de la escritura, señas y una entrevista con Soledad y el hijo mayor, Daniel, quienes siempre colaboraron activamente en el albergue.

Flor Rubio. 62 años.

Flor, del interior de la república y con estudios normalistas, fue jubilada como directora de una guardería perteneciente a una secretaría de Estado. Hizo pareja con un hombre que tenía un hijo cuya madre murió cuando el niño tenía 3 meses de edad, "Rulito" como ella lo llamaba, que tenía 21 años ya. Ella se había separado de su esposo hacía cinco años, debido a los golpes y malos tratos que recibía de él. En la actualidad trabajaba en la misma dependencia a la que pertenecía el deportivo, utilizaba el dinero que ganaba para pagar una altísima renta y empleaba su pensión para vivir. Permanecía en México porque pensaba que le hacía falta a Raúl.

Durante 10 sesiones tratamos particularmente su miedo a la soledad y los sentimientos ambivalentes que en ella despertaba su trayectoria anterior, la relación con su hijo y su esposo. Asimismo, se trataron algunas de sus fobias a la muerte, a tocar a otras personas y su obsesión por la limpieza. En esta terapia se lograron algunos objetivos de relevancia, tales como el reconocimiento de que usaba a "Rulito" para continuar el contacto y el pleito con su ex-esposo y la inutilidad de seguir trabajando para pagar una renta, lo cual la mantenía alejada de un conjunto de alternativas de vida en su ciudad natal.

Carmen Rodríguez Serdán. 32 años.

Carmen es una madre soltera de 32 años y con seis hijos, que se presentó a terapia debido a que uno de sus hijos no podía separarse de ella a raíz del terremoto. Esta mujer presentaba una historia de duelos y pérdidas y no le encontraba sentido a cualquier situación que

que incrementara su ansiedad. El niño, de 7 años, fue tratado por la psicóloga Gloria Caballero; a la madre se le realizó una entrevista de apoyo.

Grupo de albergados.

Un grupo compuesto por 13 personas demandaron atención de los psicólogos, debido a que dos de ellas estaban muy enojadas, se sentían muy mal y no sabían qué hacer. Los psicólogos las entrevistaron y realizaron una sesión de apoyo en función de que, como damnificados, se sentían también utilizados por todas las personas que interactuaban con ellos.

Era el inicio de la etapa de desilusión y estaban molestos al descubrir que el gobierno no era capaz de resolver el problema habitacional en el corto plazo y se sentían engañados cuando eran enviados de un funcionario a otro, sin que ninguno se atreviera a explicarles su situación. En aquella sesión se trabajó sobre la interacción de este grupo de personas que habían vivido en los edificios de la Unidad Habitacional. También estaban enojados porque la tragedia los obligó a vivir con personas que no eran de la colonia Roma.

Finalmente la sesión terminó, habiéndose cerrado el grupo con una demanda de mayor servicio psicológico que no pudo proporcionárseles, pero se extendió el trabajo de apoyo.

También deseamos aclarar que toda la información confidencial de la que fuimos responsables se describió utilizando diversas técnicas, con el fin de mantener el anonimato de las personas involucradas. Todos los nombres de las personas que solicitaron ayuda fueron cambiados, excepto los de los psicólogos.

b) Entrevistas realizadas a algunos de los albergados.

Las entrevistas que se presentan a continuación fueron realizadas con algunos de los damnificados del albergue del Deportivo. Los psicólogos que llevaron a cabo este trabajo fueron Daniel Carbajal, Gloria Caballero, Martha Merodio y la autora de la presente tesis.

Familia Campos:

La familia Campos estaba compuesta por siete hermanos que quedaron huérfanos en el terremoto, además de perder a otro hermano. En el albergue sólo habían tres miembros de la familia, los cuales fueron canalizados al servicio de psicología porque Mónica, de 14 años, causaba problemas a la comunidad albergada por ser excesivamente "agresiva".

Cuando Gloria intentó entrevistarse por primera vez con ella, se negó a hablar argumentando que no quería tratar con psicólogos porque sólo hacían preguntas.

Días después, el hermano mayor llegó al albergue acompañado por otros dos hermanos menores y un tío. La presencia de la psicóloga fue requerida; ella pidió que fueran reunidos todos los hermanos para que discutieran juntos sus posibilidades de supervivencia.

Cuando estuvieron juntos, la psicóloga expuso el problema de la integración y desintegración de la familia.

En la sesión se revelaron muchas cosas que antes eran incomprensibles

Una de ellas fue el por qué aquellos adolescentes se comportaban en el albergue sin el mayor respeto hacia los adultos. Los Campos, al final de esta sesión, sacaron a relucir el rechazo que sufría hacia la familia de su "compañero", quien siempre actuó dentro de la familia como padre periférico. El hijo mayor, de 21 años, imponía las reglas familiares dentro de un doble rol de padre-hermano; sin embargo, a final de cuentas, no logró desempeñar ninguno de los dos roles. Por esto, al plantear este hermano la posibilidad de vivir juntos, los otros crearon una alianza de rechazo hacia él, imposible de desestructurar, al menos en esos momentos, ya que Mónica, Isaac y Daniel se habían aliado no sólo para rechazar al hermano, sino también para estructurar la fantasía de Mónica de asumir el poder como "madre" y desbancar al hermano mencionado que tantos problemas le había causado.

Con respecto al tío (hermano del padre), éste fue rechazado de inmediato y descalificado, con la sola mención por parte de Mónica del repudio de su verdadera madre hacia él. Mónica argumentó que ella se haría cargo de sus hermanos y hermanas si éstas querían irse con ella, pero que de ninguna forma se iría con Hugo, porque él siempre los había golpeado y la última vez que había ido a verlos al albergue los había insultado.

Posteriormente informó que un licenciado le prometió casa para

sus hermanos y ella y que su hermano, Isaac, de 13 años, trabajaría.

El tío protestó, pero los hermanos empezaron a gritarle que nunca se irían con él, ya que ahora aparentaba quererlos porque iban a tener "casa y dinero" cuando siempre los había odiado al igual que a su madre.

Ante la negativa, sobre todo de Mónica, de resolver la situación familiar, se decidió cerrar la sesión con el propósito de que cada quien, incluida la psicóloga, se llevaría consigo lo que hubiera sacado en claro de la reunión.

Durante las supervisiones que llevaron a cabo Daniel, Gloria y esta autora se dieron cuenta de las fantasías que generaba esta familia de adolescentes en el albergue. Se podían imaginar las fantasías sexuales que despertaban tres jóvenes huérfanos, mismas que fueron encubiertas en los marcos de la lástima y la compasión. Esto generó confusión en las determinaciones que debía tomar la familia y fue el tema central de la segunda sesión con los Campos.

Esta sesión fue un campo de batalla en donde cada uno tiraba a matar sin saber realmente porqué lo hacía. Ninguno sabía a ciencia cierta qué hacer; Mónica de repente informó que una señora la iba a "adoptar", pero que no quería dejar solos a los hermanos. Todos salieron con distinta información. Los hermanos Isaac y Daniel se vieron abandonados por la hermana con la que se habían aliado.

En la siguiente cita Mónica e Isaac decidieron no asistir y por ello la psicóloga trabajó solamente con Ilujo, las dos pequeñas y con Daniel, psicólogo del albergue; en dicha reunión se decidió que se irían a vivir a Puebla a una casa que le fue concedida a Ilujo.

Alrededor de una semana después de la tercera y última sesión, Mónica e Isaac se retiraron del albergue; una enfermera que trabajaba en la escuela a la que asistía la primera decidió llevárselos a su casa. No obstante, Isaac frecuentaba todavía el albergue e incluso llegaba a dormir ahí.

Posteriormente, la psicóloga vio a Ilujo, quien le dijo que por fin todos habían accedido a irse a Puebla, incluyendo a Mónica.

Terapia individual.

Una terapia individual se llevó a cabo con Rafael, un hombre de

46 años que se acercó a Gloria y Daniel, señalando que necesitaba ayuda, ya que en el sismo había perdido a su familia, consistente en su esposa y su hija.

Dijo que no podía llorarlas porque no aceptaba la voluntad de Dios. Narró la pérdida de su padre cuando él era niño y cuando él y su hermano quedaron bajo el cuidado de su madrastra, que los trataba mal. Por ese motivo, a los 16 años decidió abandonar su casa. Cuando conoció a la que fue su esposa fue rechazado por la familia de ella y por ello decidió casarse y demostrar tanto a su madrastra como a su familia política que él era "honesto, trabajador y correcto".

Rafael describió la relación con su mujer y su hija: "fui fuerte y duro con ellas". Con su hijo jamás tuvo una relación de padre-amigo, sino que la presionaba siempre en sus estudios, en la medida de que su deseo era verla convertida en profesionalista, cosa que él no pudo. Poco antes del terremoto su hija le anunció que abandonaría la carrera y que pronto contraería matrimonio. A Rafael no le agradó su decisión, por lo que trató de convencerla de que descansara un semestre y que aplazara la boda.

Rafael explicó también que presionaba a su esposa, pero que ella fue siempre una buena compañera: "me entregó mucho a pesar de las carencias a la que la sometí".

Rafael se sentía culpable por no haber muerto él primero; de alguna manera murió, porque su vida estuvo determinada por la vida de esas dos mujeres, quienes finalmente fueron las únicas que le dieron importancia. Para la esposa y la hija Rafael sí era importante. Al darse cuenta de que lo había perdido todo y que no volvería a verlas para subsanar y aliviar sus actitudes anteriores, presentaba un sentimiento de culpa difícil de superar.

El trabajo psicológico radicó esencialmente en tratar de que Rafael humanizara a aquellos seres queridos que murieron sin pedirle permiso. Era necesario que Rafael comprendiera que su esposa y su hija eran seres humanos comunes y no unas "santas" y que murieron como muchas otras víctimas.

Posteriormente se vio a Rafael en las juntas organizadas por los

colonos; fue adoptado por el grupo y él a su vez adoptó al grupo como familia que tarde o temprano volvería a perder.

La terapeuta Martha Merodio dio apoyo psicológico a varias personas que solicitaron.

La primera persona a la que dio apoyo terapéutico fue un joven de 24 años que perdió su casa en el multifamiliar; sus padres y hermanos ya estaban instalados con unos parientes. Después de platicar lo que sintió e hizo a la hora del sismo, puso de manifiesto su deseo y decisión de responder a las necesidades de sus amigos en especial y de los albergados en general, olvidándose de sí mismo. La terapeuta le sugirió que reconociera y aceptara su propia necesidad de afecto y cuidado, para que al hacerlo pudiera desarrollar la fortaleza que él deseaba para poder ayudar a los demás.

La terapeuta Merodio trabajó con una chica de aproximadamente 27 años, quien renació el día del sismo, ya que a la hora en que ocurrió se encontraba hospitalizada para que le practicaran un aborto. Ella salió disparada por un boquete de la pared y quedó sepultada durante varias horas en un espacio no mayor que un catafalco. El relato de sus sensaciones, de los estados de ánimo y la pérdida paulatina de sus fuerzas físicas psico-emocionales y espirituales fue sumamente intenso.

Se trabajaron tres sesiones con ella, que por supuesto no fueron suficientes. Posteriormente trabajó con Daniel y después de ello logró manejar, en cierta medida, el sentimiento de culpa y la sensación de que nadie la necesitaba o la quería. Sobre todo, pudo apreciar que estaba viva, recuperando sus energías como para poder decirse que "todo pasa" y empezar a emplear su poder interno, sus capacidades para llevar a cabo cambios en relación a sí misma y a los demás.

Se le dió apoyo terapéutico a su madre y a su hija de 12 años. Ellas estaban muy asustadas, con la mente fija en la escena del terremoto; no cesaban de hablar de ello y de revivir la misma situación. Al final de la sesión estaban tranquilas aunque es posible que después volvieran a

lo mismo, ya que en la plática revelaron una vida familiar muy conflictiva y parecía más fácil refugiarse en la imagen del sismo. Estas personas necesitan una terapia más prolongada y no sólo un apoyo en situaciones de emergencia, pero desgraciadamente eran personas de un nivel económico muy restringido. Por lo tanto, aunque comprendieron que requerían de ayuda, no contaban con los medios necesarios para ayudarse. Se platicó con ellas en una ocasión más y aunque se comprobó que iban eliminando el miedo y la confusión con respecto al sismo, la situación familiar las mantenía confundidas y desesperadas.

Se tuvo comunicación con una señora, portera de un edificio muy dañado por el rumbo de Tacubaya. El dueño del edificio no se negaba únicamente a darles una cantidad de dinero para que sacaran sus pocas pertenencias y buscar un nuevo techo, sino que ni siquiera le quería pagar a su esposo lo que le debía por su empleo como portero y por toda una serie de trabajos que realizó para él.

La señora tenía 4 hijos pequeños. Era una persona que, a pesar de su situación económica tan precaria, hizo de su vida un arte, el arte de vivir. En cuanto se desahogó empezó a animarse; buscaba trabajo (lavaba y planchaba en varias casas) cerca del albergue. Aprovechaba convenientemente y al máximo todo lo que el albergue le ofrecía; sabía canalizar su energía adecuadamente de una manera espontánea, intuitiva en cuestión de minutos y como consecuencia al terminar la primera sesión, invirtió todo su resentimiento en contra del dueño del edificio transformándolo en sentimientos y conductas positivas, productivas. Se siguió platicando con ella hasta que dejó el albergue. Siempre la recordaremos con gratitud y afecto porque nos enseñó que si vivimos con alegría, autenticidad y realismo alcanzaremos lo que nos proponemos y, sobre todo, que una persona con carencias económicas extremas puede ser muy rica en su interior, atener un sentido preciso de su dignidad como ser humano y un respeto profundo de sí misma.

Uno de los casos tratados por la autora de esta tesis, fue el de Mariann, la niña que fue "atacada sexualmente" por dos niños mayores. Las autoridades del albergue hablaron con la madre de la pequeña sobre las posibilidades de atender psicológicamente a su hija. Sin embargo, la señora se opuso argumentando que ella quería olvidar el asunto y también quería

que la niña lo olvidara. Le propusimos que hiciera un intento terapéutico para ayudar a la niña a olvidarlo. Cabe mencionar que la niña había sido exhibida por todo el deportivo y que todos los albergados y las autoridades conocían lo ocurrido y que por ello no sería fácil que la niña se recuperara si no se le ayudaba psicológicamente.

Finalmente aceptó y el caso fue tomado por la autora de este trabajo una psicóloga (Stephanie) del albergue, quien vio a la señora en las afueras de su dormitorio, en donde colocaron un par de sillas para poder platicar. Su otra hija de cinco años corría por el lugar y la señora le ofreció su botella, misma que tomó para volver luego al juego. La señora Pera era una mujer atractiva de 32 años, que vivía en el albergue porque su casa quedó semidestruida. Tenía que ir hasta Buenavita a ver que había pasado con su trabajo en donde laboraba como secretaria. En la primera entrevista estaba preocupada por no perder su trabajo y tuvo que dejar encargadas a sus 2 hijas para poder hacer las averiguaciones respectivas.

La señora Pera era viuda, su esposo había muerto 2 años antes en un accidente automovilístico. Estaba en el albergue mientras solucionaba su problema de vivienda, ya que su cuñado quería que se fuera a vivir con él y su familia también, pero ella no estaba muy convencida. Dijo que no estaba contenta con el albergue porque toda la gente la criticaba y sentía que todos se fijaban en lo que hacía. Su mayor preocupación era que su hija mayor había sido molestada sexualmente y decía que ahora su hija estaba muy agresiva con ella y con actitud de reveldía. Le preocupaba que esto no fuera a traumar a su hija en el aspecto sexual, como le había ocurrido a ella por un acto similar al de la niña. A través de las entrevistas se vio la posibilidad de que la señora Pera buscara un trabajo más cercano a su casa, para estar más al pendiente de sus hijas y se le recomendó que buscara el modo de que una persona responsable cuidara de ellas en caso de tener que abandonar temporalmente el albergue. Lo que se logró con la señora fue que tomara conciencia de que era ella la que promovía la curiosidad de todos, haciéndola blanco de chismes y comidillas. Pudo darse cuenta de que debía de protegerse, tratando de delimitar su intimidad y privacidad en un lugar que no ofrecía nada de esto. Se logró convencerla también de la conveniencia de que Mariana acudiera a algunas sesiones individuales para esclarecer hasta que grado le dañó el abuso sexual, en la medida de que ésta era la preocupación central de la señora.

- c) Entrevista realizada por el Dr. José Remus A. y la psicoterapeuta autora de esta tesis en Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología UNAM.

Se trata de una familia integrada por el papá Guillermo 36 años, la mamá de 28 años, y los dos hijos Daniel y Miguel de 7 y 3 años. Vienen acompañados de la hermana de Martha la mamá, que tiene 11 años y es la tía de los niños.

1)

Guillermina va a la misma escuela que su sobrino Daniel y todas las mañanas al salir su mamá a trabajar (es costurera) la deja en casa de su hermana Martha y vive con esta familia la mitad del día hasta que su mamá vuelve de trabajar.

Motivo de Consulta.

La razón por la que consultan es que Daniel, de 7 años muestra un cambio de conducta desde el temblor de Sept. del '85. Desde entonces, reportan sus papás que se ha acrecentado un tic nervioso en los ojos abrir y cerrar constantemente, tiene enuresis y no controla esfínter cuando antes ya lo hacía. No le gustaba ir a la escuela y se muestra reticente en las mañanas antes de ir a la escuela cuando antes le gustaba; su papá dice que muestra poca memoria y que se le olvidan las cosas "...pero, se acuerda de lo que le conviene..."

2)

La mamá dice que hace 4 meses Daniel se levantó en su sueño llorando y diciendo que no quiere ir al colegio y que ella lo puso en su cama sin que Daniel despertara. A la mañana siguiente, él no recordaba del incidente. Sus calificaciones han bajado y su mamá dice que no sabe que actitud tomar con Daniel, nunca estudia, sólo vé pasivamente la T.V. También que pelea con su hermanito Miguel, dice su mamá que cree que tiene celos de él. La familia viene a consulta a la clínica porque el psicólogo de la escuela les recomendó una evaluación de Daniel ante estos síntomas.

Historia del padre.

Guillermo de 32 años, trabajó 8 años en la librería Británica de encargado. No lee inglés pero dice que ya se sabe los títulos del

inventario y maneja esta labor bien. Guillermo es el mayor de 4 hermanos.

3)

Habiendo tenido un hermano menor Erasmo de 24 años que en Sept. de 1984 murió trágicamente en un accidente automovilístico. Erasmo era muy cercano a su padrino Daniel ya que lo veía frecuentemente y jugando con él. También hay otros dos hermanos ya casados. Los papás de Guillermo se han volcado mucho hacia su nieto Miguel ya que éste se parece físicamente a Erasmo y les recuerda a su hijo desaparecido. Los papás de Guillermo viven arriba del departamento de Guillermo y Martha -en su duplex- de 2 pisos. Ve a sus nietos Daniel y Miguel seguido. El día del temblor de Sept. de 1985.

4)

Guillermo estaba en la cama y dice que rápidamente se levantó y abrazó a sus dos hijos y a Martha y se quedaron en el marco de la puerta dentro del departamento. Viven en el piso inferior.

Historia de la madre.

Martha tiene 28 años y es una mujer atractiva. No trabaja ahora por estar a cargo de sus dos hijos y de su hermana Guillermina, dedicándose a las labores del hogar. Estudió para secretaria y se dedicó a esta labor antes de casarse. Tiene tres hermanos, dos mayores que ella, y su hermana que vive medio tiempo con ella y sus hijos. Esta constituyó la primera entrevista con la familia, casi dedicándose a plantear el problema de Daniel, así que los datos de la madre, hasta este momento, son escasos. Martha añade afectivamente más a Miguel por lo cual Daniel se siente rechazado. En este momento, Martha comenta que antiguamente ellos habían tenido problemas con los papás de Enrique y que eso había ocasionado mucha tensión en la pareja y con los hijos. El Dr. Remus les preguntó que si querían hablar de "estos problemas" estando presente los niños y la tía o que se postergara esto a otra sesión con la pareja solos. Se acordó mejor dejarlo para la siguiente entrevista.

Historia de la pareja.

Se conocieron hace nueve años en una fiesta y empezaron a salir de novios. No se tiene muchos datos de la relación de cortejo, historia

previa o antecedentes de la sexualidad de la pareja ya que no fue posible sondear esto en presencia de los niños. Solo dijeron que "no hay ningún problema" entre los dos y que "los problemas" anteriores ya habían desaparecido. Por el momento, el problema que los trae a clínica es su hijo Daniel y lo que presenta como motivo de preocupación de los padres.

Daniel.

Es un chico agradable que aparenta su edad 7 años. No es muy fuerte y su semblante es paliducho y en ocasiones se movía en la silla, haciendo movimientos con los ojos (abrir y cerrar) cuando se le preguntaba algo relacionado con la escuela. Participó activamente, contestando las preguntas relacionadas con el tipo de juegos que le gustaban, diciendo que He Man era su ídolo y que le gustaba que se convirtiera en muchos personajes. Habló de la experiencia del terremoto de Sept. 1985 diciendo que se asustó mucho y que veía en la T.V. muchas noticias del suceso. Que ninguno de sus compañeros de su clase les había pasado nada, que sólo un compañero se había ausentado porque sus papás se lo habían llevado a otra ciudad de sus abuelos, mientras esperaban que la situación crítica en México se regularizaba. Lo que hizo mucho incapié es que no le gustaba la escuela, que lo regaña mucho la maestra y que no tiene amigos con quien jugar. Dice que se le olvidan las cosas pero que no tiene gran importancia.

10 DE MARZO DE 1986

REPORTE DE LA ENTREVISTA REALIZADA AL NIÑO ENRIQUE DANTEL MACIAS ROMO
PARA DIAGNOSTICO DEL CASO DE FAMILIA

ENTREVISTADO POR DRA. STEPHANIE KURIAN FASTLICHT.

Niño Enrique Daniel Macías Romo.

Dirección: Oriente No. 2 17-A #9, México, D.F.

Tel: 763- 72-98

Edad: 6 años 10 meses. Fecha de nac. 30 de Abril de 1979.

Escuela: Puebla de Zaragoza, México, D.F.

Daniel es referido por la maestra de escuela por las siguientes razones:

Comenzó a bajar de calificaciones, bajo rendimiento académico y social, se aísla de sus amigos, no quiere salir a recreo, apatía en su casa, se cansa fácilmente, dice que le duelen los ojos y la cabeza. Sus padres reportan que desde el nacimiento de su hermano Cesar, Daniel no controla esfínteres y tiene enuresis.

Desarrollo.

Nació a término en la clínica del I.M.S.S. a un parto normal con bloqueo epidural, siendo utilizados forceps, siendo de tres kilos, 100 gramos de peso. Su mamá deseaba niño, y papá niña. Rechazó la leche materna, por ser esta muy pesada; ya que la mamá reporta que a los 7 meses de gravidez le empieza a salir el calostro, y para cuando Daniel nace, la consistencia de la leche es demasiado pesada y no la digiere por no ser ya calostro. Toma fórmula y se adapta bien a la botella. No padece ninguna enfermedad significativa de la infancia. A los 5 años empieza a padecer de las anginas y para prevenir fiebre reumática, le recetan 8 inyecciones cada 15 días, hecho que lo traumatiza y por consiguiente crea una fobia a las inyecciones. Se le opera de las anginas a los 5 años dos meses, sin complicaciones emocionales aparentes ya que el Dr. lo sensibiliza al procedimiento. Daniel controla esfínteres desde el año, deja la botella y empieza a caminar al año. Comenzó a

hacerse pipí desde que nace su hermano Cesar -6 de Nov. de 1953- cuando Daniel contaba con 3 años. Desde que ocurrió el temblor el pasado mes de Sept., empieza a no controlár esfínter. Este hecho es causa de cierta tensión en la casa ya que la abuela paterna interviene en proteger a Daniel de la disciplina que su mamá quiere imponer al respecto. Martha, la madre, hace que Daniel lave sus calzones y se haga solo el asco; a menudo, le pone clarasol al agua en la que Daniel lava para que "...le pique sus manitas y no lo vuelva a hacer..." Acto seguido, la suegra interviene y le quiere lavar sus calzones por considerarlo. Esto crea rivalidad entre madre y abuela ya que la madre resiente la intrusión de la abuela. Esto crea una vez más, conflictos de autoridad. (Ya se ha visto en la entrevista con la pareja, que el conflicto de autoridades entre suegra y Martha se estableció cuando Martha se casa con Enrique y la suegra la acusa de robarle a su hijo). Martha le dice a Daniel que él es el mayor y tiene que valerle por sí mismo y "superar a su papá y a su hermano". La mamá reporta que Daniel le tiene muchos celos a Cesar, lo imita en todo y además es consentido por los abuelos paternos porque su físico les recuerda a su finado hijo Cenón.

Historia de la madre.

Es la mayor de 5 hermanos. Martha de 27 años,
Silvia de 26 años,
Dolores de 25 años,
Juan Carlos de 23 años,
Ma. Enriqueta de 10 años.

Su padre murió cuando Martha tenía años de "un golpe que le dieron en la cabeza y las puntadas que le cosieron se le infectaron porque mi abuela, por ahorrarse la visita al Dr. le infectó la herida y esa se le engranó y antes de que lo operaran de la cabeza, se murió. Dice el Dr. que de no haber muerto, hubiera quedado retrazado o loco". Esta misma abuela paterna es la que se encarga de cuidar a la familia después de la muerte del papá de Martha, y siempre existen muchos problemas, pues la abuela les pega y no se lleva nada bien con la mamá de Martha. El papá de Martha era el segundo de 4 hermanos, sobreviviendo de ellos sólo dos; el más chico Mauricio muere a los

años de un accidente de coche. La mamá de Martha se casa con otro Sr. y tiene una hija que es Ma. Enriqueta -la tía que convive mucho con Daniel y Cesar-. Martha dice que ella es la que se encarga de la disciplina de sus hijos ya que Enrique los consiente mucho y los "hecha a perder, porque no los regaña, se los lleva a pasear para evitar enojos". Dice que el se parece a su papá que nunca habla ni se mete en lo que ocurre. Martha dice que desde que conoció a Enrique empezó a tener problemas con su suegra que la acusaba de robarle a su hijo y que no era una mujer decente, además de dudar que si su embarazo de Daniel era legítimo de su hijo Enrique, metiendo ruido en la relación de la pareja. Desde que nació Daniel, la suegra del nacimiento de Daniel. Martha se ligó las trompas después del nacimiento de su último hijo Cesar. Dice que tuvo problemas sexuales después del nacimiento de Daniel que causó que no tuviera deseo sexual y que el hecho le causaba náusea. Consultó a un Dr. sobre este problema, situación que agravó más la relación ya que el Dr. quiso abusar de ella íntimamente diciéndole que lo que ella necesitaba era un hombre y no lo tenía. Esto lo narra Martha en la entrevista de pareja. Enrique dice que no se había dado cuenta de lo que pasaba durante ese tiempo. Martha lo achaca a lo sobreprotegido que siempre fue Enrique. Desde que murió el hermano de Enrique, Cenón, sus padres lo cuidaban de más, tratándolo a menudo como adolescente y no adulto casado y con hijos. Martha esto lo resiente y dice que el nunca la defendió cuando la suegra le faltó al respeto.

d) TRABAJO REALIZADO CON NIÑOS

Marco Martínez de 7 años fue reportado por su madre a psicología porque se negaba a asistir a la escuela. Como consecuencia, dos psicólogos se entrevistaron con Marco y su madre y se dieron cuenta de que el niño era muy sensible. Él estaba siempre atento a las expresiones de su madre y cuando ésta comenzaba a llorar, el niño la veía con angustia y se le acercaba para tratar de calmarla.

se hicieron algunos dibujos y se le pidió al niño que contara un cuento de cada uno de ellos. "Había una ciudad grandota, habían muchos carros, gente y edificios, escuelas, niños, teléfonos y sillas, muchas plantas también y una torre grandota que se llama Latino y en donde cabe mucha gente. Después estaba temblando, se cayeron muchos edificios, otros no, se rompieron otros y muchos señores van a revisar si está roto el suelo, van a poner una coladera, a otros los mandan con el doctor porque están muy malos, en las noticias dicen que se va a acabar el mundo, pero yo sé que no es cierto".

Marco pasó de la fantasía a la realidad en esta sesión y no fue necesario volver a verlo como paciente porque ya había externado sus fantasías y temores. La madre informó días después que ya estaba asistiendo de nuevo a la escuela.

Otra madre informó que su hijo Rodolfo de 7 años tenía problemas de aprendizaje que antes no tenía y aseguró que éstos se manifestaron a partir del sismo. Rodolfo era hijo único, su madre era soltera y la vida de él siempre giró alrededor de ella y la abuela materna. Rodolfo quería mucho a su abuela materna porque "es muy buena y lo deja hacer lo que quiere, en cambio mamá le pega y lo regaña, por lo tanto no es tan importante como abuelita".

Rodolfo tuvo cuatro sesiones con Gloria, en las que dibujó y platicó lo que pasó cuando tembló. Él se encontraba en su casa, en uno de los edificios del multifamiliar que tuvieron que desalojar. Estaba únicamente su abuelita y con cierta indiferencia dijo- "mamá estaba en el hospital".

El problema de Rodolfo no era privativo de él, por eso el trabajo psi-

cológico realizado con la madre del niño fue determinante para que tuvieran éxito las medidas terapéuticas aplicadas, a fin de que el niño pudiera resolver sus contradicciones con su madre, al ubicarla al mismo tiempo en el lugar que le correspondía como madre.

El trabajo realizado con Rodolfo concluyó cuando se cerró el albergue. La última sesión fue determinante tanto para la madre como para el hijo. Ellos representaron los roles de cada uno a la inversa: Rodolfo sintió la impotencia de su madre y ella, la angustia de su hijo.

- e) Reporte de trabajadores en salud mental que ofrecieron sus servicios voluntarios en el albergue.

México, D.F., Octubre 7 de 1985

Reporte de asistencia al albergue de la calle de Jalapa número 290, con la representación del centro Comunitario de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. Llegamos a las 10 de la mañana y realizamos las siguientes actividades:

- 1.- Presentación con el contacto previamente establecido del psicólogo Ricardo Zepeda.
- 2.- Presentación por parte del psicólogo con la psicóloga Stephanie Fastlicht de posgrado de la U.N.A.M., con quien nos coordinamos para realizar conjuntamente nuestras labores de ayuda e intervención.
- 3.- Reunido el grupo de educadoras del ISSSTE, los psicólogos de la DGOV y el psicólogo Zepeda y su asistente, quienes están trabajando con los niños y el resto de las personas hospedadas en los albergues, iniciamos nuestro breve programa de información y sensibilización con respecto a los siguientes puntos:
 - a) Identificación del evento traumático.
 - b) Reacciones esperadas y reconocimientos de las mismas.
 - c) Síntomas frecuentes en los niños, duración y severidad en los mismos.
 - d) Acciones de ayuda para incorporación en su programa educativo para niños.
 - e) Pautas de evaluación de la conducta de los niños, para canalizarlos hacia ayuda especializada cuando no reaccionen adecuadamente con la atención recomendada y continúan sus síntomas en forma severa.

Se llevaron a cabo cuatro sesiones en donde se pudieron apreciar cuatro fases que categorizamos de la siguiente forma:

- 1.- Fase de reconocimiento e intelectualización.
- 2.- fase de derrumbe de las defensas, enojo y pasividad.
- 3.- Fase de contacto en donde el grupo virtió sus emociones y sentimientos y que fue apoyada por el mismo grupo y sus moderadores.
- 4.- fase de reconstrucción, en donde ya no esperaban soluciones de afuera sino que fueron capaces de movilizar sus propios recursos y posibilidades, pudiendo jugar y participar con ellos.

México, D.F., octubre 14 de 1985

Realizamos una intervención en crisis que denominamos: "EL ENCUENTRO", en el momento en que llegamos regresaban tres hijos adolescentes del albergue de Aragón, después de un mes de haber sido considerados como desaparecidos o muertos, por la madre, sordomuda, de 35 años, que se encontraba albergada aquí en el "Benito Juárez" sin que sus hijos lo supieran. Ellos a su vez creían que la madre había muerto.

En el encuentro se dio una primera fase de impacto en la que no hubo acercamiento ni palabras, sólo expectativa y tensión.

Transcurridos diez minutos empezamos a preguntar por sentimientos, en un contorno en donde las respuestas fueron de alegría y gozo mezclados con incredulidad. Comunicaron después sus fantasías de muerte; ella de los hijos, ellos de la madre y sus recursos para adaptarse a vivir solos.

Después de esto, se promovió el acercamiento físico en donde hubo emoción, afecto y expresión de cariño. Posteriormente, en el seguimiento que se hizo se elaboró la depresión e inactividad en una primera etapa, que culminó después con subempleos que cada uno fue capaz de realizar.

Los hijos tradujeron las señales de la madre.

Fue atendido también el caso de María, mujer de 67 años, demenciada y encopretica que perdió su casa en el temblor. No quería estar con sus hijos ni convivir bien con sus compañeros de albergue, pero quería estar ahí porque estaba cerca del lugar en el que vivía y podría ver el sitio en donde estaba su hogar ahora derrumbado.

A esta mujer se le evaluó clínicamente y se le trató un tiempo, se logró una mejor socialización y finalmente se le internó en el Hospital Dionisio Nieto de la ciudad de Tepexpan, Estado de México. El internamiento se logró por medio del doctos Ulises Iturbe, quien generosamente ayudó a que ingresara.

México, D.F., octubre 28 de 1985.

Hubo posibilidad de trabajar algunas sesiones con la familia de Margarita, mujer que dos días antes del sismo había quedado viuda. Esta mujer estaba muy preocupada por sus cinco hijos que habían quedado sin padre, en plena adolescencia unos y en la niñez otros. Los mayores, de 15 y 13 años, se mostraban rebeldes y desapegados a ella; los menores eran hiperactivos y con manifestaciones agresivas hacia los encargados del albergue y hacia sus compañeros de la misma edad. Se hizo la alianza de trabajo, primero con cada uno de los hijos, ya que no estaban motivados; una vez que se logró trabajar en familia se dirigieron las acciones a que reconocieran cómo es que estaban enojándose y agrediendo, para no llorar tanto por la muerte del padre, como por la pérdida del hogar. A medida que transcurrió el tiempo la familia elaboró su depresión se organizó y aprovechó sus recursos al grado de que en poco tiempo (un mes después) la madre pudo trabajar en lo que sabía (la cocina). Los hijos mayores consiguieron trabajo como vendedores ambulantes y pudieron continuar estudiando, mientras que a los menores se les internó en una casa-hogar, donde pudieron entrar gracias a sus buenas calificaciones.

Atentamente:

CENTRO COMUNITARIO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA DE LA UNAM
Dra. Emma Espejel Aco.
Maestra Ellen Collás.

SIMULACRO PSICODRAMATICO

c) UN EPISODIO CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES DEL ALBERGUE. ACTUACION CON TECNICAS PSICODRAMATICAS.

Se propuso actuar la dinámica que aconteció en el Albergue con los adolescentes descritos, con el propósito que reviviéran, las terapautas involucradas, los sentimientos de enojo, rivalidad y confusión que se había vivido al tratar al grupo. El objeto de este ejercicio era de analizar lo que pasa cuando las terapautas tratando a un grupo, no se ponen de acuerdo de antemano respecto a los objetivos y técnicas que se van a implementar, surgiendo una conflictiva externa que se contamina el proceso mismo del grupo tratado. Esto pasó con Patricia y la autora de esta intervención en la realidad y a través de este ejercicio psicodramático, se pudo percatar de las partes propias de las terapautas que estaban depositándolo en el grupo de chicos damnificados.

EJERCICIO:

Elijimos a los personajes que tenían que actuar el papel de los adolescentes en el Albergue de entre los Mammitos, Patricia y yo representaríamos los roles de las terapautas, solo que cambiaríamos los roles, yo haciendo de Patricia y vice-versa. El "setting" fue en el gran jardín de la Casa Hogar donde estaba un escenario y había gradas.

Paty : Muchachos, estamos aquí para seguir explorando sus emociones con respecto a la experiencia desastrosa y ya que han pasado tres meses desde entonces, quisieramos platicar con ustedes sobre sus inquietudes, sentimientos, etc.

Paty =Tanya

Tanya : Los hemos notado que se quedan tarde en el dormitorio, y participan poco en las labores de mantenimiento etc., y queríamos platicar con ustedes de lo que pasa.

Cesar: Bueno, yo ya no estoy en el albergue, sino que vuelvo aquí para visitar a mis amigos cuando salgo de la escuela. Yo había participado en el rescate del edificio _____ junto con mi papá. Nosotros vivíamos

en el de al lado, e inmediatamente ayudé a rescatar gente...

Jorge: Nosotros vivíamos por aquí, veníamos de Ave. Chapultepec, y al percatarnos de lo que sucedió, venimos aquí, porque tenemos familiares viviendo acá.

Remo: La verdad que desde que estoy en el albergue, mi vida cambió; me llevo con los mismos amigos que están aquí, ya que eramos vecinos en los edificios, pero molestan tantas cosas por estar acá, como el compartir baños con tanta gente, los ruidos que hacen en la noche y sobre todo la falta de privacidad que ya no tengo. Antes, me encerraba en mi cuarto a oír música, y la verdad me molesta mucho todo esto...

Paty : (al ver a Javier silencioso) Y qué pueden decir de Javier, si ustedes fueran él?

Antonio: Pues yo lo veo muy triste últimamente, y no quiere hacer cosas con nosotros, duerme todo el día, como si estuviera con pastillas y no tiene interés en nada.

Remo: Sí, la verdad es que yo también estaría así, si yo hubiera perdido a mis padres y unos hermanos, como le pasó a Javier. Yo creo que esto le afectó mucho.

Paty : A ver Javier, por qué no nos dices lo que estás pensando?

Tanya: Paty, por qué no te sientas con nosotros, ya que has estado parada todo el tiempo.

Paty : (Molesta por la invitación) Aquí estoy bien.

Tanya: Es que parada, nos das la impresión que estás dando una clase, y no estas dentro del grupo. (Paty se sienta al lado de uno de los muchachos).

Tanya: (Después de otra insistencia de Paty para que Javier hablara)... Me parece que ya el grupo habló de lo que les preocupa desde que están en el Albergue, y que no todos los que están acá tienen que participar activamente, a veces el silencio, es, el que más dice, y creo que la preocupación grupal es el resentimiento y coraje que todos aquí tienen,

por haber perdido el espacio y la privacidad que tenían y lo que involucra el vivir acá. No todos acá han podido elaborar todas sus pérdidas, y hay algunos que han empezado a hacerlo aunque no lo digan.

Quedamos en reuniones por tres veces más, a reserva que todos pudieran.

DISCUSION:

El problema que se suscitó, fue la asincronía que se estableció entre las dos terapeutas. Una, que conducía el grupo muy directiva y la otra que valoraba una dinámica menos guiada y dirigida. Se habló, ya fuera de la sesión, como una interferia con la otra, y que en esta ocasión no pudo esperar Tanya, a aclarar diferencias, fuera de la sesión, para no actuarlas -como se dio el caso-. Lo que pasó, es que Tanya quiso "proteger" los silencios de Javier. Tanya, se sintió amenazada por la insistencia de Claire, y le pareció que ya los muchachos estaban ya demasiado "manoseados" por la excesiva propuesta de que los psicólogos ayudaran a "hablar del temblor", hay tal cosa, como exceso, y las respuestas se convertían en automáticas en vez de filtrar contenidos afectivos. Ya la gente estaba "tapada" de tanto manipuleo. En esta situación se encontraba Javier, que había tenido varios "actings" desde que residía en el albergue, como tomar en exceso tranquilizantes que se robó de la enfermería, y en otra ocasión, salió del albergue y no regresó hasta la madrugada, causando preocupación a ciertas personas que habían logrado una relación con él. Tanya, pensó que la técnica de Claire, lo forzaba demasiado y no resolvería "destapar" lo que causaba sus indagaciones a través de los actings de Javier. Un factor importante fue que Claire, no podía ser objetiva con Javier, ya que el grupo no era lo que a ella le preocupaba, sino que inconscientemente, uso al grupo, para llegarle a Javier, que rechazaba la ayuda de Claire en otras instancias. Claire, le había propuesto a Javier y a sus hermanos que quería adoptarlos, ofreciéndoles su casa y sus recursos. Javier, no podía manejar este ofrecimiento-acercamiento de Claire, ya que confundida los role-terapeuta,

Calire== Patricia.

salvadora y este acercamiento, lo asustó, ya que Javier había sido muy "seductor" en el albergue, y ahora se asustaba de los resultados. Esto era lo que era importante ayudarlo a entender, y no su rechazo a que Claire lo adoptara. Por otro lado, Claire entendió que sus deseos libidinales hacia Javier, tenían que ver con su soledad y no pertenecían en un contexto terapéutico, ya que hizo consciente sus motivaciones ocultas que encubrían su labor de ayuda. Por otro lado, Tanya trabajó con los deseos incestuosos que Javier le provocaba, ya que este le recordaba a un hijo de la misma edad y con similares características. A través de este ejercicio, pudieron recuperar la objetividad que estaba contaminando la labor con este grupo, y sirvió para entender lo que acontece en la ayuda psicológica cuando esta se ofrece sin un encuadre específico donde los parámetros de objetividad-subjetividad se interrelacionan en un juego peligroso. Fuimos sorprendidos por la improvisación de la intervención psicológica en desastres y lograrla dentro del albergue.

Esto es una justificación, simplemente una elaboración más. Muchos fueron los aprendizajes que nos dejó el grupo Mamut, pero lo más valioso es lo que a través del tiempo se puede recuperar, ya que incurrimos, dentro del proceso Mamut, de situaciones similares al simulacro en psicodrama; de contaminarnos, los unos a los otros sin que el "secreto" pudiese ser abierto. Lo valioso de la participación en este grupo, es lo que nos permite hacer la elaboración, a un año de distancia, cuando todavía varios de los miembros se reencuentran bajo otros parámetros, donde la lidia, la rivalidad y la envidia de lucha de clases existe. Es curioso observar la relación de estos miembros fuera del contexto Mamut, y ver el proceso elaborativo a través de la creación literaria que están por publicar.

* Grupo Mamut. -Grupo de Entrenamiento para Promotores en Salud Mental conducido por el Dr. José Luis Gonzáles y Col. (1985).

LA PROXIMIDAD DE LOS COLCHIONES.

LOS ALCANCES DE LA CERCANIA FISICA-LA PROMISCUIDAD.

A las cinco semanas de haberse instalado el albergue, Gloria me remite a una familia de tres miembros, la mamá y las 2 hijas, una de 3 años y la otra de 6 años, que había sido molestada sexualmente por tres adolescentes tempranos, en el campo de beis-bául. Gloria me refiere a esta familia, porque la Sra. Pera, se reusa a colaborar con ella en sus intentos de abordar los problemas, a raíz de la molestación de su hija Sebastiana.

Descripción del caso:

Veo a la Sra. Pera en el corredor afuera del dormitorio, donde colocábamos dos sillas para poder platicar. Su hija de 5 años, corre por el lugar, y la Sra. Pera le ofrece su botella que agarra y vuelve al juego. La Sra. Pera es atractiva, joven de 32 años que vive en el albergue porque su casa quedó semidestruida. Tenía que ir hasta Buenavista a indagar sobre su trabajo, en el cual laboraba como secretaria. En el momento de la primera entrevista, estaba preocupada por no perder su trabajo y tenía que dejar encargadas a sus hijas para poder hacer averiguaciones al respecto. Le pregunté que con quién dejaba a sus hijas antes del temblor, respondiendo, que tenía un arreglo con una de sus vecinas, que le cuidaba a las niñas mientras ella trabajaba. La Sra. Pera era viuda, habiéndole muerto su marido hace dos años en un accidente automovilístico. Estaba en el albergue, mientras solucionaba su vivienda, ya que su cuñado quería que ella se fuera a vivir con él y su familia, y la Sra. Pera no estaba muy animada. Decía que no estaba contenta en el albergue porque todo el mundo la criticaba porque apenas hace unos días, había salido un domingo y regresó algo tomada. Sentía que todos se fijaban en lo que hacía, y que su mayor preocupación era que a su hija Sebastiana, la habían molestado sexualmente, y que ahora la niña estaba muy agresiva, con actitud de rebeldía, y que le preocupaba que ese hecho no fuera a traumar sexualmente a su hija; como ella dice haber sido por una situación similar a la de su hija. A través de varias entrevistas, vimos la posibilidad de que la Sra. Pera buscara un trabajo más cercano a su casa para estar más al pendiente de sus hijas, y buscar la manera de que una persona responsable cuidara de sus hijas, si tenía que abandonar el albergue, ya que Sebastiana

na había sido molestada, un día en el cual la Sra. Pera había salido. Vimos como ella causaba la excitación y la movilización curiosa de sus compañeros en el albergue por sus conductas exhibicionistas (llegar tomada, contarle a todos su vida, actitudes seductoras, etc.) y logró darse cuenta de que ella misma debía protegerse tratando de delimitar su intimidad y privacidad en un lugar que no ofrecía nada de esto. Se logró convencerla de que Sebastiana necesitaba algunas sesiones individuales para esclarecer que tanto la molestia sexual la había dañado ya que esta era la preocupación central de la Sra. Gloria y no había podido lograr una alianza de ayuda con ella ya que a Gloria se le asociaba con la Institución (trabajaba para ella) y por el momento, no era de confiar. Esta familia ya había sufrido las consecuencias de la falta de discreción del hecho, haciéndo de este, todo un acontecimiento, con todo lujo de detalle. Sebastiana, había sido la figura central identificada, donde la sensualidad del grupo del albergue, se había depositado. Dadas las condiciones específicas de esta familia, fue terreno fértil para que esta depositación se lograra. Lo que se logró con la Sra. fué que tomara consciencia de que ella promovía la curiosidad de todos, haciéndola blanco de chismes y comidillas. Se logró su colaboración para que no permitiera tratar a Sebastiana y acordamos que yo la vería, tres veces por semana en el albergue, acordando la hora por la mañana, ya que Sebastiana todavía no acudía a la escuela porque esta todavía no se había reparado.

CAPITULO VII.

"EL PROCESO HACIA LA AUTOGESTION"

Detección de necesidades y observaciones en el albergue dentro del "proceso albergue".

Dichas observaciones conforman un panorama particular del albergue donde se hizo esta investigación. De la experiencia aquí enumerada y las observaciones se pueden hacer comparaciones con otros "procesos albergue" que acontecieron en otros albergues. Este encuadre de lineamientos aplicados al albergue estudiado esta fundamentado en el Programa General de Autogestión Comunitaria en Albergues para damnificados cuyos autores son un grupo de psicólogos de la UNAM., Galván, Millán, E; García Hernández, V; Jiménez Hernández, E; Macotela Flores, S; Ortega Andrade, P; Urbina Soria, J; Vidal Rossi, P. con la colaboración del Maestro Domínguez Trejo, B.

DEPORTIVO

I. ORGANIZACION GENERAL DEL ALBERGUE DEL DEPORTIVO

1.- Políticas Definidas respecto a la Admisión y Egreso de Residentes.

En los primeros días no hubo un control sobre la admisión y egreso de residentes, porque acudían personas de distintas partes: habían empleados de la secretaría, ex-habitantes del Multifamiliar Juárez, de la colonia Roma y Centro, además de semidamnificados cuyas casas aunque habitables carecían de agua. Todos entraban y salían sin que hubiera un registro de sus movimientos.

Con el paso de los días, los propios damnificados fueron quienes sugirieron la implementación de un control, credenciales de identificación, para evitar que entrara gente ajena al albergue, ya que habían surgido los siguientes problemas:

- a) Una banda de pandilleros entraba a molestar a las muchachas albergadas.
- b) Una niña de cinco años aproximadamente, había sido violada por adolescentes ajenos al refugio.
- c) Personas que no eran damnificadas entraban al deportivo a robarse la comida para los damnificados.

2.- Políticas Definidas Respecto a la Admisión y Egreso de Voluntarios

Después del terremoto hubo gran cantidad de personas -voluntarios- que querían brindar ayuda; entre ellas se encontraban jóvenes scouts, brigadas de la UNAM y de otras universidades, personal de la Cruz Roja y voluntarios de instituciones psicológicas. Por consiguiente, se sugirió que todos ellos se organizaran en 5 turnos: el primer turno de 8:00 a 12:00 horas fue el que tuvo mayor demanda (alrededor de 80 voluntarios). Los primeros días los turnos abarcaban 24 horas.

A partir del 24 de septiembre se formaron varios grupos de psicólogos y voluntarios en los siguientes horarios: de 9:00 a 15:00 horas, de 14:00 a 17:00 horas y de 18:00 a 22:00 horas.

Las funciones de los voluntarios fueron asignadas de acuerdo a lo que cada uno de ellos sabía hacer.

3.- Sensibilización al Personal de Base y Voluntarios Sobre el Manejo Adecuado de las Relaciones Humanas en Situaciones de Crisis.

Los psicólogos encargados de la atención del albergue, recibieron conferencias de los doctores Macías y Green sobre los síntomas que presentarían los damnificados y dieron posibles tratamientos a seguir.*

A su vez, los psicólogos formaron grupos de voluntarios a los que hacían ver cuál era el trabajo a desarrollar. Al principio les propusieron un ejercicio de presentación y otro de movimiento, para permitir la integración grupal, primero en equipos de participantes y después en equipos de especialistas; entre ellos sobresale el equipo de educadores auxiliares, el de empleados de intendencia y el de personal de cocina.

Es importante hacer notar que algunos psicólogos también dieron pláticas a las educadoras sobre tratamiento a niños damnificados. (Consultar "casos vistos en el albergue")

4.- Políticas Definidas Respecto a las Funciones del Personal de Base a Corto y Mediano Plazos.

Al abrirse el albergue los trabajadores del deportivo tenían funciones específicas, existía por ejemplo un director de servicios sociales de hacienda, un gerente general, secretarías, personal administrativo, etc. Estas personas, al convertirse el deportivo en albergue, sufrieron una confusión, en términos del desconocimiento de cuál sería su función a partir de entonces. Como consecuencia, algunos colaboraron en el albergue y los demás se fueron a sus casas; sus funciones volverían a ser las mismas cuando el deportivo volviera a abrir.

5.- Políticas definidas en la Asignación de Mandos y Áreas de Responsabilidad para el Personal de Base.

El personal que tenía los niveles jerárquicos más altos en el manejo del deportivo, mantuvo éstos cuando se convirtió en albergue. El director del deportivo fungió como tal en el albergue y el gerente general fue el jefe del mismo, encargado del buen funcionamiento del lugar. La mayoría del personal de mantenimiento y administrativo, siguió con las mismas funciones.

6.- Coordinación Entre las Diversas Instituciones Involucradas en la Asistencia al Albergue.

* Green, David, Conferencia sobre intervención en Crisis. UNAM., 30 de Sep. 1985.

El albergue se coordinaba con la secretaría a la que pertenecía el deportivo; el director estaba en comunicación directa con la esposa del titular de la dependencia y se contó también con el apoyo de un gran número de familiares de funcionarios de la misma.

7.- Coordinación y comunicación de los Equipos de Salud (médicos, psicólogos y trabajadores sociales).

Al abrirse el albergue existió poca coordinación entre psicólogos, voluntarios y damnificados, pero al pasar del tiempo los primeros se fueron coordinando y elaboraron programas de salud en beneficio de los damnificados. Se formó un equipo de psicólogos encargados de dar terapias individuales y grupales a los residentes del albergue y público en general.

Las educadoras se coordinaron entre ellas y se dedicaron a trabajar con un grupo aproximado de 40 niños.

A partir del décimo día se aplicó un procedimiento de inducción de decisiones en el que los voluntarios fueron coordinados por los psicólogos. Los damnificados se integraron en grupos de 10 personas y escogieron ellos mismos a sus representantes.

8.- Programas de Educación para la Salud Dirigidos tanto al Personal como a los Residentes.

Cuando el albergue se abrió asistieron los médicos y pasantes de medicina para atender enfermos y aplicar vacunas a damnificados y voluntarios, con el objeto de evitar epidemias.

A través de los medios de comunicación se dieron recomendaciones para evitar enfermedades gastrointestinales.

A partir de la séptima semana se integró la coordinación de educación para la salud. Como resultado, se presentaron a partir de esa fecha en el albergue terapias familiares, pedagogos, médicos y psicólogos que querían impartir clases a los damnificados. (La Dra. Espinel y colaboradores. Ver su reporte sobre el trabajo realizado de ahí en esas vistas en el albergue).

9.- Políticas Respecto al Acopio y Redistribución de Recursos Materiales a Otros Albergues con Menos Posibilidades.

El albergue del Deportivo Hacienda fue de acopio y redistribución de recursos materiales, porque ahí llegaban grandes cantidades de alimentos

y ropa que, a su vez, eran repartidas entre los damnificados, el almacén y redistribuidos, según fuera el caso.

Estas acciones de redistribución eran poco conocidas y por ello hubieron quienes, sin contar con pruebas concretas, acusaron públicamente (en periódicos como Uno más Uno y El Nacional)* al encargado del albergue de estar robando y vendiendo los alimentos que llegaban al deportivo.

10.- Acciones que Permitan Obtener Datos de los Residentes del Albergue que Permitan la Toma de decisiones.

A todos los damnificados del Deportivo Hacienda se les aplicó la Cédula de Identificación de Residentes. (Ver anexo).

11.- Una Estimación de la Capacidad Real del Albergue.

El albergue de referencia fue uno de los que contó con instalaciones adecuadas para ayudar a los damnificados. En este lugar las canchas de básquetbol y el auditorio fueron utilizados como dormitorios; también se usaron el comedor y la cocina para preparar y distribuir alimentos, mientras que los baños fueron puestos a disposición de los afectados. Los primeros días posteriores al temblor el gimnasio también tuvo que ser habilitado, pero cuando fueron mandando a los solteros a otros albergues, permanecieron unas 400 personas.

12.- Reglamento del Personal de Base y Voluntario.

Al principio se organizaron 3 grupos con tareas claramente establecidas:

- a) 20 personas se dedicaron a seleccionar ropa. Los psicólogos de la dirección habían hecho lo mismo el primer día.
- b) 20 educadoras y auxiliares en trabajar en tareas educativas destinadas a los niños.
- c) Los empleados de cocina se dedicaron a preparar los alimentos.

Poco antes de que llegaran los empleados al albergue se había formulado una lista de actividades por realizar, mismas que se habían agrupado por áreas de responsabilidad.

El día 26 los psicólogos y voluntarios forman grupos de trabajo en dos turnos: de 10:00 a 11:00 horas y de 20:30 a 22:00.

* Oct. 1985.

13.- Canales de Comunicación Oficiales que Proporcionan Información y Orientación para los Residentes.

En el albergue se mantuvieron mesas de atención a damnificados por parte de la FTSE, el ISSSTE, Sedue y varias otras dependencias oficiales que pretendían orientar y captar información para iniciar acciones correctivas.

El 21 de septiembre se realizó una junta en la que se trató la forma en que se debería coordinar la reanudación de labores el lunes 23.

Por su parte, en las paredes del deportivo se podían ver cantidad de fotografías y anuncios de personas extraviadas.

El miércoles 25 se efectuaron entrevistas individuales con las personas del albergue, empleados y voluntarios con el fin de dar a conocer el servicio de psicología y determinar las inquietudes y necesidades de la congregación. También se colocaron cartulinas para ubicar los lugares de la atención psicológica.

14.- Un Reglamento Mínimo de Convivencia de los Residentes en el Albergue.

Con la llegada de las educadoras se inició el trabajo con los niños; invitaron a los pequeños a las canchas de básquetbol para trabajar en tareas educativas y recreativas. Al tercer día empezaron a realizar dibujos los niños, lo que permitió estructurar procesos terapéuticos correlativos.

A partir del décimo día se trató de propiciar la organización de los albergues a través de la celebración de reuniones con todos los adultos, para formar grupos de 10 personas en donde se trataran problemas de interés comunitario.

15.- Una Planeación de Previsión de Necesidades Humanas y Materiales del Albergue a Mediano y Largo Plazos.

El primer día después del temblor, miles de voluntarios ofrecían sus servicios personales, comida, agua, y todas las formas inimaginables de ayuda material a corto plazo. El director del deportivo agradeció el gesto y les pidió que se organizaran para poder seguir brindando esa ayuda con la misma intensidad durante un tiempo más prolongado, en relación con los problemas de la recuperación de la tragedia.

16.- Espacios y Equipo para Servicios Indispensables (lavado de ropa, utensilios de cocina, elaboración de alimentos, almacenamiento y conservación de los mismos, entre otros).

El albergue del deportivo Hacienda contaba con la mayoría de los servicios; tenía una cocina apropiada. Se contaba también con una lavadora y una televisión que había regalado una dama influyente para la distracción de los afectados.

17.- Delimitación de Areas de Acceso para Residentes y personal.

Los damnificados del albergue tenían acceso a casi todas las áreas del deportivo: dormitorios, gimnasio, cocina, comedor, baños, explanada, cancha de tenis y de futbol. Con el paso de los días se delimitaron las áreas en las que los albergados podían estar para evitar la formación de malos hábitos (algunos jóvenes utilizaban las canchas de futbol para fumar marihuana o para ver a sus novias) y para tener un mayor control sobre ellos.

18.- Espacios para Usos Múltiples con Base a las Necesidades de Servicio, de Asistencia, de Recreación.

Tal y como se señaló con anterioridad, el deportivo contaba con espacio suficiente para la cobertura de las necesidades del servicio; en este lugar existía personal que atendía a los damnificados como eran los voluntarios, psicólogos, educadoras, trabajadores sociales y médicos.

Había canchas de tenis, frontón, futbol, volibol y un gimnasio de box para practicar actividades recreativas.

19.- Establecimiento de Horarios para la Utilización de los Espacios.

Si bien los damnificados sólo pernoctaban en el albergue, ya que durante el día salían a tratar de arreglar los múltiples problemas que el sismo les había dejado, eran innumerables las personas que acudían diariamente a las instalaciones. El albergue estaba lleno las 24 horas del día, o sea que no existía un horario determinado para utilizar los espacios.

20.- Privacidad y Seguridad de los Residentes.

En cualquier lugar es muy difícil lograr la privacidad de los damnificados debido al gran número de personas que acuden en busca de refugio, pero afortunadamente las instalaciones de este albergue permitían cierta privacidad. después de ver las condiciones de vida de los damnificados, el director decidió cambiar las mesas de información, para dejar un espacio exclusivo para aquellos albergados que estaban todo el día en el albergue.

II. ORGANIZACION INTERNA DEL ALBERGUE DEL DEPORTIVO

1.-Una Organización Mínima de los servicios que se Ofrecen a Residentes.

El albergue proporcionaba a los refugiados los siguientes servicios:

- a) Dormitorios: existían horarios de permanencia en los dormitorios, en ellos convivían familias y mujeres solteras por una lado y solteros por otro.
- b) Sanitarios: los damnificados expresaron su malestar por el mal trato de los encargados del lugar.
- c) Voluntarios y personas que prestan sus servicios: sobre este tema los albergados notificaron el trato agresivo y despótico de algunas personas que los atendieron.

2.- Una Asignación Precisa de las Responsabilidades para cada Servicio, Recayendo las Funciones Sustantivas de responsabilidad en el Personal de Base.

Como ya se dijo antes, al empezar a organizarse el albergue un grupo de voluntarios y personal de base se puso a doblar ropa y a seleccionar medicinas, mientras que otro apoyó las labores de cocina y un tercero se dedicó a las labores de limpieza.

Los psicólogos, por su parte, comenzaron a organizar reuniones con damnificados para conocer su situación y poder ayudar a los que requirieran tratamiento psicológico.

3.- Una Definición de Horarios de los Diversos Servicios.

Por decisión del titular de Hacienda, el albergue estaba abierto durante las 24 horas en los primeros días de emergencia, por consiguiente tanto los servicios médicos como los de información tenían turnos de todo el día.

Los damnificados podían permanecer en el albergue las 24 horas diarias inicialmente, pero fueron ellos mismos quienes dieron en su oportunidad el establecimiento de un horario fijo. La mayoría funcionó de 8:30 a 22:00 horas, hasta que el albergue se cerró.

4.- Una Definición de Funciones del Personal Responsable.

El director del albergue mantenía comunicación directa con el secretario de Servicios Sociales de la Sra., mientras se encargaba operativamente del funcionamiento del mismo, era el gerente general del establecimiento.

Los psicólogos integraron un grupo terapéutico, con un coordinador y dos observadores, para la atención de los damnificados que así lo requirieran., mientras que el personal administrativo y de intendencia, continuó con sus funciones acostumbradas.

5.- Una Distribución Equitativa de las Tareas Entre el Personal.

Las tareas realizadas estuvieron distribuidas en forma equitativa, contándose tanto con personal de base como con personal traído de la dirección y el versátil voluntariado.

6.- Una Planeación de Horarios de Trabajo en Función de las Necesidades.

Como dijimos, pasados los primeros días, fueron establecidos horarios de funcionamiento de los servicios del albergue. El grupo psicológico y el voluntariado tenían un horario de 9:00 a 15:00 horas, de 14:00 a 17:00 y de 18:00 a 22:00.

Por su parte, las educadoras, quienes recibían sueldo, trabajaban en las mañanas con los niños. A partir del 27 de noviembre se establecieron horarios para tomar alimentos: desayuno de 6 a 8 horas, comidas de 3 a 5 de la tarde y cena de 8 a 9½ de la noche.

El servicio de información funcionó las 24 horas durante las primeras semanas posteriores a la catástrofe.

7.- La Definición de Funciones y la responsabilidad de Voluntarios.

En el albergue se utilizó para estos fines la cédula de identificación de los participantes en el trabajo voluntario. Las brigadas voluntarias fueron ausentándose después de la fase de emergencia; sólo 4 psicólogas originarias de la UNAM., fueron las que permanecieron más tiempo logrando formar un equipo permanente hasta que cerró el albergue.

8.- El Control de Ingreso y Egreso de Recursos Materiales.

Este control fue realizado por el director del albergue y el coordinador del mismo; es importante recordar que el deportivo sirvió también como centro de acopio y redistribución de recursos materiales.

9.- El Control al Acceso a los Recursos Materiales.

El control inicial llevado a efecto por el director y el coordinador del centro, fue cedido posteriormente al representante de los damnificados en un proceso de "autogestión".

10.- El Control de Ingreso y Egreso de los Residentes al Albergue.

Cuando se abrió el albergue no hubo ningún control, pero después se estableció el reglamento siguiente:

a) Hombres solos en dormitorios separados.

b) Fichas de identificación para todos los albergados y los que trabajaban en el deportivo.

c) Credenciales con fotografía para el acceso.

d) Bloqueo del acceso a gente externa. (Estas medidas se tomaron a raíz del incidente de agresión sexual hacia una de las albergadas. Ver casos en el albergue).

11.- El Control de Desechos Orgánicos e Inorgánicos.

Al empezar a funcionar el albergue se proyectó llevar a cabo un control estricto de desechos, con el objeto de impedir la propagación de enfermedades gastrointestinales; los diversos estilos de higiene crearon conflicto entre los albergados en un principio y más adelante la suciedad y el desorden fueron utilizados como formas de agresión contra la institución y ellos mismos.

12.- El Control en la Administración de Psicofármacos.

Los voluntarios clasificaron las medicinas y las repartieron, hasta que un joven de 17 años sustrajo tiras de un sedante para drogarse, lo que le ocasionó una conmoción cerebral. Desde entonces el coordinador ejerció un estricto control sobre medicamentos.

13.- La Identificación y/o Control de Residentes con Enfermedades Transmisibles.

Fueron los propios damnificados quienes solicitaron que los enfermos tuvieran dormitorios separados, en donde se contara con atención médica las 24 horas.

14.- Una Planación Adecuada de lo Alimentos.

Al principio todos los albergados se conformaron con tortas, pero con el paso del tiempo comenzaron a protestar y a exigir alimentos calientes y preparados de modo higiénico. También pidieron alimentos especiales para los niños, sin picante y sin grasa.

15.- Un Control de Agua Potable.

Se cuidaba particularmente el líquido, debido a que en la mayor parte de la delegación en donde se encuentra el deportivo no había suministro de agua. En lugares como Tlahuac, Xochimilco, Milpa Alta y Tlalpan no había agua y el suministro se había sido interrumpido en dos semanas se reparaba.

16.- La Identificación de Residentes que Requieran Ayuda Psicológica.

En el albergue se aplicaron cuestionarios para la detección de este tipo de requerimientos. (ver apéndice 1)

17.- La Identificación de Necesidades que Requieran Apoyo o Asesoría Técnica para Conocer su Situación y/o su Problema Laboral y de Vivienda.

Para mayor información, ver Cédula de Identificación de Residentes.

Se considera necesario que se realicen acciones tendientes a resolver los siguientes problemas detectados en personal y residentes.

III. DE LOS RECURSOS HUMANOS.

1.- Agotamiento Físico y Psicológico del Personal que Labora en el Albergue.

En la etapa de emergencia los médicos, especialistas y voluntarios tuvieron sobrecarga de trabajo, pero consecuentemente se organizaron turnos diversos para cada una de las brigadas, para evitar que una sola persona atendiera el albergue durante todo el día. Ello se hizo porque algunos voluntarios querían permanecer todo el día en el deportivo, en detrimento de su salud tanto física como psicológica.

2.- Persistencia de Formas de Organización y Acción Ineficaces para Afrontar la Situación de los Damnificados.

No hubo persistencia de formas de organización ineficaces por el simple hecho de que no había ningún programa que dijera cómo afrontar una situación de emergencia ante un desastre de este tipo. Todo al principio era desorganizado.

3.- Resistencia Marcada a Delegar Funciones o Responsabilidades.

Inicialmente el director y el encargado no querían delegar funciones, pero a raíz de problemas surgidos con los albergados, decidieron considerar la opinión de los psicólogos y promover la autogestión de los residentes.

4.- Tendencia Marcada del Personal de los Albergues a Assumir todas las Actividades de Organización, Mantenimiento y Servicios, Impidiendo la Participación Activa de Residentes.

Durante el primer mes el voluntariado realizó caso todas las funciones del albergue, mientras que los damnificados se dedicaban a solucionar sus problemas de habitación y empleo. Las educadoras extienden su papel de enseñanza al cuidado de infantes cuyos familiares no podían llevarlos o tenerlos todo el día consigo.

5.- El Paternalismo que Induce a la Dependencia Social e Individual, Generando Estados Depresivos, Devaluativos y Conflictos Interpersonales.

La magnitud de la ayuda recibida inicialmente hizo pensar a los damnificados que las autoridades les resolverían tanto sus problemas habitacionales como laborales y que el albergue estaría abierto hasta que todos tuvieran un lugar a donde ir. Pasado el tiempo se dieron cuenta que esto no era más que producto de su fantasía y comenzó el resentimiento hacia las autoridades y la depresión y la angustia al pensar en el futuro.

6.- El Deficiente Manejo de las relaciones humanas que Origina Frecuentes Fricciones Entre y Dentro de los Diferentes Niveles de Población del Albergue: Personal de Base, Voluntariado y Residentes.

El principal problema que se presentó fue la falta de comunicación entre albergados y autoridades, en relación directa con la incertidumbre en torno al tiempo de duración del funcionamiento del albergue.

Asimismo, tanto el personal voluntario como de base señalaron el trato despótico y agresivo de algunas personas que los atendían y las amenazas abiertas o veladas de expulsión del albergue si demostraban su inconformidad ante los servicios prestados.

Los damnificados de mayor permanencia en el albergue tampoco mantuvieron buenas relaciones entre sí, porque la mayoría pertenecía a diferentes colonias y no se conocían o porque algunos se creían que eran de una clase social superior a la del resto de los refugiados.

7.- La Constante Movilidad del Personal de Base y del Voluntariado, Originando Falta de Coordinación Entre Ellos Mismos.

En el albergue Deportivo tanto el personal de base como el voluntario, no se cambiaron de un lugar a otro. Si al principio no hubo coordinación se debió a que casi nadie sabía cómo debía de ser afrontada la situación de desastre vivida.

IV. DE LOS RESIDENTES EN EL ALBERGUE LOS PROBLEMAS Y AJUSTES DE SALUD MENTAL.

1.- Promiscuidad. Si definimos promiscuidad como "la mezcla, confusión o unión carnal que se efectúa indistintamente entre un grupo de individuos" podemos referir que en el albergue se dieron algunos casos, como son los siguientes:

a) En el albergue habitaba un grupo de jóvenes, más o menos numerosos, que se podría clasificar en voluntarios y "reventados". Los primeros que eran minoría, se habían ganado el aprecio grupal por su actividad constante, mientras que los segundos no participaban directamente en ninguna de las acciones, se divertían ruidosamente, hasta altas horas de la noche y se les acusaba de incurrir en conductas impulsivas como ingerir alcohol, fumar marihuana y realizar prácticas eróticas clandestinas.

b) Algunas personas, sobre todo jóvenes, agredían con exhibiciones sexuales, actitudes que pueden considerarse normales cuando se cuenta con privacidad, pero que en el albergue deben ser consideradas como manifestaciones agresivas.

c) Se observó que un individuo tenía prácticas obscenas, pues tenía la costumbre de "manosear" a las muchachas y pedirles favores indiscretos. Al conocerse esta situación, se comenzaron a establecer reglas del funcionamiento del albergue, selección de gente, gafetas de identificación, mayor seguridad en los accesos, etc.

d) Las personas albergadas se encontraban a disgusto con su situación debido a que las filas interminables de colchones no ofrecían privacidad alguna; por el contrario, se encontraban durmiendo al lado de gente a la que no conocían.

e) En el albergue existió una familia de jóvenes huérfanos que motivaba las fantasías sexuales de los albergados, en un contexto de lástima y compasión encubierta.

Uno de los muchachos de la familia generaba afectos de variada índole en los miembros del albergue, ya que era muy atractivo y de carácter amable, aunque se mostraba tímido y retraído. Las muchachas lo asediaban y las señoras maduras lo protegían y mimaban; era un muchacho que despertaba lo sensual en la gente, tanto en hombres como en mujeres.

2.- La Falta de Participación de los Residentes Dentro de las Actividades necesarias de Realizar en el Albergue, Favorece la marginación, el Ocio y el Surgimiento de Conflictos, Negativismo y Oposicionismo.

Es de importancia destacar que la falta de información y la consecuente incertidumbre reinante, provocó el surgimiento de conflictos entre albergados, voluntarios y personal de la dependencia oficial.

3.- Apatía manifiesta en resolver su Situación.

Hubieron diferentes actitudes entre los damnificados, ya que algunos mostraron interés lógico en la resolución de sus problemas, mientras que otros no se preocupaban por el particular; la mayoría de los albergados esperaba que el gobierno los resolviera integralmente sus problemas.

4.- Desinformación de los Múltiples Servicios a los Cuales Puede Acudir para Resolver su Situación (laboral, habitacional, etc.).

Se observó un alto índice de intranquilidad de la población residente ante el desconocimiento de cuándo, cómo y dónde sería reubicada. Los albergados manifestaron su confusión al desconocer tiempo y lugar de su futura reubicación.

En lo referente a la información sobre desconocidos, varios albergados presentaron angustia al desconocer el paradero y la condición de familiares y amigos. Se instaló un módulo de información el cual expuso un cartel con fotografías y recados para comunicación.

IV. DE LOS RESIDENTES EN EL ALBERGUE.

1.- Promiscuidad.

Podemos definir a la palabra promiscuidad "como la mezcla, confusión o unión carnal que se efectúa indistintamente entre un grupo de individuos".

En el albergue del Deportivo Hacienda se dieron casos de promiscuidad como los siguientes:

a) En el albergue habitaba un grupo de jóvenes, más o menos numeroso, que se podía clasificar entre voluntarios y "reventados". Los primeros, monórfica desde luego, se habían ganado el aprecio de los damnificados por su constante actividad en beneficio del grupo; los "reventados", en cambio, no participaban en el trabajo comunitario, se divertían ruidosamente hasta avanzada la noche y se les acusaba de incurrir en conductas impulsivas tales como ingerir alcohol, fumar marihuana y realizar juntas clandestinas eróticas.

b) Algunas personas, sobre todo los jóvenes, agredían con exhibiciones sexuales, tales como usar jeans muy apretados, pasearse sin camisa por los pasillos, vestirse y desvestirse cuando las señoras estaban haciendo la limpieza, etc. Estas actitudes son normales cuando se tiene privacidad para hacerlas, pero en el albergue en el que convivían todos, se tomaban como agresiones al otro.

c) Se observó que a un señor le gustaba mucho platicar con las muchachas y tenía la costumbre de manoscarlas y pedirles favores indiscretos. Esto se hizo del conocimiento popular y así se comenzaron a establecer las reglas del albergue a nivel de funcionamiento interno.

d) Las personas albergadas se encontraban a disgusto con su situación debido a que los colchones y colchones en unas filas interminables no ofrecían a las familias intimidad alguna; al contrario, las personas se encontraron de repente durmiendo al lado de gente que no conocían.

e) En el albergue existió una familia de jóvenes huérfanos que despertó las fantasías sexuales en gran parte de los albergados; estas fantasías fueron encubiertas en los marcos de la lástima y la compasión.

Uno de los muchachos de la familia generaba afectos de diversa índole en los miembros del albergue, ya que era muy atractivo y de carácter amable, aunque se mostraba tímido y retraído. Las muchachas lo asediaban

y las señoras lo protegían y mimaban; era un muchacho que despertaba lo sensual en la gente, tanto en hombres como en mujeres.

C A P I T U L O V I I

EL MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA REALIZADA EN EL ALBERGUE

En este capítulo se plantea el modelo de intervención psicológica ante el sismo de septiembre de 1985.

- a) Se resumen los efectos psicológicos del sismo.
- b) El modelo de intervención psicológica dentro de cada una de las fases del desastre observadas en el sismo de 1985.
- c) La intervención de la comunidad psiquiátrica y psicoanalítica en el terremoto.
- d) El rol del promotor en salud mental como conclusión o implicación de la intervención psicológica.

EL MODELO DE
INTERVENCION PSICOLOGICA DENTRO
DE LOS PROBLEMAS Y AJUSTES DE LA SALUD MENTAL
DESPUES DEL TERREMOTO DE LA CD. DE MEXICO 1985.

Los efectos psicológicos del sismo.

Los efectos destructivos de un sismo de gran magnitud como el de septiembre de 1985 en la Ciudad de México se prolongan con el tiempo con diversas secuelas.

Una de ellas, de gran importancia, es la que se refiere a los efectos de "Desequilibrio Emocional y Mental" que pueden afectar a las personas que viven el sismo.

Desde luego, las repercusiones psíquicas son mayores en las personas que experimentan más directamente los efectos destructivos del siniestro; ésto es, aquellos que quedaron atrapados, sufrieron heridas graves o leves, o que sobreviven a la pérdida de la vida de sus familiares, así como lo que perdieron su casa o sus bienes.

El efecto de desequilibrio emocional y psíquico es también serio en aquellos que si bien no lo sufrieron directamente, se ven afectados en forma personal, tal es el caso de los que se ven obligados a abandonar su hogar, e inclusive su barrio o colonia. En sustitución similar se encuentran aquellos que pierden su fuente de trabajo.

Las personas que no han sufrido ni pérdidas humanas ni materiales, pero que experimentan la conmoción del fenómeno, se verán menos afectadas en su equilibrio emocional y psíquico, pero indudablemente "participarán de un estado colectivo" de inseguridad y angustia en diversos grados.

Para que la población recupere el equilibrio emocional y psíquico en estas condiciones se requerirá de tiempo, sin embargo la inseguridad y angustia tenderán a irse reduciendo en el grado en que se normalice la vida cotidiana.

Es importante, sin embargo, que todos estén conscientes de que durante un tiempo todos los afectados podrán manifestar en sus actitudes y conductas los efectos normales de esta experiencia. Todas las personas afectadas requerirán de comprensión y en muchos casos de cuidadosa atención para que, en caso necesario, reciban atención médica o psicológi-

ca.

Las siguientes consideraciones tienen por propósito dar algunas orientaciones para comprender lo que ocurre con personas afectadas psicológicamente cuando un sismo fue de gran magnitud.

¿Qué le pasa a la gente cuando experimenta un fuerte sismo?

1.- El temblor de tierra provoca en la persona que lo siente, alarma y angustia por el posible daño que puede sufrir su persona, su familia o sus propiedades y bienes.

2.- El temblor desencadena en las personas, una sensación de inseguridad, de desprotección y de temor a la muerte, que se manifiesta en diversos grados de angustia que a su vez se puede exteriorizar en sudoración, palpitación, resequedad de boca, temblor, palidez, mareos, náuseas, vómito, tristeza acentuada o pánico.

3.- Estos síntomas son más graves, cuando a la experiencia del temblor se suma la del desastre: derrumbe, incendio, etc. En estos casos la persona además de los daños físicos, puede sufrir un desequilibrio mental serio que puede llegar a manifestarse en estados incontrolables.

En el conjunto de la población la sensación de inseguridad se acentúa por el temor a que el fenómeno se repita y se acrecienta al observar directamente o a través de los medios de comunicación los efectos más extremos del desastre.

Así, a la experiencia individual de angustia, se suma la angustia colectiva y es cuando se presentan los rumores catastróficos.

4.- En esta situación las reacciones de las personas son muy variables; algunas resisten el impacto con entereza y razonable ecuanimidad, otras dan salida a su angustia con desconcierto, tristeza profunda, desmayos, etc. En algunos casos la persona parece descontrolada y fuera de sí.

5.- Es común y normal que debido al impacto recibido las personas se sientan impotentes y anhelan la cercanía y protección de sus seres queridos.

¿Qué se puede hacer en estas circunstancias?

1.- Comprender que el miedo y la angustia después de un terremoto son reacciones normales.

2.- Entender a las personas y por ende respetar las diversas formas en que cada una de ellas manifiesta su angustia. Cuando una de estas

conductas pueda significar un daño a la persona o a sus semejantes, lo que procede es solicitar de inmediato ayuda psicológica especializada.

3.- No crear ni propagar rumores infundados.

4.- Aumentar la comunicación y la unión del grupo o la familia para acrecentar la confianza entre los miembros.

5.- Tratar de volver lo más pronto posible a la normalidad, o buscar ayuda para lograrlo.

6.- Comprender que las alteraciones emocionales y psíquicas, normalmente, tienden a desaparecer con el tiempo.

7.- Se debe ser solidario y colaborar en las labores de ayuda, rescate y atención a las personas más afectadas ya que esto favorece a la recuperación de equilibrio personal.

¿Qué alteraciones físicas, emocionales y mentales pueden presentar las personas atrapadas en construcciones destruidas?

Estas personas pueden presentar daños corporales y desequilibrios psicológicos que pueden ir desde angustia, desesperación y pánico hasta pérdida brusca de las facultades mentales.

¿Qué atención inmediata se les puede brindar?

Antes del rescate, si es posible, se les deben dar las mayores esperanzas y confianza de que lo van a sacar con vida. Después del rescate presentarle la vigilancia médica y psicológica que requiera para lograr su completa recuperación.

¿Qué alteraciones físicas, emocionales y mentales pueden presentar las personas que presenciaron cómo perdieron la vida sus familiares o semejantes?

Esta situación provocará angustia y desesperación, las que se manifestarán de acuerdo al modo de ser de cada persona y en ciertos casos puede llegar a expresar profundo desconsuelo y pérdida total de las facultades mentales.

¿Qué atención inmediata se les puede brindar?

Cuidar de una persona, de preferencia familiar cercano, lo acompañe en todo momento y le ayude durante el duelo.

Que permanezca en un albergue si queda desamparado y le presten atención médica y psicológica todo el tiempo que lo necesite.

¿Qué alteraciones físicas, emocionales y mentales pueden presentar las personas heridas y quemadas?

En estos casos en que la persona afectada recibió además de daños físicos un gran impacto emotivo, tendrá manifestaciones de angustia y dolor según sea la gravedad de sus lesiones y un desequilibrio psicológico que pueda variar de la angustia excesiva a tristeza profunda y llegar a la pérdida de sus facultades mentales.

¿Qué atención inmediata se les puede brindar?

Trasladarla lo más pronto posible al puesto de primeros auxilios y al hospital correspondiente donde se le impartirá la ayuda médica quirúrgica y psicológica hasta su recuperación.

Es frecuente que en las personas que colaboren en las labores de salvamento, o atención médica y que durante mucho tiempo se enfrentan a las más diversas formas de dolor y sufrimiento humano, presenten desequilibrios físicos y emocionales que se sumen al agotamiento físico excesivo y puedan provocar cierto descontrol de sus capacidades mentales?

En estos casos se aconseja la suspensión inmediata de sus actividades profesionales o de ayuda a los damnificados y su traslado a un centro médico donde se le brinden cuidados, reposo y atención médica y psicológica especializada.

Es importante resaltar, que si en la primera fase del terremoto lo primordial fue salvar vidas entre los escombros, en una segunda fase, la prioridad debe ser asegurar la vida de los más heridos y atender con prevención las secuelas orgánicas de los sobrevivientes, entre los que resultan insuficiencias renales agudas post-traumáticas y otra patología frecuente en caso de catástrofe de temblores de tierra, como son las lesiones oculares por comprensión.

"En cuanto a las secuelas psíquicas, las instituciones de salud no deben esperar que los pacientes acudan a consulta, ya que la literatura médica indica que en estos casos hay una baja en la demanda de los servicios de salud mental. Ante esto habrá que idear una estrategia que haga emerger la semioculta necesidad de terapia grupal o individual, en sus combinaciones de tratamiento medicamentoso o por catarsis entre los sobrevivientes". * Dr. I. Almada Bay. (1985)

Ante estas consideraciones generales, a continuación se presenta la descripción del modelo de intervención psicológica que usamos dentro de nuestra participación en el albergue.

Cabe decir que este modelo fue adaptado y aplicado por algunas de las Instituciones de Salud Mental. Fue la A.P.M. quien distribuyó este diagrama (ver diagrama) que adaptamos a nuestro trabajo y que sirve para dar un encuadre a las consideraciones básicas sobre los efectos psicológicos en la población y su consiguiente intervención. Todos los puntos que fueron expuestos en el curso sobre "Intervención en crisis" impartido por el Dr. Raymundo Macías el 16 de Octubre de 1985 para brigadistas de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., están resumidos en el siguiente esquema.

Parte de este material está basado en la conferencia* que impartió el Dr. David Green (Universidad de Tel Aviv, Israel) en la Facultad de Psicología el 30 de Septiembre de 1985.

El siguiente diagrama fue uno de los modelos de intervención en crisis que se utilizaron. En él se presentan los diferentes tiempos que ocurren durante el desastre, el criterio de lo que sucede en el ser humano en términos de respuesta psicológica, y la intervención determinada ante este criterio. Es importante señalar que este modelo fué de utilidad en cuanto a una intervención sociopsicológica que implicó el alivio de presiones, el fomentar agrupamientos naturales de personas y ayudarlos a pensar y elaborar, la distribución de roles ocupacionales que lograron canalizar la energía del momento durante la fase de solidaridad. La detección de patología más severa y su tratamiento tuvo lugar en las fases posteriores.

La intervención psicológica tuvo sus diferentes niveles clasificados

* Psicoterapia de emergencia.

como: conductual, cognocitivo y emocional; dependiendo de la fase del desastre.

T I E M P O**C R I T E R I O****I N T E R V E N C I O N****FASE PREVIA**

PRESION - AMENAZA

ALIVIO DE PRESIONES - AGRUPAMIENTOS NATURALES

CATASTROFEDISOCIACION AFECTIVA NORMAL
SUPERVIVENCIA
(ALERTA YOICA)IDENTIDAD DE GRUPO
SOLIDARIDAD
TRABAJO FISICO
PREDOMINIO COGNOSCITIVO - ACCION
CAPACIDADES DIFERENTES SEGUN STRESS**FASE INMEDIATA**DISOCIACION - HISTERIA
PSICOSIS
ANGUSTIA
DEPRESION Y CULPAREDUCCION DE LA INTENSIDAD SIN TAPAR
EXPRESIONES CATARSICAS
MANEJO DE LA REALIDAD - ACTIVIDADES CONCRETAS
AUXILIARES DEL YO: CONTINENTE AFECTIVO Y
CANALIZADOR DE ACCION**FASE MEDIA**MECANISMOS DE DEFENSA
PERSONALES Y FAMILIARES
PERSISTEN ELEMENTOS DE URGENCIA
Y STRESS MEDIR AUTONOMIA YOICAHACER EFICIENTE LA ELABORACION
ACTIVIDADES CONCRETAS CON AUMENTO DE LA
EFICIENCIA Y AUTONOMIA**FASE POSTERIOR**

FASES DE DUELO

PSICOTERAPIAS SEGUN DIAGNOSTICO DE CONSECUENCIAS
Y SECUELAS DEL TRAUMA.

LA FASE PREVIA Y LA FASE DE CRISIS O CATASTROFE.

Crisis: Es un cambio repentino a una situación que requiere un equilibrio. Cambio del desarrollo de las personas.

Enfrentamiento distinto a situaciones previas. (Enfrentar crisis del desarrollo de la persona).

Cambio brusco de situaciones de equilibrio, de funcionamiento inesperado, -necesidad de echar mano de nuevos recursos-.

Green da 7 factores importantes que determinan el factor impacto de la -Catastrofe-.

1) Aspecto de Sorpresa: No se está preparado para enfrentar esta situación. Se da un pensamiento sistemático (personas que se integran en sistemas que tienden a mostrar un equilibrio funcional de sus elementos que se retroalimentan para lograr un mayor funcionamiento e interacción entre miembros).

2) Factor de Novedad: Lo que causó impacto fue la novedad de las consecuencias. Efectos y consecuencias que fueron muy dramáticas.

3) Situación de Experiencias Previas Para Atenuar el Impacto: Grado de experiencias previas. Se está expuesto a temblores y se depende de la respuesta. (El segundo temblor fue más impactante que el primero e involucró una respuesta orgánica corporal, existieron más defensas que en el primero, esto debido a la experiencia que tenía acumulada, las personas se habían "vacunado" para responder automáticamente, existía una desensibilización con respecto al primero).

4) Factor de Duración del Estímulo: Breve pero de gran intensidad.

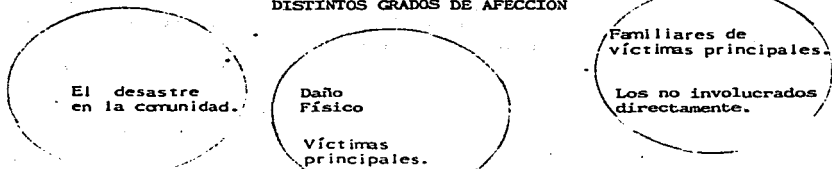
5) Edad de la Persona: Nivel de la persona para organizarse. Es importante ayudarlos a incorporar y elaborar la experiencia a tres niveles: a) Cognitivo, b) familiar, c) individual.

Los niños son los más vulnerables.

6) Consecuencias a largo plazo: Nivel de Salud Mental. Pre-mórbida, mórbida antes del desastre.

- 7) Nivel de desorganización social previa antes del desastre. Nivel de confianza hacia las estructuras gubernamentales.
 8) Manejo de la muerte. Elaboración, enfrentamiento.

DISTINTOS GRADOS DE AFECCION



- 1) La persona que es Dannificada: pasa por periodos de impacto emocional, se concentra en sí misma, egocentrismo, herida, daño corporal, ensimismamiento y retracción.
- 2) Reacción Post-traumática del impacto: pérdidas de distinto tipo de algún ser querido, del status, del hogar, de los bienes, etc. (Consultar libro "DSM III..
- 3) Las personas que no fueron afectadas directamente y que utilizan mecanismos defensivos de: Negación y Represión, probablemente desarrollen una neurosis de implosión ante cualquier otro evento traumático. Estas personas no se permiten la aceptación de sentimientos ni la exploración de los mismos.
- 4) Todos resultaron afectados directa o indirectamente. (A algunos les faltó el agua, la luz, o el teléfono, la falta de servicios públicos tuvo como resultado las manifestaciones sociales).

Otros sufrieron:

Daños Personales.

Daño Psicológico: a) Cognitivo, b) emocional.

Daño Material o de Pertenencias.

Daño a Nivel Social.

Las necesidades básicas del individuo para subsistir requieren la mayor atención, primero: a) comida, b) agua, c) albergue, d) protección física (frío, intemperie).

FASE PREVIA.

TIEMPO:

La experiencia ha mostrado que la manera directa de manejar un catástrofe puede prevenir o aminorar los efectos psicológicos del individuo.

Los desastres varían en su severidad, duración del impacto, número de gente afectada, intensidad, daño a la propiedad, número de casualidad y en el período de reconstrucción.

Desastres como terremotos, huracanes, tornados, etc., son de corto impacto fuertes y usualmente sin fase previa.

Catástrofes como inundaciones y volcanes por lo regular son de gran duración y existe una fase de aviso.

En el terremoto de 1985 en la Ciudad de México, no se dió la fase previa, ya que el movimiento fue inesperado y de gran rapidez.

Según Fritz (1957) cuando no existe ninguna advertencia sobre un desastre esto tiende a producir el máximo de desorganización psicológica. También la evidencia demuestra que entre mayor sea el número de muertos o heridos, mayor será la intensidad del impacto psicológico.

CRITERIO:

PRESTON-AMENAZA.

En el temblor de la Ciudad de México no se dió la fase previa (de aviso) por lo tanto no se dió el criterio de presión o amenaza, porque las personas no sabían que el sismo iba a ocurrir.

INTERVENCION:

ALIVIO DE PRESTIONES-AGRUPAMIENTOS NATURALES.

Antes del impacto lo primordial es satisfacer las presiones de ansiedad. En el caso en el que existe una advertencia, la comunidad hace un llamado de evacuación de la zona (fuego en zonas adyacentes, huracanes, inundaciones, erupciones volcánicas, etc.) Esta fase es de organización comunitaria para ayudar a la población a resistir y sobrevivir la embestida del desastre antes de su impacto.

Esta fase variará de acuerdo al lugar en que se lleve a cabo el evento. Si ocurre en la ciudad los bomberos, médicos, cruz roja,

etc., ayudarán a la población.

FASE DE CATASTROFE.

TIEMPO:

El impacto puede ser simultáneo con los períodos de aviso y de amenaza en una catástrofe repentina. El período de impacto es cuando sucede el desastre. Las actividades se limitan a sobrevivir la emergencia de cualquier manera posible.

CRITERIO:

DISOCIACION AFECTIVA NORMAL:

Las investigaciones han mostrado que rara vez existe pánico en momentos de catástrofe. La conducta durante el desastre es por lo general racional, valiente y tranquila. Esto se pudo comprobar durante y después del temblor las personas que no fueron afectadas siguieron haciendo sus labores normales. Por el contrario las personas afectadas directamente mostraron, después del temblor, diferentes actitudes como son: desorganización, manía, huida, síndrome de choque, caminar sin rumbo y afán de supervivencia.

SUPERVIVENCIA (ALERTA YOICA).

La mayoría de las personas mostraron su deseo por sobrevivir a través del pánico, actitudes irracionales y conductas antisociales.

INTERVENCION:

IDENTIDAD DEL GRUPO.

Los damnificados al principio no se conocían entre ellos, pero después de ayudarse y convivir en las labores de rescate se empezaron a integrar en grupos los cuales se identificaban porque tenían los mismos problemas que resolver, por ejemplo: problemas laborales y de vivienda. Lo primordial era satisfacer necesidades básicas a través de una intervención operacional: atención médica, agua potable, techo provisional, comida y apoyo emocional.

SOLIDARIDAD:

Se empieza a través del agrupamiento natural y de la labor común de rescate que ayuda a bajar la ansiedad.

Los miles de voluntarios se identificaban con todas las personas afectadas ya que de algún modo todos eran damnificados.

TRABAJO FISICO:

este tipo de trabajo fue realizado por los familiares de las víctimas y por los voluntarios que formaron brigadas de rescate después del terremoto.

PREDOMINIO COGNOSCITIVO-ACCION, CAPACIDADES DIFERENTES DE ESTRES

Hubieron diferentes actitudes en las personas. Existieron gentes que se paralizaron y no hicieron nada. Otras prepararon tortas, compraron medicinas y se fueron a repartirlas entre los damnificados.

FASE INMEDIATA

TIEMPO:

Después de ocurrido el desastre los sobrevivientes aturdidos empiezan a comprender lo ocurrido. En esta fase se pueden observar dos conceptos principales:

- (1) La ilusión de ser el centro.
- (2) La sensación de abandono.

La ilusión de ser el centro es la tendencia de una persona a creer que es la única que ha sido afectada o que ha sido víctima y que el desastre estaba más dirigido a ella de lo que realmente fue.

La sensación de abandono según Sullivan puede tener su origen en la infancia.

En los sobrevivientes del terremoto de 1985, se pudo observar, la sensación de abandono se manifestaba en que la mayoría veía su futuro poco prometedor, creían que Dios los había abandonado y pensaban que no podrían volver a empezar.

CRITERIO:

DISOCIACION-HISTERIA

Después de sufrir un desastre directamente los sujetos pueden

estar inquietos y sentir deseos de llorar o gritar. El estado objetivo de verse invadido por una excitación que no se puede dominar es sentido subjetivamente como algo muy doloroso y la característica del dolor es muy similar a la ansiedad. De esta manera la ansiedad y la ira representan descargas de excitaciones que surgieron en la situación traumática, pero que no pudieron ser suficientemente liberadas.

En el terremoto de la Ciudad de México se dieron varios casos de disociación e histeria sobre todo en las personas que perdieron a sus familiares, casas o trabajos.

PSICOSIS COLECTIVA:

La psicosis colectiva se generalizó el 20 de septiembre. En todas partes se vio a la gente salir corriendo de sus casas ante el temor de otros derrumbes. En minutos las calles y parques se vieron llenos de personas asustadas que se negaban a regresar a sus hogares por miedo a quedar atrapadas.

ANGUSTIA:

Todos los habitantes de la Ciudad de México sufrieron una gran angustia al conocer los efectos causados por el sismo y ante el temor de otro terremoto.

Algunas personas se encontraban angustiadas porque desconocían la situación de sus familiares.

DEPRESION Y CULPA:

Se entiende por depresión a la combinación de desinterés emocional, falta de respuesta ante estímulos externos e inhibición de actividades.

Este fenómeno puede ser considerado como la destrucción de la autoestima del individuo. La depresión puede manifestarse como falta de energía (apatía), llanto, retraimiento social, falta de motivación para disfrutar, hasta llegar a la regresión total, así como de dependencias marcadas.

CULPA:

Algunos de los damnificados se sintieron culpables por haber sobrevivido a la tragedia, por no haber muerto con sus familiares. Se da una identificación proyectiva; una culpa de tener mucho o de

seguir viviendo y se exagera la ayuda; se trata de hacer más de lo que se puede.

INTERVENCION:

REDUCCION DE LA INTENSIDAD SIN TAPAR EXPRESIONES CATARSICAS:

Días después de ocurrido el sismo, algunas personas fueron evacuadas de sus hogares y llevadas a los diferentes albergues que se habían abierto por diversas partes de la ciudad (sobre todo en las zonas afectadas).

En estos lugares se les dio a los damnificados atención médica, alimentos y ropa.

Los médicos, psicólogos y voluntarios trataban de platicar con los albergados para conocer su situación real y para provocarles expresiones catárticas que ayudaran a los damnificados a manejar su realidad actual.

MANEJO DE LA REALIDAD-ACTIVIDADES CONCRETAS:

La mayoría de los damnificados tomó conciencia de su situación y empezó a tratar de resolver sus problemas laborales, de vivienda y personales.

AUXILIARES DEL YO: CONTINENTE AFECTIVO Y CANALIZADOR DE ACCION:

En algunos albergues (como el de el deportivo) los psicólogos sirvieron de continentes afectivos y canalizadores de acción de los damnificados. Se les pedía que repitan una y otra vez el evento para desgastarlo y evitar que se establezca una neurosis traumática.

FASE MEDIA

TIEMPO:

Esta fase se considera como un momento de cicatrización en el que la población, víctima del desastre, busca medidas de recuperación planeadas a más largo plazo. Esta fase es de actividad más formal en el que se proporciona a los sobrevivientes la atención y los cuidados necesarios a través de agencias de socorro externas.

En esta etapa los damnificados del terremoto de 1985, empezaron a organizarse en grupos y comités. Estos tenían como objetivo pedir

que sus demandas fueran resueltas por el gobierno y por los particulares.

Entre sus principales demandas se encontraban las de vivienda e indemnización.

CRITERIO:

MECANISMOS DE DEFENSA: PERSONALES Y FAMILIARES.

Los sobrevivientes pueden tener diferentes mecanismos de defensa, por ejemplo: puede existir una total represión del sujeto desastrosos que el sobreviviente percibe como insoportable. El extremo de este ejemplo es la amnesia.

En otros casos, el sobreviviente no puede hablar del incidente, no quiere oír hablar de él y puede llegar a evitar cualquier confrontación con el mundo exterior. Lo opuesto de esta variante es el individuo que se encuentra obsesionado por la experiencia del desastre sin sentir ninguna mejoría al evocar el recuerdo doloroso.

PERSISTEN ELEMENTOS DE URGENCIA Y ESTRES, MEDIR AUTONOMIA YOICA.

La víctima de desastros es a menudo tensa e inquieta, incapaz de comprender los efectos de su experiencia. Una consecuencia de esto es que puede haber problemas para dormir. Cuando el sujeto logra quedarse dormido tiene sueños recurrentes de la experiencia aterradora. Existen fuertes sentimientos de ansiedad y en ocasiones de rabia. Aparte de estos síntomas, la víctima de desastros puede sufrir de complicaciones psiconeuróticas como depresión, hipocóndria, histéria o desajuste neurótico general.

REACCIONES PSICOLOGICAS.

Manifestaciones somáticas.

Malestares físicos.

Palpitaciones, presión alta.

Insomnio, tensión, ansiedad.

Sobresalto, miedo, sensibilidad crónica.

Problemas de adicción a las drogas.

Manejo de quimoterapia -se dejó a médicos psiquiatras-.

Presencia de dermatitis.

Disminución de la libido, depresión.

Exacerbación de la libido. Mucho sexo.

Gama de problemas psicológicos.

Reacciones maniaco-depresivas. Entre lo maniaco y lo depresivo, culpa por estar vivo.

Descuido.

Ideas suicidas (encubiertas o manifiestas).

Dependencia cognitiva-emocional.

GAMA MANIACA.

Los profesionales de auxilio se agotan, hay deserción del voluntariado; incremento de agresividad; establecer contacto; expresión de la agresividad entre los mismos promotores de Salud Mental.

REACCIONES MANIACAS.

Necesidad de defensa y la culpabilidad del otro; agresión contra los fallecidos y los que sufrieron físicamente; nivel de agresión contra otros, la autoridad no es confiable, causa desconfianza e inestabilidad; actos de pillaje; actos adolescentes y actos de desplazar la agresión.

INTERVENCION:

HÁZER EFICIENTE LA ELABORACION:

ACTIVIDADES CONCRETAS: AUMENTO DE LA EFICIENCIA Y AUTONOMIA:

Para lograr la readaptación psicológica se requiere hacer de la gran acumulación de energía no expresada. Lograr la autonomía del damnificado a través de aclarar alternativas de su problemática. No crear dependientes crónicos (muchos alargaban su permanencia en el albergue por ser este una "matriz transicional") estableciendo claramente el rol del promotor en salud mental como: un clasificador de alternativas de ayuda y no como el que va a satisfacer todas las demandas.

Por su parte, los psicólogos que trabajan en los albergues aplicaron dinámica de grupo, para poder detectar los casos que necesitaban tratamiento psicológico a largo plazo.

Asimismo, trataron de concientizar a los albergados con respecto a la situación que vivían y que afrontarían por tiempo indefinido.

* Se propone en este trabajo que el albergue sirvió como "holding", un lugar transicional que permitió a los albergados pudieran empezar a elaborar del "trauma del desastre".

TECNICAS

Intervenciones cada 3 ó 4 días-intervención grupal.
Técnicas que utilizamos nosotros.

NIVEL DE INTERVENCION

Clasificación conductual, cognitivo y emocional. Manejo de la información en forma realista.

CONDUCTUAL CONCRETAS.

Manejo de la conducta, no permitir conductas agresivas-destructivas.
La gente debe definir las tareas específicas que van a hacer.
Decir qué van a hacer en relación con su trabajo.
Se requiere una organización.
¿Qué puede hacer el individuo para ayudarse?.

COGNITIVO

Manejo de la información real, qué pasa, el rumor, lo legal, casa-habitación, objetos, gobierno, política, futuro.

FASE POSTERIOR

Esta fase es generalmente larga, es el periodo en el que la comunidad y sus sobrevivientes buscan adaptarse, de manera más estable, a los destrozos provocados por el desastre.

En esta fase algunos de los sobrevivientes del sismo de 1985, vieron resueltos sus problemas de vivienda y labores, otros decidieron irse a la provincia con sus familiares, la gran mayoría no sabía que hacer en un futuro próximo.

CRITERIO:

FASES DEL DUELO.

Los sobrevivientes de un desastre pueden pasar por varias fases de duelo como son:

- a) Sentir agresividad contra los muertos o desaparecidos.
- b) Sentir agresividad contra los otros (por ejemplo, contra el gobierno).

c) Sentir agresión contra sí mismo.

En esta fase de duelo se intensifican las tradiciones, por ejemplo, los damnificados de México instalaron ofrendas a los muertos en varios puntos de la Ciudad.

En esta fase de duelo las personas siguen sintiéndose culpables de haber sobrevivido.

INTERVENCION:

PSICOTERAPIAS SEGUN DIAGNOSTICO DE CONSECUENCIAS Y SECUELAS DEL TRAUMA.

A través de la autogestión implantada en algunos albergues, los damnificados empezaron a tener actividades concretas, como fueron: elaborar sus propios alimentos y encargarse del control y la organización del lugar en donde habitaban temporalmente.

En esta fase los psicólogos tuvieron sesiones terapéuticas con algunos sobrevivientes, tanto a nivel grupal como personal. En estas sesiones se empezó a trabajar el aspecto cognitivo, tratando de desarrollar conceptos de desastre, muerte y temblor.

ALGUNOS ELEMENTOS EN EL MANEJO DE LA MUERTE

- 1.- Concepto de Irreversibilidad y Final: La persona ya no vuelve, deja de ser un ser vivo, se da un proceso de irreversible.
- 2.- Factores Objetivos de Casualidad: Factores reales y objetivos de los que causó la muerte. Si existen los restos mortales hay una evidencia de la finalidad. Si no se encontró el cuerpo, la elaboración del duelo es más difícil. Las fantasías de muerte no tienen nada que ver con la realidad.
- 3.- Factores de Inevitabilidad de la Muerte: La única certidumbre que tenemos es la vida.
- 4.- Marco de Respeto de las Creencias de la Gente: Se debe respetar la ideología y la religión de las personas.

Aproximación Sucesiva: Dar a la persona un ambiente continente que la apoye y le de información de algo que haya sucedido.

COGNITIVO

Manejo de la información:

¿Qué pasó? Con:

Víveres,
epidemias,
otros temblores,
lo legal,
casas.

CONDUCTUAL

Qué se puede hacer:

Coordinación interdisci-
plinaria para deportes.
Terapia ocupacional,
talleres
dirección de energía.
actuar.

LA INTERVENCION DE LA COMUNIDAD PSIQUIATRICA Y PSICOLOGICA ANTE EL DESASTRE EN MEXICO.

Este capítulo describe parte de la participación de las instituciones psiquiátrica y psicológicas después del desastre. La colaboración fué intensa pero la imposibilidad de dar cita a todo lo que se hizo y todos los que participaron es imposible. Lo siguiente es un intento de presentar algunos modelos de intervención psicológica que se trataron de aplicar en diferentes momentos del post-desastre.

El entrenamiento de promotores de salud mental fué un importante proyecto y necesidad. Fue vital labor el capacitar a los promotores en el uso de la consultoría psiquiátrica en orden para discutir sus casos y desarrollar mejor su entendimiento sobre los problemas de la salud mental. La ayuda psicosocial invaluable que prestaron, fué dentro del contexto de intervención en desastres, por lo tanto mucho fué necesario entrenar a tantos voluntarios que les nombraremos promotores en salud mental, en todas las técnicas en el manejo de ayuda psicológica en desastres.

El siguiente diagrama fué uno de los modelos de intervención en crisis que utilizaron. En él, se presentan los diferentes tiempos que ocurren durante el desastre, el criterio de lo que sucede en el ser humano en términos de respuesta psicológica, y la intervención determinada ante este criterio. Es importante señalar que en este modelo fué de utilidad en cuanto a una intervención psico-social relacionada con alivio de presiones agrupamientos naturales, solidaridad, trabajo físicos que se convirtieron en terapias ocupacionales, y detección de patología más severa. Ese fue el nivel al que se pudo intervenir durante la fase inmediata a la catástrofe. Las intervenciones más elaboradas con respecto a tratar síntomas más profundos fueron implementadas en la fase posterior al desastre.

APM. La Asociación Psicoanalítica de México se reunió con sus miembros y con estudiantes universitarios y de extensión con el fin de organizar la ayuda después del sismo.

El propósito fue hacer "cadenas informativas" sobre intervención en crisis durante la primera parte del desastre.

Los modelos de intervención fueron discutidos en grupos en los cuales se sensibilizó a voluntarios que querían ayudar y luego formar brigadas.

Estas brigadas lograron participar en escuelas, albergues y otras instituciones, , siendo éstas coordinadas y supervisadas por miembros de la asociación. Se lograron los objetivos fundamentales de coadyuvar a la labor de ayuda psicológica a los damnificados tratados.

Posteriormente esta asociación dio un ciclo de conferencias para informar al público en general sobre las etapas del desastre y la intervención en crisis.

En estas reuniones se pedía a personas voluntarias que se fueran incorporando a los módulos ya mencionados para formar brigadas de ayuda a los damnificados en zonas previamente detectadas.

Esta organización se logró una semana después del sismo.

AMPAG. Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica y de Grupo.

Esta asociación realizó una gran labor centralizando el trabajo de varias asociaciones psicoanalíticas, coordinando e informando sobre cómo formar y supervisar promotores en salud mental (la autora de esta tesis participó en un grupo llamado MANUT; agrupación de promotores en salud mental en supervisión, que funcionó durante 4 mese coordinado por el Dr. José Luis González, el Dr. Jorge Margolis y la Dra. Rosa Doring.

Varios criterios e hipótesis sobre el rol del trabajador primario en salud mental en situaciones de desastre son expuestas y discutidas en los trabajos publicados de esta experiencia (Campuzano, Carrillo, Díaz-Portillo et. al. 1987).

La UNAM logró una gran participación en labores de salvamento y ayuda psicológica, organizando brigadas y seminarios de intervención en crisis para promotores en salud mental. La autora de esta tesis formó parte

de una de estas brigadas que prestó sus servicios psicológicos en un albergue de un deportivo en la colonia Roma, que también fue centro de acopio y distribución. Esta brigada estuvo coordinada por el Dr. Raymundo Macías quien supervisó el trabajo de este grupo en el albergue. Este grupo de psicólogos fue responsable de que en ese albergue se lograra un proceso agustivo que funcionó durante 8 meses hasta que los damnificados fueron reubicados. Este grupo de psicólogos logró publicar este material testimonial de la experiencia "albergue" en un trabajo que recopila historias clínicas y sociales a través de viñetas, casos clínicos con albergados y la cronología de la organización del albergue (Fastlicht, Caballero, Carbajal, Carrillo y Merodio, 1988).

A continuación se presenta una serie de trabajos en forma de conferencias, que pueden ser posible fuente para que futuros investigadores los puedan consultar.

Meses después del terremoto, la Universidad Iberoamericana organizó un ciclo de conferencias en el que participaron las siguientes instituciones:

"Los efectos psicosociales de los sismos de septiembre de 1985".

Dr. Julián McGregor.

Lic. Ma. del Rocío Archundia G.

Lic. Idalia Mandujano López.

Universidad Nacional Autónoma de México.

"Modelos de intervención psicosocial en situaciones de crisis: resultados preliminares".

Dr. Eduardo López Gibson.

Profa. Paula Padilla Galina.

Dr. Carlos Pucheu Regis.

Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

"Resultados generales de casos de atrapamiento".

Dr. Remus Araico.

Asociación Mexicana Psicoanalítica.

"Conductas Psicosociales en la comunidad de San Juan Ixhuatepec"
Mtra. Mireya Zapata Tarragona
Mtra. Betty Sanders Brocado
Universidad Autónoma Metropolitana. Plante Xochimilco.

"Reacciones psicológicas ante un desastre"
Dr. Marcelo Valencia
Instituto Mexicano de Psiquiatría

"Relación institución-organización autónoma"
Lic. Pablo Cabañas Díaz
Universidad de las Américas.

"Victimología: Comportamiento del desastre síndrome de estrés post-traumático"
Dr. Alfredo Jalife
Universidad de las Américas

"Un intento en el abordaje de los problemas emocionales provocados por el sismo de septiembre de 1985"
ProFr. Alfredo Flores Vidal
Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala/UNAM.

"Mito y realidad acerca del comportamiento humano frente al desastre"
E.I. Quarantelli, Ph. D.
Russel A. Dynes, Ph. D.
Codirectores del "Disaster Research Center"
Universidad de Delaware

"En conexión con el desastre"
Napoleón Campos
U.I.A.

"Secuelas psicosociales del terremoto. Una mirada desde el salón escolar"

Psic. Napoleón Campos

U.I.A.

"Reflexiones acerca de la participación y organización de damnificados en un albergue no gubernamental".

Ps. Laura Ruth Lozano Treviño

Ps. Victoria Morton Gómez

Ps. Ma. Luisa Marga Meler

Universidad Nacional Autónoma de México

"Consideraciones sobre la intervención en albergues institucionales".

Lic. Estela del Valle Querrero

Lic. María Rosario Espinoza Salcido

Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala/UNAM.

"Experiencia de un entrenamiento en situaciones de evacuación en un centro preescolar"

Lic. Ma. Eugenia López Rodríguez

Mtra. Blanca García y García

Dra. Elemi Hernández Sánchez

Universidad Nacional Autónoma de México

"¡No corro! ¡No grito! ¡No empujo!"

Dr. Jesús Díaz

UIA

"Análisis periodísticos sobre la ayuda psicológica frente al desastre"

Psic. Ana María Pallares

Psic. Fayno Esquivel

Psic. Ofelia Rivera

Universidad Nacional Autónoma de México

"Intervención psicoterapéutica en el caso de una catástrofe"

Dr. Felipe Flores

C.P.M.

"Relaciones transferenciales y contratransferenciales en grupos de intervención en crisis"

Lic. Ma. Celia Abrego

Lic. Marisela Mir

A.M.P.P. AC

"Aplicaciones de la psicoterapia de emergencia en grupos terapéuticos"

Dra. Esther Cimet de Aliphaz

Dra. Dolores M. Sandoval

A.M.P.P. AC

"Crisis social, intervenciones grupales con niños"

Dra. Adela Jinich de Wasongarz

Dra. Silvia Benenati y Teresa de la Serna

AMPAG/UNICEF

"Los grupos como instrumento para abordar situaciones de crisis"

Dra Beatriz Orosco

AMPAG AC

"El papel del trabajador primario en el manejo, detección, tratamiento y prevención de complicaciones emocionales de las víctimas de desastres naturales. La experiencia de Armero Colombia".

Dr. Bruno Lima, profesor asistente del departamento de psiquiatría de la Universidad John Hopkins

Baltimore, E.U.A.

NOTA: El tema de esta conferencia está incluido en esta tesis.

"Intervención en crisis con orientación dinámica en el terremoto de 1985"

Dra. Isabel Díaz Portillo

Mtra. Irma Lorenzen

AMPAG/UNAM

"Una intervención psicológica a raíz de septiembre de 1985"

Psic. Gabriel Araujo P.

Psic. Carmen Pardo de A.

UAM-X Círculo psicoanalítico mexicano

"Efectos del desastre civil en la Cd. de México: Intervención psicológica, asesoría y participación en escuelas".

Dr. Pablo A. Cuevas C.

APM/Centro Educacional

TANESQUE

"Formación de promotores de salud mental en estados de emergencia".

Dra. Rosa Doring

Dr. José Luis González Chagoyán

Dr. Jorge Margolis

AMPAG AC

NOTA: La autora de esta tesis formó parte de este grupo (Gpo. MAMUT)

"Intervención psicológica"

Dra. Rosa Doring

Dr. José Luis González Chagoyán

AMPAG AC

"Participación del ITESO en el desastre del sur de Jalisco"

Héctor Villalpando

ITESO

"Características clínicas de la población damnificada por los sismos"

Dr. Jorge Caraveo

Instituto Mexicano de Psiquiatría

"Un audiovisual por el grupo de ciencias de la comunicación".

ITESO.

"Diagnóstico de salud en el área de las colonias Morelos, Janitzio y Emilio Carranza. D.F. secundario a los terremotos de septiembre".

Varios autores

Psic. Rodolfo Rivas T.

UAM-Xochimilco

"Lucha y organización de los vecinos damnificados del centro de la Cd. de México"

Mtra. Alejandra Massolo

UNAM

"Taller de orientación psicopedagógica: un instrumento para contrarrestar los desequilibrios emocionales ocasionados por los sismos del mes de septiembre de 1985".

Dr. Jacobo Grinberg Z.

UNAM/SEP

"Un trabajo institucional en casos de desastre"

Lic. Isabel Menéndez G.

IMPPA AC

"La intervención de la clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo, AC, después de los sismos de 1985: Experiencias y proposiciones".

Dr. Octavio Márquez

Dra. Magdalena Juárez

AMPAG AC

"Análisis de la intervención del psicólogo ante situaciones de desastre, a partir de la participación en el programa 'Centros de orientación psicológica de la SEP' "

Equipo de psicología de Centros de Desarrollo Infantil de la SEP.

Ma. José García.

"Todos tienen derecho, también nosotros: Aplicación de una intervención breve de emergencia a un grupo de directivos del magisterio, a raíz del desastre civil de septiembre de 1985".

Dra. Raquel Berman

Dra. Gloria Roel

AMPP AC

"Evaluación de necesidades 8 meses después del sismo en Cd. Guzmán"

Miriam Muñoz Carvajal

Martha Vidrio Checa

ITESO

"Servicios Psicológicos a la comunidad después de un sismo"

Dr. Raúl Martínez

Universidad de California, E.U.

"Estrategias de intervención psicológica en situaciones de desastre".

Lic. Ofelia Contreras

Lic. Ofelia Desatnik

ENEP IZTACALA/UNAM

"Intervención del COP (Centro de Orientación Psicológica), en desastres"

Lic. Gina del C. Fontanot

U.I.A.

"Reporte del modelo utilizado como entrenamiento en la etapa posterior al terremoto (acciones conjuntas ILEF-UNICEF)"

Dr. Ignacio Maldonado M.

Dra. Estela Troya

Dra. Margarita Díaz

Dr. Javier Vicencio

"Enfoque sistemático en la Terapia Breve: El trabajo con la familia en situaciones de emergencia".

Psic. Andrés Villa Soto

Psic. Leonor Díaz de León

ENEP IZTACALA/UNAM

"Intervención en brigadas hospitalarias durante el sismo de septiembre de 1985".

Lic. Josstte Benavides T.

Dra. Ma. Blanca Moctezuma

UNAM

"Formación de paraprofesionales, una alternativa de prevención en casos de desastre"

Lic. Pablo Moch

U.I.A.

"De la práctica al modelo de intervención"

Dr. Juan Lafarga

Dra. Elena Córdoba

U.I.A.- Instituto de Psicología y Desarrollo Humano A.C.

"Tipos de crisis detectadas en una muestra poblacional general (Resultados preliminares)"

Mtra. Paula Padilla Calina

Dr. Carlos Pucheu Regis y Eduardo López Gibson

Dr. José Juan Sánchez Báez y Mario Gómez Espinosa

IM PSIQ

"Intervención y organización de trabajo comunitario después de un desastre civil".

Dr. José Camacho

A.P.M.

"La intervención psicológica en situaciones de desastre"

Organización de Brigadas

Dra. Carmen Blanco

Mtro. Jorge Palacios

"Desestructuración de las instituciones a raíz de un fenómeno natural".

Dr. Héctor Morán

Psic. María Dolores Balcázar

U.I.A.

"Comportamiento Social Colectivo en situaciones de desastre"

Psic. Claudette Dudet

UNAM. Laboratorio de Psicología Social.

"La formación de la consciencia sísmica: La vida es primero. Una guía para prevenir los efectos de los temblores".

Lic. José Antonio Aguilar.

Dr. Fernando Díaz Infante.

IMAU: Instituto Mexicano de Administración Urbana.

NOTA: Citas de este libro se encuentran incluidas en esta tesis.

"Lucha y organización de los vecinos damnificados del Centro de la Ciudad de México".

Mtra. Alejandra Massolo.

UNAM

Como resumen daremos a continuación la lista de algunas instituciones que participaron después del terremoto de septiembre de 1985 y en el ciclo de conferencias antes mencionado:

C.C.C.: Centro de Capacitación Cinematográfica.

I.M.S.S.: Instituto Mexicano del Seguro Social.

SEP.: Secretaría de Educación Pública.

Universidad John Hopkins.

Universidad de las Américas.

Universidad de California.

ILEF.: Instituto Latinoamericano de Familia.

C.P.M.: Círculo Psicoanalítico Mexicano.

TTESO.: Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Oriente.

DIPPA. A.C.: Instituto Mexicano de Psicoterapia psicoanalítica para el adolescente.

ANPAG. A.C.: Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo.

ANPP. A.C.: Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica, A.C.

A.P.M. A.C.: Asociación Psicoanalítica Mexicana, A.C.

EPSIC.: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

UNAM.: Universidad Nacional Autónoma de México.

ENE IZTACALA/UNAM.: Escuela de Estudios Profesionales Iztacala UNAM.

UAM.: Universidad Autónoma Metropolitana.

U.I.A.: Universidad Iberoamericana.

Universidad Anáhuac.

I.N.A.U.: Instituto Mexicano de Administración Urbana.

EL ROL DEL PROMOTOR EN SALUD MENTAL

Los desastres, en especial en los países en desarrollo, traen grandes pérdidas humanas y materiales. De los desastres en este siglo con más de 25 000 muertos sólo dos ocurrieron en países desarrollados, los otros 15 ocurrieron en los países en desarrollo, con un total de 4 millones de muertos. Los recursos especializados en salud mental, escasos en el mundo en desarrollo aún en las situaciones rutinarias, se tornan insuficientes en situaciones de desastre de gran magnitud, cuando la morbilidad psiquiátrica aumenta.

Aunque la atención primaria sea la estrategia maestra para el logro de la meta de "salud para todos en el año 2000", poco o ningún énfasis ha sido dado al papel del promotor en salud mental en la atención de salud de la "OMS" sobre la extensión de los servicios de salud mental en los países en desarrollo nos muestra que es posible capacitar al promotor en salud mental en la asistencia de salud mental a los pacientes que visitan los puestos y centros de salud en situaciones rutinarias. Sus acciones de salud mental incluyen:

- a) Primeros auxilios en urgencias neuropsiquiátricas.
- b) Identificación y manejo de problemas psiquiátricos o psicosociales comunes.
- c) Manutención del psicótico crónico.
- d) Apoyo a las familias de alto riesgo.
- e) Remisión de pacientes.
- f) Educación de la familia sobre desarrollo psicosocial y necesidades de los ancianos y de los minusválidos.
- g) Apoyo y educación al enfermo mental sobre cuidado propio.
- h) Colaboración con los líderes de la comunidad para desarrollar actividades que promuevan y protejan la salud mental.

Se torna necesario que estas actividades sean ajustadas a la situación específica de desastre, incluyéndose entonces.

- 1) Conocimiento y manejo de la psicopatología vista en desastres (crisis, estrés, pérdidas y duelo, adaptación, etc.).

* Organización Mundial de la Salud.

- 2) Utilización de diversas modalidades de tratamiento (intervención en crisis, terapia de grupo, psicoterapia local, psicofarmacología).
- 3) Conocimiento del sistema de desastres (habitación, atención médica, ayuda financiera, servicios humanos).
- 4) Utilización de los recursos familiares y comunitarios existentes.

Con la finalidad de atender los problemas psicosociales de los damnificados, diversas actividades deberán desarrollarse en la atención primaria de salud mental en las áreas de capacitación, educación, planeación e investigación. Actividades de capacitación y educación deben emplear metodologías adecuadas y enseñar los contenidos específicos para desastres. Por ejemplo, el uso de manuales y otros recursos que permitan al promotor en salud mental identificar y manejar los problemas emocionales y psiquiátricos de las víctimas, como ansiedad, depresión, alcoholismo y síndromes post-traumáticos. Desde el punto de vista de planeación el papel del sector especializado en salud mental deberá ser de capacitación, educación y consultoría al promotor en salud mental y no de asistencia a las víctimas. Idealmente, un equipo de salud mental, a nivel regional o nacional, especializado en desastres, deberá tener la capacidad de desplazarse al área de desastre y entrenar al equipo de salud mental local en la capacitación de los trabajadores primarios. Así, el entrenamiento del promotor en salud mental en los aspectos psicológicos de desastre ocurrirá "ad hoc", no siendo parte de sus conocimientos rutinarios. Se cree que transcurrirá por lo menos algún tiempo antes que los trabajadores primarios empiecen a atender, en los puestos y centros de salud, a las víctimas con problemas emocionales, tiempo que es suficiente para el proceso de su capacitación en esta área específica. Los trabajadores primarios, se convierten en promotores de salud mental y debidamente capacitados, prestarán servicios directos de salud mental a los damnificados, familias y comunidades. El equipo local de salud mental estará disponible para evaluación y/o tratamiento de pacientes remitidos, cuyos problemas psiquiátricos sean muy complejos para el manejo adecuado al nivel primario de atención, pero la atención en salud mental para las víctimas será prestada por los promotores en salud mental, garantizándose una identificación oportuna de los problemas emocionales y su manejo integrado, longitudinal y participativo.

EL SOCORRISTA COMO TRABAJADOR PRIMARIO

El Socorrista Como Una Persona.

"Soy Lourdes Calvario, tengo 28 años, me dedico a trabajar en la ENEP Acatlán con los grupos de danza tanto contemporánea como regional".

"El 19 de septiembre a las 9 de la mañana me enteré que el edificio Nuevo León se había caído. En ese edificio vivía la maestra Carmen Castro, directora del grupo de danza contemporánea de la Rueda, donde trabajó; sin pensarlo me dirigí hacia allá. Al ver el edificio reducido a escombros empecé a gritar ¡Carmen!, ¡Jorge!, porque también allí vivían José Sandoval, un ex bailarín que se dedica a ser técnico. Por azares de la vida, esa noche José se quedó a dormir en casa de su amigo. Se salvó".

"En el Nuevo León, a las 9 de la mañana, la gente gritaba: -Hay alguien allí adentro, por favor ayuden. Nadie sabía por dónde meterse, todo eran ruinas, olía muchísimo a gas, corría el rumor de que iba a explotar la tubería subterránea, a pesar de todo esto me metí en un agujero".

"Adentro grité ¡Carmen!, ¡Jorge! Nunca me contestaron. Seguí gritando. Era tanta mi desesperación por la maestra Carmen, que más que nada lloraba de impotencia, de rabia. Veía yo el tamaño de las lozas y decía: Esto no es posible; nadie va a poder levantarlas; a pulso nunca se podrán levantar. A las 3 de la tarde me di cuenta que ya no podía gritar, estaba afónica".

"A las 11 de la mañana empezaron a sacar heridos, mucha gente aún estaba viva, pero también vi a los muertos.

En el momento en que empezaron a sacar muertos, no se por qué, pero, tuve la certeza de que a Carmen y Jorge iba yo a encontrarlos, pero muertos".

"Seguí ayudando, a los vivos los ayudaba a llegar al DIF, a cruzar Reforma; allí tomaban sus datos y les decían a que hospital ir; los canalizaban según su estado de salud. Puse atención también en los cadáveres. Quizá de tanta gente que estaba sacando se me fue alguna.

La verdad todavía no me explico por qué me fui a la delegación. Pregunté:

- ¿Hay cuerpos del edificio Nuevo León?

- Aquí hay de todo, pásele, si encuentras nos dices y te hacemos el acta de defunción.

Permanecí 10 minutos fuera de la delegación dándome valor.

- Bueno, se trata de Carmen, a la que adoro y respeto, tengo que entrar..."

"Me concentré porque jamás en mi vida había visto un cadáver. Entré, pero corriendo, y creo que cegada por las lágrimas no vi nada. Salí, me puse a llorar y me dio coraje en contra de mi misma. Me dieron ganas de correr. Me tranquilicé, entré, vi cuerpo a cuerpo; niños, mujeres y hombres; vi muy bien y no había ningún cuerpo que fuera el de Carmen, salí y regresé al Nuevo León para seguir ayudando, pero a las siete de la noche ya estaba el ejército y no nos dejaron entrar. Dije que eran mis familiares, insistí mucho, y por fin, pude entrar por la parte de atrás con mi lámpara de mano, lo cual era absurdo".

"Hicimos un nuevo túnel y al alumbrar entre los escombros vi una mano, y la verdad ya no pude, me agoté, me salí muy rápido; fui a sentarme bajo un árbol y esperé".

"Mis amigos me vinieron a buscar y me dijeron 'va a ser un verdadero milagro si encontramos a Carmen y a Jorge vivos, no hay sobrevivientes del decimotercer piso'".

"Cada vez que avisaban que habían sacado más cuerpos corría yo a ver si eran ellos, y lo más horrible es que corría también a la delegación, había tantos cuerpos en el piso que los tenían que brincar para poder buscar a sus gentes.

No había luz, una lámpara de gas alumbraba los cadáveres. Hice tres viajes a la delegación esa noche. Regresé a mi casa a las 6 de la mañana, y a las 9 me hablaron para pedirme que fuéramos mi hermana Dalila y yo al Hospital Juárez".

"Acepté, pensé que iba a ser más fácil, pero si en el Nuevo León se escuchaban gritos y gente que pedía auxilio, en el Hospital Juárez oí bebés. Cuando me acerqué con la pala para quitar los escombros y escuché a un bebé, me quedé petrificada, no pude, oí al bebé llorar y dije:.

- Dios mío, qué hago, es que el miedo me está venciendo. Por más que traté de darme valor mi cuerpo no me obedecía. Dalila me dijo:

- O ayudas o te largas! Las dos llorábamos, ni cuenta nos dábamos de las lágrimas que nos iban escurriendo. Me pasé allí todo el día removiendo escombros y haciendo túneles para llegar a la gente".

"Nunca pude ayudar a sacar a alguien, tenía miedo de llegar a donde estaba la gente, viva o muerta me impresionaba mucho. De ahí me regresé al Nuevo León a ver que pasaba. Al llegar me enteré que los cadáveres estaban siendo llevados a la Quinta delegación.

Corrí hacia allá. Era impresionante ver la fila de gente esperando para poder pasar a identificar los cuerpos. Ya eran las siete de la noche del viernes. Entré, empecé a caminar, y en el momento en que me agaché para ver un cuerpo dije:

- Dios mío, ya me estoy mareando, estoy muy mal, y escucho un grito: ¡Está temblando! Me alcanzó el segundo temblor adentro de la delegación Cuauhtémoc, identificando cadáveres; había sólo una escalera de caracol para este edificio de dos pisos. "Esto se va a venir abajo, porque está este nuevo edificio".

"Me fui repegando a la pared rumbo a la escalerita; nos caímos en la escalera, nos pisaron; del suelo me levanté como pude y una mano me agarró la mía: ¡Ayúdeme, ayúdeme, por favor! Lo pesqué de la mano, nunca supe a quién ayudé a bajar la escalera, salimos y seguía el temblor. Fué muy impresionante ver en el aire como se juntaban los cables de la luz y hacían corto en la noche. Entonces pegué la carrera hacia el Eje 1 Norte, porque en lo primero que pensé fue en mi familia corrí desde la delegación Cuauhtémoc hasta mi casa.

Esa noche ya no quise volver al Nuevo León, necesitaba mirar a mi familia por mucho tiempo, para grabarme bien sus caras, porque dije: Bueno a lo mejor si sigue temblando en una de esas me quedo. Dormimos en la calle pero a pesar de eso me quedé profundamente dormida".

"Ya para el sábado, en Tlatelolco, nos avisaron que los cadáveres no habían ni en la esquina ni en la séptima delegación y que se los estaban llevando al parque de Cocuya, por Jamaica, y que teníamos que

ir porque el 21, el 22 a más tardar los cuerpos sin identificar los iban a calcinar y enviar a la fosa común.

Hablé por teléfono a mis amigos y me dijeron que debía ir a alcanzarlos, que era muy importante buscar entre los cadáveres para evitar que los echaran a la fosa común, que eran 30 los compañeros buscando a Carmen Castro, pero aún así, eran demasiado los cadáveres.

Me fui a Cocuya... llegué y desde afuera me empezaron a picar mucho la nariz y los ojos por el formol que les inyectaron a los cadáveres, y la forma tan exhaustiva en que los habían fumigado.

- Haga cola por favor!

Ibamos formados, uno tras otro, en la entrada nos fumigaban, nos desinfectaban también y así pasábamos, entrábamos de 20 en 20 desfilando frente a los cadáveres. El olor era intolerable. Había cuerpos tan mutilados que era imposible identificarlos.

- No hay nada, vamos de aquí. Llegué a mi casa y me entró una crisis de llanto. En la madrugada me llevaron al doctor, él dijo que tenía una tensión nerviosa aguda, me dio medicamentos y me dijo que no saliera. Permanecí en la casa, muy inquieta hasta que a las seis de la tarde no aguanté, y me fui al Parque Delta". "Allí también tuve que formarme, esperé una hora, encontré a dos maestros de la ENEP Acatlán, una de ellas mujer, y entramos. En la puerta, cuando vio los cadáveres la maestra se desmayó. Entonces le dije al maestro: Cuidala, yo voy a ver rápidamente y regresó.

Caminé entre los cuerpos y de repente, a mitad del recorrido, eran cientos, miles, muchos más que el día anterior, me dije: Ya no puedo ver un cadáver más ya no puedo. Salí muy mal y un señor en la entrada me preguntó, al verme tan deprimida:

- ¿Qué pasó encontró a su gente?

- No señor, no acabé de recorrer, con permiso. Y antes de que me detuviera salí corriendo y me senté en la banqueta a llorar. Me vieron tan agotada que me fueron a dejar a mi casa".

"El lunes 23, un perito nos dijo que teníamos que desalojar la casa.

El martes me fui a acompañar al hijo de Carmen a hacer guardia frente al edificio Nuevo León. Permanecí allí de las 7 de la mañana

a las seis de la tarde, y en ese lapso nunca dimos con Carmen. Me fui a la casa de mis parientes y le hablé a una compañera.

- Ya encontramos a Carmen.

- ¿Está viva?

- Está muerta.

- ¿Dónde está?

- Carmen Castro se fue a la fosa común.

Eramos personas buscando a Carmen ¿Cómo es posible tanto trabajo para que nadie la hubiera reconocido? Ella acabó en la fosa común, como desconocida, nadie pudo identificar ni a Jorge ni a Carmen. Sabemos que acabó en la fosa común por la familia de Jorge Sánchez, porque a ellos les avisaron que a muchos cadáveres los habían sacado por la parte de atrás del Nuevo León y los habían llevado de inmediato al Panteón de Dolores. La familia de Jorge fue a identificarlo y a Carmen la reconocieron porque traía una pulserita como de corazoncitos.

A Jorge lo reconocieron por la ropa que llevaba un día antes del temblor. Por esa descripción creemos que son ellos, pero que nosotros podamos decir que sí son ellos, no; se fueron como desconocidos".

"Caray que irónica es la vida, sigo pensando que la vida reprobó a Carmen, la vida no le permitió terminar su ensayo..."

"La única posible solución a mi dolor fue regresar al rescate, esta vez, en el conjunto Pino Suárez..."

Siento que lo que me indujo a seguir rescatando cuerpos -aunque nunca logré sacar a nadie vivo, sólo saqué cinco cadáveres-, fue el amor, la administración a la maestra Carmen Castro. Fue como decirle 'Miss, me acordé de ti, éstas son las rosas que te gustan a ti!'.*

Socorristas Voluntarios
Rescatistas

Trabajador Primario Entrenados en
Promotor en Salud Mental. Necesidades de capacitación.

* Relato tomado de "La Jornada". (4,5 de octubre de 1985). Págs. 32, 18, 32, 9.

ALGUNAS CONSIDERACIONES
RELACIONADAS A SOCORRISTAS
(DEL TERREMOTO DE 1985)

Muchos rescatistas están en crisis. Hace unos días uno de ellos dijo al doctor Xavier González: "Ayer toqué en una puerta y como a cinco metros de repente vi que una mujer se asomaba por la ventana y ¿sabe quién era? Era la mujer del vestido verde". La mujer del vestido verde era un cadáver rescatado por su brigada en el edificio Nuevo León. "La vi perfectamente. Era la señora que habíamos sacado del Nuevo León".

Otro rescatista que sacó el cadáver de un niño repetía una y otra vez que era idéntico a uno de sus hijos. Los traumas van en aumento. Ahora no sólo los de los damnificados, sino también los de los rescatistas, esto se debe a que nadie está acostumbrado, nadie sabe manejar el dolor.

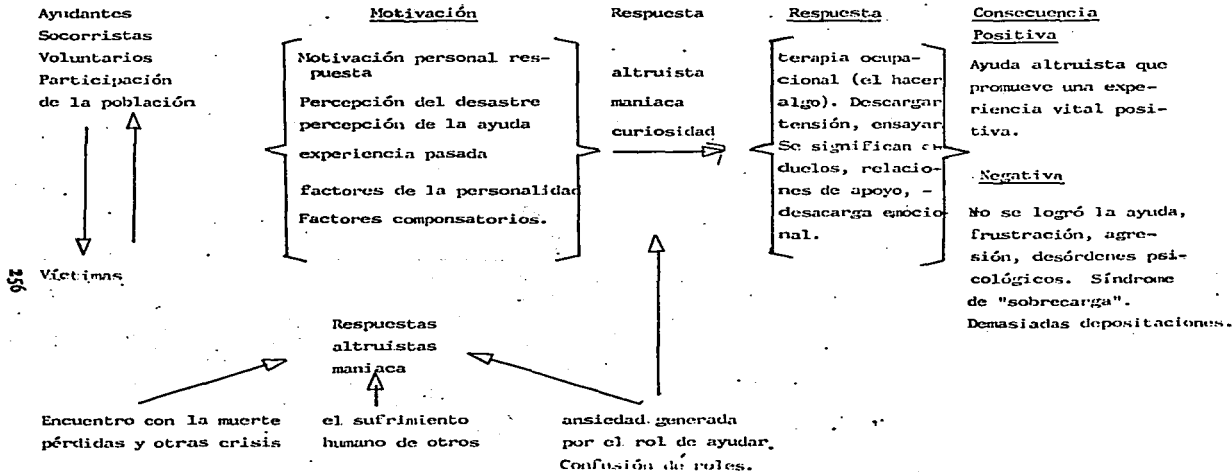
Por otra parte, es mentira que los rescates deban hacerlos gentes especializadas; que la gente común y corriente no debe tener acceso al edificio desplomado. Al contrario, el mejor rescate lo hacen los familiares, los amigos, porque son los que conocen como era la casa y las personas. Fue un error quitar a los familiares del sitio del derrumbe, porque no podían darle indicación alguna al rescatista.

Por último, se puede decir que los miles de hombres y mujeres que se metieron voluntariamente a hacer trabajo de rescate saben ahora que se necesita corazón, agallas, fuerza de voluntad e implementar un método de rescate*.

* Información sacada de la "Jornada", 18 de octubre de 1985. Elena Poniatowska. Página 32.

SOCORRISTAS

Los promotores y voluntarios como Víctimas potenciales o víctimas disfrazadas.



El rol del socorrista

Fuente: Raphael, B.; Singh, B.; Bradbury, L. 1980. Disaster: The helper's Perspective. Medical Journal of Australia. 2: 445-47.

ACTIVIDADES DE INVESTIGACION
SOBRE EL PAPEL DEL PROMOTOR EN SALUD MENTAL

Se está desarrollando una investigación sobre atención primaria en salud mental en el área de desastre. La investigación tiene los siguientes objetivos: a) Evaluar la frecuencia y los tipos de morbilidad psiquiátrica en los damnificados ubicados en los campamentos y en los pacientes que visitan los centros de salud del área afectada; b) Evaluar la capacitación del trabajador primario en la identificación y manejo de estos problemas. (Lima B. 1985).

A largo plazo los objetivos son:

a) Ampliar el conocimiento sobre la problemática emocional de las víctimas de desastre en los países en desarrollo; b) Identificar fallas y dificultades que el trabajador primario presenta en sus acciones de salud mental; c) Desarrollar metodologías y contenidos de capacitación y entrenamiento del trabajador primario para corregir estos problemas; y d) Monitorizar a las poblaciones investigadas para identificar factores de riesgos para el desarrollo de psicopatología crónica.

Los datos fueron recolectados 7 meses después de la tragedia. La metodología del estudio abarca la evaluación de damnificados y pacientes en dos zonas distintas: una con riesgo de una nueva avalancha y otra ubicada en un sitio seguro. El procedimiento es el siguiente: Se aplicó, a 200 pacientes y 200 desplazados, el "Cuestionario de Auto-Reportaje" que detecta la presencia de síndromes psicóticos y no psicóticos. Los sujetos que alcancen un resultado igual o mayor que 8 serán también remitidos a entrevista psiquiátrica, la cual es semiestructurada y los diagnósticos serán formulados con referencia a los criterios de la DSM-III.

Los instrumentos empleados para la evaluación de los pacientes recogerán información sobre sus datos demográficos y emocional, acontecimientos vitales recientes, morbilidad no psicótica, síntomas psicóticos, experiencia en desastres y estado cognitivo. Las acciones del trabajador primario con los pacientes que participan en la investigación también

serán evaluadas. Para el trabajador primario, se recogerá información sobre el paciente, su motivo de visita, los diagnósticos físicos y psicológicos, acontecimientos estresantes recientes, estado físico y mental y remisión. (Lima, B. 1985).

Existió mucha deserción en la búsqueda de ayuda psicológica una vez hecha la demanda, por los brigadistas. Esta ayuda la buscaban en centros de atención en crisis en la Facultad de Psicología de la UNAM, en las diversas asociaciones psicoanalíticas y sus consecuentes grupos de supervisión para trabajadores en salud mental que surgieron a raíz del desastre. La baja asistencia después de haber sido iniciada la demanda debió haber sido el trámite administrativo que tenían que cubrir para obtener este servicio. En otros casos la emergencia inicial y la angustia dio paso a la elaboración y tranquilidad. (G. Núñez, J.J. et. al. 1986).

El rol del socorrista como persona plantea una investigación por sí sola. Este rol no ha sido investigado empíricamente porque mucha literatura sobre desastres se basa sobre los efectos psicológicos en las víctimas.*

Es necesario ubicar el rol del socorrista como promotor en salud mental. Es necesario delinear la diferencia entre socorristas, trabajadores en desastres, promotores en salud mental y profesionales de la salud mental. Este conflicto de roles es consecuencia de la desorganización que ocurre después de un desastre. (Killiam 1952).

Para los médicos, trabajadores, socorristas y personal de ubicación que estuvieron en contacto con los afectados, lo recomendable era que evitaran las terribles cargas del sufrimiento de otros, formando grupos en donde pudieran compartir sus experiencias con otros.

Estos grupos de supervisión para socorristas elaboran sobre la fantasía inconsciente de sus padres que no los retuvieron porque no eran dignos de quedarse, porque eran malos. (González Núñez, J.J., Cámara C., Vázquez R., Cabadas B. y Quintanar M. 1986).

* González Núñez, J.J. et. al. 1986.

Equipo de Salud Mental
Especializado
Regional/Nacional

Capacitación
Educación
Consultoría
Investigación

Equipo de Salud Mental
Local

Capacitación
Educación
Consultoría

Equipo de Salud
General/Primaria

Otros
Sectores

Comunidad

Asistencia o
remisión al Equipo de
Salud Mental

Familias

Víctimas

Socorristas (del terremoto de 1985)

Muchos rescatistas están en crisis. Hace unos días uno de ellos dijo al doctor Xavier González: "Ayer toqué en una puerta y como a cinco metros de repente vi que una mujer se asomaba por la ventana y ¿sabe quién era? Era la mujer del vestido verde". La mujer del vestido verde era un cadáver rescatado por su brigada en el edificio Nuevo León. "La vi perfectamente. Era la señora que habíamos sacado del Nuevo León".

Otro rescatista que sacó el cadáver de un niño repetía una y otra vez que era idéntico a uno de sus hijos. Los traumas van en aumento. Ahora no sólo son los de los damnificados, sino también los de los rescatistas, ésto se debe a que nadie está acostumbrado, nadie sabe manejar el dolor.

Por otra parte, es mentira que los rescates deban hacerlos gentes especializadas; que la gente común y corriente no debe tener acceso al edificio desplomado. Al contrario, el mejor rescate lo hacen los familiares, los amigos, porque son los que conocen como era la casa y las personas. Fue un error quitar a los familiares del sitio del derrumbe, porque no podían darle indicación alguna al rescatista.

Por último, se puede decir que los miles de hombres y mujeres que se metieron voluntariamente a hacer trabajo de rescate saben ahora que se necesita corazón, agallas, fuerza de voluntad e implementar un método de rescate.*

*Información sacada de "La Jornada", 18 de octubre de 1985. Elena Poniatowska. Página 32.

RESUMEN

El problema que se plantea en esta investigación es la relación entre una experiencia traumática súbita e intensa y las ramificaciones a largo plazo derivadas de ella. La pregunta específica que planteamos fue: "¿Los sobrevivientes que han experimentado un desastre muestran los síntomas de una neurosis posttraumática 5 meses después de ocurrir el desastre?".

Esta investigación se basó en gran parte en el trabajo de Fritz y Williams (1957), quienes sostienen que la mayor parte de la gente que vive un desastre, ya sea directa o indirectamente, o que se identifica con las víctimas sufre algún tipo de trastorno emocional en el período inmediato al desastre. Sin embargo afirman que esas manifestaciones no causan trastornos psicológicos serios. Otros investigadores en este campo concurren con Fritz y Williams y afirman que muy rara vez se producen enfermedades mentales serias después de un desastre (Chapman 1962; Wilson, 1962; Drayer, 1957).

En contraste, el estudio de Moore (1957) acerca de los tornados que azotaron a las ciudades de Wako y San Angelo en Texas, en 1953, demostró que si hubo efectos emocionales definidos a largo plazo como consecuencia de estos desastres varios años después. El estudio realizado en 1957 por Moore y Friedsam acerca del tornado de Dallas de 1957 confirmó este punto de vista.

Dos explicaciones posibles para estos hallazgos contradictorios son:

- 1) Que los estudios de Moore se realizaron en un período considerablemente más largo que los estudios anteriores, y
- 2) Que los estudios anteriores se limitaron a trastornos psicológicos severos que requerían de psicoterapia.

Esta investigación adoptó la posición de que existen efectos a largo plazo derivados de un desastre y se empeñó en comprender mejor el proceso de los desastres y el grado en que las víctimas sufren efectos post-traumáticos 5 meses después de ocurrido el evento.

Para lograr esto la presente investigación se dividió en dos partes:

La primera se basó en un método para comprender la experiencia psicológica del sujeto que vivió un desastre que no tiene precedente. El uso del inventario de personalidad y de prueba proyectiva, además del enfoque tradicional para el estudio de desastres -la entrevista- han mejorado la comprensión de los procesos psicológicos del sujeto que ha vivido un desastre.

La muestra aceptada para llevar a cabo este estudio consistió en los sobrevivientes calbergos que voluntariamente quisieron ser entrevistados, de los que respondieron a todas las preguntas y siguieron los procedimientos de los instrumentos aplicados, y de las personas que afirmaron que no tenían ningún antecedente psicológico o psiquiátrico anterior al desastre. El contacto con cada sobreviviente duró entre una y dos horas. El procedimiento para llevar a cabo la entrevista comenzó con una entrevista general en la que se recopilaron datos concernientes a variables demográficas.

Los procedimientos de evaluación que se utilizaron en esta parte de la investigación fueron: (1) Una versión modificada del MMPI, (2) La entrevista estructurada con preguntas abiertas, (3) El T.A.T. Esto, para seleccionar individuos de alto riesgo en desórdenes post-desastre.

Después de la entrevista general, se le pidió a los sujetos que completaran la versión modificada del MMPI. Esta fue calificada a mano según los procedimientos de evaluación de esta prueba y fue analizada de acuerdo a Dahlstrom y otros. El resumen del perfil fue posteriormente codificado de acuerdo a los criterios expuestos por Fenichel (1945) para las neurosis traumáticas.

Finalmente se realizó una entrevista estructurada con preguntas abiertas compuestas de siete preguntas relacionadas con el desastre.

Los resultados indicaron que 5 meses después de ocurrido el desastre, los sobrevivientes si experimentaron síntomas registrables y observables, de una neurosis traumática. Los resultados muestran que 62.5 por ciento de los casos responden a los cuatro criterios principales o síntomas de una neurosis traumática. El resto de los casos (37.5 por ciento) presentaron por lo menos a tres de los cuatro criterios o síntomas. Los hallazgos de este estudio respaldan la afirmación de la pregunta que se planteó en esta investigación.

La segunda parte (El trauma del desastre dentro del "proceso albergue") se basó en otro método para comprender la experiencia psicológica del grupo de damnificados que sufrieron el trauma del desastre dentro del "proceso albergue". Esta parte describe el escenario del albergue, los habitantes de la Colonia Roma, la organización dentro del albergue, el trabajo psicológico realizado con los albergados y la presentación de los casos que se dieron a través de los seis meses que el albergue funcionó. Los sujetos de esta muestra fueron vistos en psicoterapia de apoyo durante seis o más sesiones algunos, con seguimiento hasta que se cerró el albergue. Lo importante de esta investigación fue presentar la experiencia del "proceso albergue" y su reorganización hacia la autogestión. Se hace una breve mención de la breve participación de la comunidad psiquiátrica y psicológica. Dentro del proceso se expone el modelo de intervención psicológica que los promotores en salud mental llevamos a cabo con los albergados a través de las diferentes etapas después del desastre. Finalmente se concluye que , ante esta evaluación final es necesario capacitar a los promotores de salud mental que interviene en albergues.

EL METODO

Para comprobar la parte "A" la muestra está compuesta de ocho casos de sobrevivientes al temblor de la Ciudad de México en 1985, que habitaba el albergue estudiado. Estas personas eran residentes de los multifamiliares Juárez en la Colonia Roma, en donde se desplomaron varios de los edificios que conformaban el conjunto habitacional. Otros eran trabajadores de la Secretaría de Estado que era la responsable de manejar el albergue, y que conservaron su trabajo en el deportivo, después del sismo. Todos eran damnificados, pero no se pudo determinar si existía damnificación previa en cuanto a marginación, etc. Esta muestra contiene cuatro sujetos masculinos y cuatro femeninos, tres parejas de casados, un sujeto masculino soltero y una femenina soltera. Todos son residentes de la Ciudad de México. Las entrevistas fueron realizadas una semana después del sismo y el estudio se completó cinco meses después que fueron aplicados los cuestionarios y pruebas. Las pruebas aplicadas a esta muestra dentro del encuadre (A) de este estudio

fueron: 1) Una versión modificada del MMPI, 2) La prueba proyectiva TAT., 3) La entrevista estructurada. Los procedimientos utilizados en la entrevista fueron para recopilar información sobre variables demográficas.

El perfil obtenido fue codificado de acuerdo a los cuatro criterios de Fenichel.

- 1) La disminución o bloqueo de varias funciones yoicas.
- 2) Período de descargas emocionales incontrolables.
- 3) Disturbios del sueño, pesadillas sobre el trauma vivido y obsesiones relacionados al trauma.
- 4) Complicaciones psiconeuróticas secundarias.

Los resultados fueron evaluados cualitativamente y codificados en la forma descrita.

Además se presentan otros casos clínicos tratados en el albergue pero que no fueron sometidos al método aquí descrito, pero que presentan síntomas de neurosis traumática.

LOS RESULTADOS

El análisis de los resultados de esta investigación, tomó en cuenta cada uno de los criterios mayores sobre neurosis traumática relacionados con la muestra y en cada caso individualmente.

Los resultados en este estudio indicaron que las víctimas del terremoto sí experimentaron, cinco meses después del sismo, síntomas muy observables y cuantificables de una neurosis traumática.

Una generalidad de los resultados indica que el 62.5% de los casos estudiados concordaba con los cuatro criterios o síntomas de una neurosis traumática.

Los casos no sobresalientes (37.5%) coincidieron con tres de los cuatro criterios, afirmando y apoyando la hipótesis propuesta en esta investigación.

Los resultados generales concluyen que el sismo afloró los síntomas de neurosis traumática que fundamentaron el "trauma del desastre" en los damnificados que vivieron el "proceso albergue". Que este proceso implica en sí, otros traumas aquí documentados. El proceso de adaptación y reorganización de los albergados, produjo un proceso autogestivo

que se presenta, basado en algunos lineamientos de un programa de autogestión en albergues de la Facultad de Psicología de la UNAM. Otro resultado fue la desorganización que predominó en el trato con los albergados, por la improvisación que tuvo lugar. Otro factor importante fue la manipulación que vivieron los albergados a través del múltiple desarraigo al que fueron expuestos después del sismo y a las múltiples entrevistas a las que fueron sometidos por la confusión y duplicidad de intervenciones de los que pretendían ayudar como promotores en salud mental.

Finalmente se concluye que es necesario sistematizar el entrenamiento y capacitación del promotor en salud mental en casos de desastre, jerarquizando sus funciones y el rol participativo para poder destacar la ayuda en caso de desastres futuros. Los resultados obtenidos permiten ofrecer algunas medidas preventivas en el caso de desastres en el área civil y para futuras investigaciones.

Se incluyen 190 fichas bibliográficas y referencias.

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

A partir de los hallazgos de este estudio se concluyó que 5 meses después del desastre los sobrevivientes sufrían los síntomas de una neurosis traumática; esta conclusión apoya el argumento de que una experiencia psicológica traumática puede no ser algo transitorio y sin importancia, puede tener consecuencias perdurables y permanentes. Al analizar las implicaciones de este estudio se deben tomar en cuenta tres factores: (1) la severidad del trauma, (2) la manera en que se efectuó la evaluación, y (3) en qué momento se hizo la evaluación después de ocurrido el evento traumático.

Fritz (1957) señaló que se deben considerar varios factores cuando se comparan desastres: (1) la velocidad con la que se precipita el evento, (2) la naturaleza del agente destructor, (3) la intensidad del agente destructor, y (4) la duración. Cuando se reúnen todos estos criterios, como fue el caso del terremoto ocurrido en la Ciudad de México, se puede considerar que se trata de un desastre severo. Como resultado de esta severidad, existe un máximo de trastorno psicológico, manifestado a través del "proceso albergue".

Esta investigación tenía más probabilidades de responder afirmativamente a la pregunta planteada con respecto al desarrollo de una neurosis traumática que si se trata de un desastre leve o menos severo. Sin embargo, no implicamos que si se trata de un trauma menos severo excluye el desarrollo de efectos emocionales a largo plazo. Más bien podemos afirmar que entre mayor sea la severidad del trauma, más evidentes serán las ramificaciones de dicha experiencia. La marginación y carencias constituyeron un múltiple trauma.

Como los desastres y los traumas ocurren de diferentes formas y varían en cuanto al grado de severidad, se puede esperar que los efectos de este tipo de experiencias varíen también en cuanto a su naturaleza e intensidad. Para poder estudiar estas experiencias de la manera más productiva, sería de particular importancia contar con medidas confiables de alta sensibilidad con las que se puedan evaluar estos efectos. Este ha sido uno de los puntos que han

contribuido más a la controversia sobre la naturaleza de los efectos causados por una experiencia traumática. Es importante recalcar, para futuras investigaciones, una de las premisas consideradas por Fritz (1957) y después Ahearn y Rizo (1979) y retomada en esta investigación; el factor de la duración del desastre, se prolongó por la reubicación y migración posteriores. La identidad de estos sujetos sufrió un desmoronamiento y entró en crisis por el estrés de la pérdida de su vivienda y su comunidad. La reubicación, es un cambio de tal magnitud que implica la pérdida de objetos, incluyendo los más valorados como lo son: los familiares, los vecinos, los lugares, las costumbres, la ideosincrancia localista del barrio, las expresiones, el medio socio-económico, etc. A todo esto están ligados recuerdos e intensos afectos, igual que partes del Self (sí mismo) y a sus vínculos correspondientes a esos objetos.

De acuerdo a la literatura que existe sobre los desastres y sus efectos, se acepta el hecho de que con el tiempo, las personas se adaptan de nuevo, se restaura el equilibrio, o probablemente existe una reconstrucción en la que se establece un equilibrio totalmente nuevo (Wilson 1962). Así, hay un proceso de reorganización en el que las víctimas del trauma se trasladan de un lugar de caos a un orden. Este fue el "proceso albergue" en el cual, este proceso interno de reorganización es una función del tiempo. Dependiendo del lugar en el tiempo, en este continuo, los efectos del trauma cambian de tal manera que se vuelven más tolerables para el sujeto. Ampliando los conceptos de Wilson (1962), el equilibrio de los damnificados, objeto de este estudio, pudieron empezar a re-establecer fue a través del "proceso albergue" ya que el albergue se consolidó como un objeto transicional, una "matriz" temporal, donde las dinámicas cotidianas entre los albergados (y el grupo de administradores y voluntarios que se encontraban ahí), fueron constituyendo un proceso autogestivo que ayudó a restituir el equilibrio resquebrajado por el desastre. Es en este momento que la experiencia traumática se convierte en algo más tolerable y se puede esperar ya que se esté estableciendo un nuevo equilibrio y reorganización. Aunque se utilizara

una metodología organizadora adecuada, este nuevo estado de equilibrio puede ser hipersensible a cualquiera y a todos los aspectos del evento traumático. Por lo tanto, aún se disminuyen los efectos del trauma, el evento puede causar daños emocionales a largo plazo como lo sugirieron Moore (1957) y Moore y Friedsam (1959).

Hay una relación estrecha entre los resultados que arrojó la muestra en cuanto a síntomas de neurosis traumática y la conducta en los damnificados del albergue. Los síntomas depresivos que predominaron en la conducta cinco meses después se manifestaron en los procesos regresivos y en la dependencia explicitada al no poder abandonar el albergue; esperar a que las autoridades arreglaran sus asuntos, depositaciones de agresión en el gobierno, la apatía manifestada en no arreglar sus problemas laborales y de vivienda las excesivas demandas sobre el Director del albergue y los psicólogos, la vulnerabilidad de identidad que los hacía presa de grupos políticos que los indoctrinaban, igual que la búsqueda de un líder (padre autoridad) que les marcara una estructura. El "proceso albergue" se convirtió en "continente-contenido" que sirvió de matriz temporal de la que ya hablamos, en esta fase de indiferenciación regresiva. El equilibrio se fue constituyendo paulatinamente. Este fue basado en los factores que a continuación se exponen y que fueron los resultados de las entrevistas con los albergados y que destacaron tres aspectos fundamentales.

1) Preocupaciones básicas de los albergados con relación a empleados y voluntarios.

Se destaca la confusión y preocupación al desconocer paraderos de seres queridos. Excesiva ansiedad por la información masiva que fomentaba el rumor. Se mostró inquietud por saber el tiempo que estaría funcionando el albergue y el momento y dónde serían reubicados. Excesiva preocupación por la solución de viviendas permanentes y de trabajo. La falta de información adecuada generó diversos conflictos entre los albergados y personal administrativo. El personal quería cerrar el albergue y seguir atendiendo a los que querían hacer deporte en vez de a los damnificados, ya que este personal era de planta ante la Secretaría

de Estado que manejaba el deportivo-albergue. Se agudizaron conflictos entre los damnificados y voluntarios que querían ayudarlos ya que estos fueron depositarios de la angustia. Los albergados se resistían a colaborar y participar en cualquier tarea del albergue expresando insatisfacciones.

2) Opiniones acerca de los servicios.

Se manifestó la inconformidad por compartir con otras personas la invasión del espacio vital. La incomodidad de perder la privacidad. Otra área de conflicto se generó a través de la comida (la más primitiva) donde se reproducían las más arcaicas reacciones en cuanto a la cantidad (voracidad) preferencia, y modo de adquirirla. Aquí la depositación de la agresión fue hacia las personas que les proporcionaban los alimentos.

3) El perfil del damnificado.

El trauma del desastre psicológico fue observado dentro del "proceso albergue" entre sus diferentes particularidades según los tipos de población que ahí se encontraba. Esta participación dependía de los diferentes tipos de inclusión que se dieron: A) Población fija-Aquella que permaneció la mayor parte del día en el albergue y utilizó los servicios proporcionados. B) Población flotante-La que utilizó los servicios básicos del albergue y se desplazaba al exterior para realizar actividades diversas. C) Población externa-La que requería de los servicios de población, ropa y los alimentos sin emplear los dormitorios. Dentro de estos tipos de inclusión se delinearón cuatro tipos de damnificados:

1. Damnificados por pérdidas totales o parciales.
2. Damnificados por pérdidas de seres queridos o familiares.
3. Damnificados por pérdidas de seres queridos y pérdidas materiales.
4. Pérdidas de centros de trabajo.

Es importante que el gran número de elementos constitutivos hacen que la muestra no sea representativa, por lo tanto no es posible jerarquizar las deducciones, sobre qué factor de estrés por dislocación fue el más importante.

Factores de estres observados en los albergados.

1. Pérdida de la dignidad humana y la dependencia hacia otros. Se destaca la humillación y devaluación a los que fueron objeto algunos damnificados por la pérdida de vivienda y pertenencias y que a su vez tenían que convivir con personas de diferentes clases sociales que se expresaban a través de otras costumbres y lenguaje. El contraste de clases sociales fue un factor estresante para ellos hasta que el proceso autogestivo les designó roles y puestos administrativos que les ayudó a integrar la dignidad e integridad que habían perdido. Esto les equilibró la crisis existencial transitoria de no sentirse útiles ni necesarios dentro de su nuevo habitat (Fastlicht, Caballero, Carvajal, Carrillo, Merodio 1988).

2. Pérdida de la dignidad. Las expresiones verdaderamente humillantes y devaluatorias al tener que escoger la ropa donada en posiciones intimidantes, como lo eran tener que arrodillarse en las canchas de juego a buscar diferentes tallas; ocasionando pleitos entre sí por quién agarraba la prenda primero. Esta humillación la vivieron más los que pertenecían a cierta clase social que antes del desastre ya contaban con ciertas comodidades. El conflicto por lo donado se agudizó al rumorarse que los administradores del albergue se robaban las mejores prendas; habiendo una acusación pública en una publicación que camiones llegaban por la noche a llevarse las donaciones pertenecientes a los damnificados (Fastlicht, Caballero, Carvajal, Carrillo y Merodio 1988).

3. Pérdida de la comunidad, vecindad y círculo social. La manipulación de la que fueron objeto los albergados al ser divididos hacia nuevos albergues que surgían por procesos políticos, y que tenían que ser habitados sin importar las necesidades de pertenencia identidad y afectos que ya se habían empezado a desarrollar. (Fastlicht, Caballero, Carvajal, Carrillo y Merodio 1988).

Para nosotros los voluntarios fue doloroso el llegar al albergue y ver que un día antes sin previo aviso alguna familia o persona a la que habíamos tratado en situación terapéutica ya no se encontraba. Cabe agregar que la relación intensa que se dió a través de esos seis meses dificultó la elaboración de la separación, sobre todo cuando no había abiso. Lo preocupante una vez más, era la disolución de los vínculos afectivos, de pertenencia a un lugar y a un grupo, ya que los damnificados en esta instancia eramos todos. Esto surgió por la confusión de roles que se dió al principio de la formación del albergue y que se retoma en cuanto a deslindar la participación y el rol del promotor en salud mental para futuras investigaciones en desastres.

Nunca se pudo establecer la cantidad de albergues en general que se instalaron porque a menudo estos se fucionaban, se subdividían o desaparecían. Una implicación importante de esta investigación es destacar la alta manipulación que sufrieron estos albergados porque un funcionario decretó que era mejor desconcentrar a varios de un solo sitio por el miedo a un levantamiento político que surgiría al unificar las fuerzas grupales y que aquí se consolidaran grupos capaces de presionar al gobierno. Esta situación fue generalizada en el trato con los damnificados en toda la ciudad. A partir de la tercera semana después del sismo la burocracia volvió a dividir a los albergados, ofreciendoles la posibilidad de habitar otros albergues instalados por algun grupo político altamente motivado por la estrategia política que ese albergue implicaba. En ocasiones eran los mismos albergados quienes optaban por subdividirse y abandonar el albergue habiendo solucionado sus problemas de vivienda, muchas veces viajando a la provincia por el miedo de las secuelas del sismo. Toda esta gran movilización en el albergue de este estudio marcó el ritmo de adaptación de la intervención psicológica. De los albergues se puede decir que en general posibilitaron que surgieran otros grupos políticos que hoy subsisten; por la toma de conciencia sobre las injusticias antes no afloradas. Cabe destacar que los albergues sacaron a la luz situaciones sociopolíticas dignas para hacer otras investigaciones. El proyecto con atrapados del Dr. José Remus Araico, sintetiza las transformaciones del resentimiento social que destacó el sismo. Estas personas vivían marginadas y el proceso albergue los juntó. Sugerimos

que se lleven a cabo investigaciones con estos y con otros sobrevivientes en otro desastre en intervalos de seis meses por lo menos durante los próximos dos años. Los esfuerzos por aumentar el número de sujetos de la muestra y por utilizar análisis estadísticos, apoyarán y sustentarán la aseveración de que un trauma psicológico puede ser de una experiencia devastadora. Es por esto que como conclusión final esta investigación subraya la importancia de definir el rol del promotor en salud mental que va a minorar esta experiencia devastadora.

El desastre nos tomó por sorpresa, todas las estructuras tanto físicas como emocionales se vinieron abajo no había modelos ni estrategias en salud mental que seguir. Mucho se improvisó. Ante estas improvisaciones los promotores en salud mental dentro del albergue nos adaptamos dentro de este proceso teniendo que solucionar los siguientes problemas. Sugerimos se tomen en cuenta en cuanto a la capacitación futura de promotores en salud mental en albergues.

- 1) El promotor en salud mental es capacitado para crear estrategias dentro del albergue, creando un encuadre y espacio para trabajar en la ayuda psicológica, tomando en cuenta la crisis transicional en la que se encuentran los damnificados.
- 2) Poder proporcionar servicios de emergencia y de intervención en crisis dentro del medio ambiente caótico y desestructurado.
- 3) Hacer alianzas con otros profesionales dentro del sistema de emergencia. Esta relación sistémica toma en cuenta la colaboración multidisciplinaria, de todas las fuerzas (Autoridades Institucionales, Paramédicos, Cruz Roja, etc.)
- 4) Estar capacitado para confrontar una adaptación que cambia rápidamente adaptándose a la fenomenología de la crisis en la conducta de la víctima.
- 5) El estar capacitado para asumir como promotor en salud mental, otras funciones y responsabilidades que a menudo no tiene nada que ver con su profesión (conflicto de roles). Tener la espontaneidad de cambiar sus roles terapéuticos, sin perder de vista su especificidad profesional.

6) Tener en cuenta que las intervenciones psicológicas deben ser enfocadas hacia síntomas y conductas o niveles de malestar en la víctima; sin embargo, el promotor en salud mental deberá tomar en cuenta la estrecha interrelación que existe dentro de las fuerzas del sistema del post-desastre (las intervenciones gubernamentales con sus estructuras sociopolíticas etc.) y su participación. Esto implica una adaptación del promotor en salud mental dentro del proceso albergue.

Como conclusión final proponemos que los estudios que se realicen en el futuro, deberán tomar en cuenta que existen deficiencias relacionadas con las investigaciones de desastre en general, y de ésta en particular. Por supuesto que es difícil prepararse para un desastre. Uno nunca sabe cuando ocurrirá ni en qué forma. Además de que es necesario idear métodos que proporcionen la información acerca del estado del sujeto antes del desastre, aún se requiere de mucha planeación para poder estudiar el comportamiento posterior al evento traumático. Existen muy pocas investigaciones en la literatura acerca de los efectos a largo plazo de un desastre. Además, prácticamente no ha habido estudios que investiguen los efectos psicológicos a largo plazo en forma sistemática y detallada. Es necesario que se conduzcan mejores investigaciones, es decir, que los investigadores vayan más allá de realizar simples entrevistas. El uso de inventarios de personalidad, técnicas proyectivas y mejores procedimientos en las entrevistas pueden proporcionar medidas más exactas de los efectos traumáticos en períodos más largos, para poder implementar mejores estrategias en salud mental para las víctimas en desastres.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Anderson, W.A. Social Structure and the Role of the Military in Natural Disaster. Sociology and Social Research, 53, 242-253, 1969.
- 2.- Bailey, K.D. Monothetic and Polythetic Typologies and Their Relations to Conceptualization, Measuring and Scaling. Am. Social Rev., 38, 18-33, 1973.
- 3.- Baker, G.W. and Chapman, D.W. Man and Society in Disaster. New York: Basic Books Inc., 1962.
- 4.- _____ and Cotrell, L.S. behavior Science of Civil defenses. Disaster Study No. 16: Washington, D.C. Natural Academy of Sciences, 1962.
- 5.- Barde, J.W. Organized Response to Disaster: A Typology of Adaptation and Change. Mass Emergency, 3, 87-104, 1978.
- 6.- Barret, J.E. Stress and Mental Disorder. N.Y. Raven Press, 1979.
- 7.- Barton, A.H. Community in Disaster. garden City, N.Y. Anchor, Doubleday, 1970.
- 8.- Bartrop, R.W., et. al. Depressed Lymphocyte Function after Bereavement. Lancet, april 16, 1977: 834-36.
- 9.- Baspirtz, H. et.al. Anxiety and Stress. New York, McGraw-Hill, 1955.
- 10.- Bates, F.L., Farrell, W.T., et.al. Recovery, Change and Development: A Longitudinal Study at the 1976 Guatemal Earthquake. Athens: Univ. Ga: 1982.
- 11.- _____, Foglemen, C.V., et. al. The Social and Pshychological Consequences of Disaster. A Longitudinal Study of Hurricane Audrey. Nat. Res. Council. Disaster Study No. 18. Wash. D.C. Nat: Acad. Sci., 1963.
- 12.- Battisti, F. Thresholds of security in Different Societies, Disaster, 4 101-105, 1980.
- 13.- Beach, H.D. and Lucas, R.A. Individual and Group Behavior in a Coal Mine Disaster. Nat. Res. Council. Disaster Study No. 13. Wash.D.C. Nat. Acad. Sci, 1960.

- 14.- Bell, W.D. Disaster Impact and Response: Overcoming the Thousand Natural Shocks. Gerontologist, 18, 531-540, 1978.
- 15.- Bernert, E. and Ikle, F.C. "Evacuation and the Cohesion of Urban Groups" American Journal of Sociology, 58:133, 138, 1952.
- 16.- Bettelheim, B. "Individual and Mass Behavior in Extreme Situations", Journal of Abnormal and Social Psychology, 38:417-452, 1943.
- 17.- Belliauskas, L.A. Stress and its Relationships to Health and Illness Colorado: Westview Press, 1982.
- 18.- Birnbaum, F., Coplon, J. and Scharf, I. Crisis Intervention after a natural Disaster. Social casework, 54, 545-551, 1973.
- 19.- Blanford, G. and Levine, J. Crisis Intervention in a earthquake. Social work, 17, 16-19, 1972.
- 20.- Bolin, R.C. Long Term family recovery from disaster. Boulder: Inst. Behav. Sci., Universidad Colorado, 1982.
- 21.- Brewster, H.H. "Separation Reactions in Somatic Disease and Neurosis", Psychosomatic Medicine, 14:154-160, 1952.
- 22.- Breznitz, S. Stress in Israel, N.Y.: van Nostr and Reinhold Company, 1983
- 23.- Brown, R. Mass Phenomena. In G. Lidsy (ed) Handbook of Social Psychology.-- Cambridge, Mass.: Addison Wesley, 1954.
- 24.- Bucher, Rue. "Blame and Hostility in Disaster", American Journal of Sociology, 62:467-475, 1957.
- 25.- Burby, R.J. and French, S.P. The U.S. Experiment in Managing Flood Plain land Use. Disasters, 4, 451-457, 1980.
- 26.- Burton, I., Kates, R.W. and White, G.F. The Environment of Hazard. N.Y.: Oxford Univ. Press, 1979.
- 27.- Cabral Calvillo, G. Estudio Comparativo de las secuelas emocionales de los Sismos de Sept. 1985. En 3 grupos poblacionales. Tesis en publicacion 1988.

- 28.- Cantril, J. The Invasion from Mars: A Study in the Psychology of Panic. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1940.
- 29.- Campuzano, M., Carrillo, J., et. al. Psicología para Casos de Desastre. Ed. Pax, México, Octubre de 1987.
- 30.- Caplan, G. Principles of Preventive Psychiatry. N.Y.:Basic Books, 1964.
- 31.- _____ . Support Systems and Community Health: Lecture in Concept Development. N.Y. :Behavioral Publications, 1974.
- 32.- Chapman, D.W. "A Brief Introduction to Contemporary Disaster Researcha", in G.W. Baker and D.W. Chapman Eds. man and Society in Disaster. N.Y.:Basic Books, 1962, pp. 3-22.
- 33.- Cisin, I.H., and Clark, W.B. "The Methodological Challenge of Disaster Researcha, in G.W. Baker and D.W. Chapman, op. cit. pp.23-49.
- 34.- Clifford, R.A. The Rio Grande Flood. nat. res. Council. Disaster Study No. 7, Wash, D.C. Nat. Acad, Sci., 1956.
- 35.- Climent, C.E., et. al. Mental Health in Primary Health care. Who Chronicle 34, 231-236, 1980.
- 36.- Cobb, S. and Lindemann, E. "Neuropsychiatric Observations: The Coconut Grove Disaster". Annals of Surgery, 117:814-824, 1943.
- 37.- Cohen, R.E. and Ahearn Jr., F.L. Handbook for mental Health care of Disaster Victims. John Hopkins University baltimore, 1980.
- 38.- Coleman, J.S. "Relational Analysis: the Study of Social Organization with Survey Methods", in A. Etzioni ed., A Sociological Reader of Complex Organizations. N.Y.: Holt, Reinchart and Winston, 1969, pp. 517-529.
- 39.- Colmenares, Elena. Las Terribles catástrofes y el Cometa. México, Libra, 1986.

- 40.- Dahlstrom, W.G. and Welsh, G.S. An NEPT Handbook: a Guide to Use in Clinical Practice and Research. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1960.
- 41.- Danzig, E.R., Thayer, P.W. and Gataner, L.R. The Effects of a Threatening Rumor on a Disaster Stricken Community. Nat. Res. Council Disaster Study No. 10, Wash. D.C. Nat. and Sci., 1958.
- 42.- Davis, M.A. Few Comments on the Political Dimension of Disaster and Disaster Assistance. Disaster, 2, 134, 1978.
- 43.- Delisle, R.G. and Woods, A.S. Children and Death: Coping Models in Literature. "Psychotherapy: Theory, Research and Practice", 14, 438 - 443, 1977.
- 44.- Deutsch, H. "Absence and Grief", Psychoanalytic Quarterly, 6:12-22, 1937.
- 45.- DeVille, C. Maladies Transmissibles et Surveillance Epidémiologique - lors des Désastres Naturels. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, 57: 153-165, 1979.
- 46.- Disaster Research Group. Field Studies of Disaster Behavior. Nat. Res. Council Disaster Study No. 14, Wash. D.C. Nat. Acad. Sci., 1961.
- 47.- Dohrenwand, B.S. and Dohrenwand, B.P. Stressful Life events: Their Nature and Effects. Am. Behav. Sci. N.Y. Wiley and Sons, 1974.
- 48.- Dombrowski, W.R. Another Step Toward a Social Theory of Disaster. Kiel, West Germany. Ins Social, Christian Albrechts University.
- 49.- Drabek, T.E. "Methodology of Studying Disaster: Past, pattern and Future Possibilities". Am. Behav. Sci., 13: 322-343, 1970.
- 50.- _____ Alternative Patterns of Decision-making in Emergent Int-
tiorganizational networks. Int. J. Mass. Emergency and Disaster, 1, "in press.

- 51.- _____ and Key, W.H. "Conquer in Disaster": Family Recovery and Long-term Consequences. N.Y.: Irvington.
- 52.- _____, Mush Satel, A. and Kilijanek, T.S. Earthquake Mitigation Policy: The Experience in Two states. Boulder: Ins. Behav. Sci. Univ. Colorado, 1983.
- 53.- _____, Taminga, J.L., Kilijanek, T.S. and Adams, C.R. Managing Multi-organizational Emergency response: Emergent Research and Rescue Area Settings. Boulder: Inst. Behav. Sci. Univ. Colorado, 1981.
- 54.- Dynes, R.B. Organizational Involvement and Change in Community Structure in Disaster. Am. Behav. Sci., 13, 430-439, 1970.
- 55.- _____. Organized Behavior in Disaster. Lexington, Mass: Health, 1970.
- 56.- _____, Hass, J.E. and Quarentelli, E.L. Some Preliminary Observation on Organizational Responses in the Emergency Period After the Niigata Earth-quake of June, 1964. Research Report II. Disaster res. center, Ohio ST. Univ. Columbus, 1964.
- 57.- Ellemers, J.R. and Langgeved, H.M. Studies in Holland Flood Disaster, 4 vols. wash. D.C. national Acad. Sci., 1955.
- 58.- Erikson, K.T. Everything in its Path. N.Y.: Simon and Schuster, 1976.
- 59.- Fairchild, T. J. and White, D.J. Organizational Response to mental Health Needs of Elderly Disaster Victims. denton: cent. Stud. Aging North Tex. State Univ., 1981.
- 61.- Farber, I.J. "Psychological Aspects of Mass Disaster", Journal of the National Medical Association, 59:340-345, 1967.
- 62.- Fastlicht Kurian, Stephanie; Caballero, Gloria; Carvajal, Daniel; Carrillo, Gonzalo, y Merodio, Martha. Implosión-la Intimidación en un Albergue Testimonios del terremoto en México. Septiembre de 1985. Ed. 'Dianna (por publicarse en 1983).

- 63.- Feder, L. "A five Continents' Perspective of Group Therapy's Intervention Aiding Victims of Natural of Man-Made Catastrophes. Panel. Published Abstract Book.9th International Congress of Group Psychotherapy, 24-29 August 1986, Zagreb, Yugoslavia, pp. 111-112.
- 64.- _____ "The Therapeutic and Sheltering Role of Group Psychotherapy - Challenged by "End of the World" Fantasies, Realities, Uncertainties and Actualities. Paper, abstract published Abstract Book.9th International Congress of Group Psychotherapy, 24-29 August, 1986, Zagreb, Yugoslavia, pp. 112-113.
- 65.- Fenichel, O. The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York: Norton, 1945.
- 66.- Fernández Calderón, Julieta, Cohen DeGovia, Guillermo, et al. El Grupo Operativo, México, Textos Extemporáneos, 1983.
- 67.- Fiebel, H. The meaning of death. N.Y. McGraw-Hill Books, 1959.
- 68.- _____. Death-relevant variable in psychology. In: R. May (ed), Existential Psychology N.Y. Random House, Inc., 1961.
- 69.- _____. New meanings of death. N.Y. McGraw-Hill Books., 1977.
- 70.- Form, W.H. and Nosow, S. Community in disaster. N.Y. Harper, 1958.
- 71.- Forman, R.E. Resignation as a collective behavior response. Ann. J. of Sociology, 69, 283, 290., 1964.
- 72.- Freud, A. Ego and Mechanism of Defense. New York: International Universities Press, 1946.
- 73.- Freud, S. Mourning and melancholia. In selected papers. N.Y. Random House, Inc. 1959.
- 74.- _____. Thoughts for the times on war and death (J. Revere, Trans.) In Collected papers (Vol. 4) N.Y. Basic Books (Originally Published 1915) 1959a.

- 75.- Friesema, H.P., Caparaso, J., et al. After-math: Communities after natural disasters. Beverly Hills, Calif. Sage, 1979.
- 76.- Fritz, C.E. "Disasters Compared in Six American Communities", Human Organization, 16:6-9, 1957.
- 77.- _____, and H.B. Williams, "The Human Being in Disasters: a research perspective", Annals of the American Academy of Political and Social Science, 309:42-51, 1957.
- 78.- _____, Disasters, In R.K. Merton and R.A. Nisbet (eds) Contemporary Social Problems. N.Y.: Harcourt, 1961.
- 79.- Garza, Enrique De la. Góngora, Janette, et al. Esto Pasó en México. México, Textos Extemporáneos, 1985.
- 80.- Geipel, R. Disaster and reconstruction. The Friuli (Italy) earthquake of 1976, Transl. P. Wagner. London: Allen and Unwin, 1982.
- 81.- Goldberger, L., and Breznitz, S. Handbook of Stress: Theoretical and Clinical aspects. N.Y.: The Free Press, 1982.
- 82.- González Nuñez, J.J.; Cámara C., G.; Vázquez R., et al. Un modelo grupal los efectos psicológicos en los brigadistas. Alétheia, No. 7, pág. 31-41. Revista de la I.I.P.C.S. México 1987.
- 83.- _____, et al. Síntomas, mecanismos defensivos y elaboración del duelo en la fase de reconstrucción del sismo de 1985. Alétheia Revista de psicología No. 8, 1987. I.I.P.C.S.
- 84.- Goodman, Jeffrey. Nosotros la Generación de los Terremotos. México, Diana, 1983.
- 85.- Gorer, G. Death, grief, and mourning. Garden City, N.Y.: Doubleday and Company, Inc. 1965.
- 85b.- Galván Millán, E; García Hernández, V; Jiménez Hernández, E; Macotela Flores, S; Ortega Andeane, P; Urbina Soria, J; Vidal Rossi, P; Domínguez Trejo, B. Programa General de Autogestión Comunitaria en albergues para Damnificados. UNAM 1985.

- 86.- Grollman, E.A. Explaining death to children. Boston: Beacon Press, 1967.
- 87.- Grillman, E.H. Talking about death-a dialogue between parents and child (Rev. ed.) Boston: Beacon Press, 1976.
- 88.- Harding, T.W. Psychiatry in rural-agrarian societies. *Psychiatric Annals* 8: 302-310, 1978.
- 89.- _____, et al.. Mental disorders in primary health care: A Study of their frequency in four developing countries. *Psychological Medicine*, 10:231-241, 1980.
- 90.- Hernández Guzmán, Laura. El cuidado de la salud mental de menores en situaciones de desastre. Octubre de 1985. Imprenta Universitaria.
- 91.- Hirose, H., and Perry, R. Similarities and differences between American and Japanese response to volcanic eruptions. Presented at 10th World Cong. Social, Mexico City, 1982.
- 92.- Hoff, A.L. People in Crisis: Understanding and helping. Calif.: Addison-Wesley Publishing, 1978.
- 93.- Huarte Trujillo, Mc; Duran Contreras, A.M; Ortiz De Z, Y.; Ramos M.C.; Notas 'sobre' los efectos de los Sismos en la Colonia Roma. Sociológica Verano 87 año 2 # 4, p.p. 127-130
- 94.- Janis, I.L.: Psychological Stress: Psychoanalytic and Behavioral Studies of Surgical Patient. N.Y.: J. Wiley and Sons, 1958.
- 95.- _____ Stress, attitudes and decisions: Selected papers. N.Y.: Praeger, 1982.
- 96.- Kalish, R.A. y Reynolds, D.K. (1981) Death and ethnicity: A psycho-cultural Study (2nd printing) Farmingdale, N.Y. Baywood (Orig. publi. by Univ. South Calif. Press, 1976).

- 97.- Kaplan, H.B. Psychosocial Stress. Trends in theory and research. N.Y.: Academic Press, 1983.
- 98.- Kastenbaum, R., and Aisenberg, R. The psychology of Death. N.Y. Springer, 1972.
- 99.- Killian, L.M. An introduction to methodological problems of field studies in disaster. Natl. Acad. Disaster Study No. 9. Wash. D.C.: Natl. Acad. Sci. 1956.
- 100.- _____. The significance of multiple group membership in disaster. Am. J. of Sociology, 57, 309-314, 1952.
- 101.- _____. "Some Accomplishments and some needs in Disaster Study", Journal of Social Issues, 10:66-72, 1954.
- 102.- Kelin, D.C., and Lindenmann, D. Preventive intervention in individual and family crisis situations. In G. Caplan (ed) Prevention of mental disorders in children: Initial explorations. N.Y. Basic Books, 1961.
- 103.- Koegler, R.R., and Hicks, S.M. The destruction of medical center by earthquake. California Medicine, 116, 63-67, 1972.
- 104.- Kreimer, A. Post-disaster reconstructions planning: The cases of Nicaragua and Guatemala. Mass Emergence, 3, 23-40, 1978.
- 105.- Kropps, G.A. The organization of disaster response: Core concepts and processes. Int. J. Mass Emergence and Disaster, 1, In press, 1983.
- 106.- _____. Modeling the organization of disaster response. Presented at the Ann. Mect, Midwest Social. Soc., Kansas City, 1983.
- 107.- _____. Sociological inquiry and disaster research Annual Review of Sociology, 10, 309-330, 1984.

- 108.- Gibler-Ross. On death and dying. (A five tape cassette obtainable through Ross Medical Associates, S.C.: 1925 Sylran Ct., Flossmoor, Ill, 60422).
- 109.- _____ Coping with death and dying. N.Y. Macmillan Company, 1969.
- 110.- _____ Death, the final stage of growth. Englewood cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc., 1975.
- 111.- Lang, K., and G.E., Lang "Collective Responses to the threat of Disaster" In G. H. Gossler, et al., eds., The Threat of Impending Disaster. Cambridge Massachusetts: The M.I.T. Press, 1964, pp 59-75.
- 112.- Lazarus, R.S. "A Laboratory Approach to the Dynamics of Psychological Stress" In G.A. Gossler, et al., eds., The Threat of Impending Disaster. Cambridge, Massachusetts: the M.I.T. Press, 1964, 99. 34-57.
- 113.- _____ Psychological Stress and the coping process. N.Y. McGraw-Hill Book Co., 1966.
- 114.- _____ R.S., and Monat, A. Stress and Coping: An Anthology. N.Y.: Columbia Univ. Press, 1977.
- 115.- Leik, R.K., Carter, T.M. and Clark, J.P. Community response to natural hazard warnings. Minneapolis: Univ. Minn. Fam. Study Cent., 1981.
- 116.- Lima R. Bruno. El papel del trabajador primario en la Atención de la Salud Mental para Víctimas de Desastres en los Países en Desarrollo. Experiencia en Armero, Colombia. 1985.
- 117.- Lindemann, E. "Symptomatology and Management of Acute Grief", American Journal of Psychiatry 101:141-148, 1944.
- 118.- Luchina, Isaac. El Grupo Balint. Buenos Aires, Paidós, 1982.

- 119.- Logan, L., et al. A Study of the Effects of Catastrophe on Social Disorganization. Chevy Chase, Maryland, Operations Research Office, 1952.
- 120.- Macías Raymundo., Curso sobre intervención en crisis. Curso Facultad de Psicología. Septiembre 20, 1985.
- 121.- Mack, R.W., and G.W. Baker. The Occasion Instant: The Structure of Social Responses to Unanticipated Air Raid Warnings. Disaster Study No. 15 Washington D.C. National Academy of Sciences-National Research Council, 1961.
- 122.- Manning, D.H. Disaster Technology. N.Y. Pergamon Press, 1976.
- 123.- Marks, E.S., and C.E. Fritz. "Human Reactions in Disaster Situations". National Opinion Research Center, 1954.
- 124.- Martí, Fernando, Arvide Isabel, et al. El temblor. Almanaque de México, 1985.
- 125.- McLuckie, B.I. The Study of functional response to stress in three societies. Unpublished Ph. D. Dissertation. Columbia Dep. of Sociology, The Ohio State Univ.
- 126.- Meichenbaum, D., and Jaremko, M.E. Stress reduction and prevention. N.Y. Plenum, 1983.
- 127.- Menninger, K.A. "Psychological Aspects of the Organism Under Stress", Journal of the American Psychoanalytic Association, 2:67-104, 280-309, 1954.
- 128.- Mileti, D.S. Human adjustments to the risks of environmental extremes. Social Soc. Res., 64, 327-348, 1980.
- 129.- _____. Drabek, T.E., and Hass, J.E. Human systems and extreme environments. Boulder: Inst. Behav. Sci., Univ. Colo, 1975.

- 130.- Ministerio de Salud, Colombia. Servicio de Salud del Tolima (1955) informe de actividades realizadas. Subprograma de atención post-desastre.
- 131.- Moore, H.E. Tornados Over Texas. Austin University of Texas Press, 1957.
- 132.- _____. "Some Emotional Concomitants of Disaster", Mental Hygiene, 42:45-50, 1958.
- 133.- _____. and H.J. Friedsam. "Reported Emotional Stress Following a Disaster", Social Forces, 38:135-139, 1959.
- 134.- Musacchio, Humberto. Ciudad Quebrada. México, Oceano, 1986. National Institute of Mental Health: Emergency Services Branch.
- 135.- _____. Training Manual for Human Service Workers in major Disasters -by Norman L. Farberow- DHHS Pub. No. (ADM) 83-538.
- 136.- _____. Field Manual for Human Service Workers in Major Disaster - DHEW Pub. No. (ADM) 78-537.
- 137.- _____. Human Problems in Disasters: A Pamphlet For Government Emergency Disaster Services Personnel -DHEW Pub. No. (ADM) 78-539.
- 138.- _____. The Media in Disaster -DHEW Pub. No. (ADM) 78-540.
- 139.- _____. Manual for Child Health Workers in Major Disasters -by Norman L. Farberow and Norma Gordon- DHHS Pub. No. (ADM) 81-1070; available through GPO, #017-024-01115-1.
- 140.- _____. Aircraft Accidents: Emergency Mental Health Problems -edited by Calvin J. Frederick- DHHS Pub No. (ADM) 81-956.
- 141.- _____. Crisis Intervention Programs Disaster Victims in Smaller Communities -by Kathleen J. Tierney and Barbara Baisden- DHHS Pub. No. (ADM) 83-675.
- 142.- _____. Disaster and Mental Health: an Annotated Bibliography -Compiled and edited by Frederick L. Ahearn, Jr. and Raquel E. Cohen- DHHS Pub. No. (ADM) 84-1311; available through GPO, # 017-024-01227-1.

- 143.- _____ . Disaster Work and Mental Health: Prevention and Control of Stress Among Workers -by Don M. Hartsough and Diane Myers- DHEIS Pub. No. (ADM) 85-1422.
- 144.- _____ . Disasters and Mental Health: Selected Contemporary Perspectives- edited by Barbara Sowder- DHEIS Pub. No. (ADM) 85-1421.
- 145.- _____ . Innovations in Mental Health Services to Disaster Victims -edited by Mary Lystad- DHEIS pub. No. (ADM) 85-1390; available through GPO # O17-024-01269-6.
- 146.- Núñez, O. J.; Aplicación del Inventario Múltiple de la Personalidad MMPI a la Psicopatología. Ed. El Manual Moderno. México, 1982.
- 147.- Parrino, J.J. From Panic to Power. The Positive Use of Stress. N.Y.: J. Wiley and Sons, 1979.
- 148.- Pelanda, C. Disaster and Order. Presented at the 10th World Congr. Social. México City, 1982.
- 149.- Perló Cohen, Manuel. Historias de la Colonia Roma. Julio de 1983. Microhistoria de la Ciudad de México. I.N.A.H. Revista Año ; No. 19.
- 150.- Perry, R.W. Environmental Hazards and Psychopathology: Linking natural Disaster with Mental Health. Environ. Mgmt., 7, 331-339.
- 151.- _____ , Green, M. and Mushkatel, A. American Minority Citizen in Disaster. Tempe: Ariz. State Univ. Cent. Public Afft., 1983.
- 152.- Perry, S.E., Silbert, E. and Bloch, A.B. The Child and his Family in Disaster. Nat. Acad. Disaster Study No. 5. Wash. D.C., 1957.
- 153.- Pine, V.R. The Social Context of Disaster. In V.R. Pine (ed) Responding to Disaster. Milwaukee: Belfin, 1974.
- 154.- Polner, R. and Barron, A. The Question Children Ask. N.Y. MacMillan Company, 1964.

- 155.- Prince, S. catastrophe and Social Change. London: kind, 1920.
- 156.- Quarantelli, E.L. The Natural and Conditions of Panic. Am. J. Social. 60, 267-275, 1954.
- 157.- _____ . Images of Withdrawal Behavior in Disaster: Some Basic Misconceptions. Social Problems, 9, 68-79, 1960.
- 158.- _____ . Disaster: Theory and Research. London Sage, 1978.
- 159.- _____ . Evacuation Behavior and Problems Findings and Implications From the Research Literature. Columbus: Disaster Res. Cent., Ohio State Univ., 1980.
- 160.- _____ . An Acute Specific or an all Disaster Spectrum Approach to Sociobehavioral Aspects of Earthquakes? Presented at 3rd. Int. Con. E con. Aspects of earthquake and Plann. to Mitigate Impacts, Bled, Yugoslav-
lavia, 1981.
- 161.- _____ . Sheltering and Housing after Major Community Disasters: Case Studies and general Observations. Columbus: Disaster Res. Center, Ohio State Univ., 1982.
- 161.- _____ . Delivery of Emergency Medical Services in Disaster: Assump-
tions and Realities. N.Y.: Irvington, 1983.
- 162.- _____ and Lynes, R.R. Group Behavior Under Stress: A Required Con-
vergence of Organizational and Collectives Behavior Perspectives. Socio-
logy and Social Research, 52, 416-429, 1968.
- 163.- _____ and Dynes, R.R. Response to Social Crisis and Disasters. Ann.
Rev. Social, 3, 23-49, 1977.
- 162.- _____ and Russel, R.D. Community Conflicts: Its Absence and Its
Presence in natural Disaster. Mass Emergencies, 1 (2), 139-152, 1976.
- 163.- _____ . What is a Disaster? The Need for Clarification in Defini-
tion and Conceptualization in Research. In Sawyer, B.J. (ed) Disaster
and Mental Health. Selected Contemporary Perspectives. National Institute
of Mental Health: Rockville.

- 164.- Radloff, R. and McLearnich, R. Groups Under Stress: Psychological Research in Scenlab II. N.Y.: Appleton Century-Crofts, 1968.
- 165.- Raphael, B. The Anatomy of Bereavement. N.Y. Basic Books, 1983.
- 166.- Rapoport, L. The State in Crisis: Some Theoretical Considerations. In H. J. Parod (ed), Crisis Intervention : Selected Reading. N.Y. Family Service Association of America, 1966.
- 167.- Romas-Araico, José. Lineamientos para Conducir una Historio Clínica en Atrapados en el Terremoto de la Ciudad de México. Sept. 1985. Proyecto de Investigación con Atrapados en el Terremoto (En proceso).
- 168.- Rossi, P.H., Wright, J.D., Weber-Durbin, E. and Percina, J. Act of God Acts of Man: Victimization by Natural Hazards in U.S. Amherst: Soc. and Demoger. Res. Inst., Univ. Mass., 1982.
- 169.- _____ Natural Hazard and Public Choice: The State and Local Policies of Hazard Mitigation. N.Y.: Academic, 1982.
- 170.- Schaffer, H.R. "Behavior Under Stress a Neuropsychological Hypothesis", Psychological Review, 61:323-333, 1954.
- 171.- Schneider, D.M. "Typhoons on Yap", Human Organization, 16: 10-15, 1957.
- 172.- Smith, M.H. American Religious Organizations in Disaster: A Study of Congregational response to Disaster. Mass Emergenc, 3, 133-144, 1978.
- 173.- Stallings, R.A. Social Aspects Related to the Dissemination and Credibility of Earthquake Predictions in Cross-Cultural Perspective. In Proceedings of earthquake Prediction. Pp/ 59-70. Tokyo: Terra Sci. UNESCO, 1982
- 174.- Thompson, J.D. Organization in Action. N.Y.: McGraw-Hill, 1967.
- 175.- Tierney, K.D. and Baisden, B. Crisis Intervention Programs for Disaster Victims: A Sourcebook and Manual of Mental Health. Rockville, Md: Natl. Inst. Mental Health, 1979.

- 176.- Trévit Alvarez, Nini. Yo Viví un Terremoto. México, Jus, 1986.
- 177.- Turner, R.H. Types of Solidarity in the Reconstitution of Groups. Pac. Social Rev., 10, 60-68, 1967.
- 178.- _____. Earthquake Prediction Volunteer: What can the U.S. Learn from China? Man Emergence, 3, 143-160, 1978.
- 179.- _____ and Killian, L.N. Collective Behavior. N.J. Prentice Hall, 1957.
- 180.- _____, et. al. Community Response to Earthquake Threat in Southern California: Final Report. 10 vols. Los Angeles; Inst. Soc. Sci. Res., Univ Calif. L.A., 1980.
- 181.- Wallace, A.F.C. Tornado in Worcester and Exploratory Study of Individual and Community Behavior in a Extreme Situation. Disaster Study No. 3. Wash.D.C. Nat. Res. Coun., 1956.
- 182.- Weller, J.M. The Social Organization of Disaster Response. MA Thesis. Columbus: Ohio State Univ., 1969.
- 183.- _____ and Quarentelli, E.H.L. Neglected Characteristics of Collective Behavior. Aa. J. Social., 79, 665-685, 1973.
- 184.- Wenger, D.E., James, T.F. and Faupel, C.F. Disaster Beliefs and Emergency Planning. Newark: Disaster res. Proj., Univ. Del., 1980.
- 185.- White, G. and Hass. Assesment of Research on Natural Hazards. Cambridge: MIT Press, 1975.
- 186.- White, M. Role Conflict in Disasters. Chicago: Univ. of Chicago.
- 187.- Williams, N. Terror in Tenerife. Van Nuys, California: Bible Voice, Inc., 1977.
- 188.- Wilson, R.N. "Disaster and Mental Health". In G.W. Baker and D.W. Chapman, eds., Man and Society in Disaster. N.Y. basic Books, 1962, 124-150.

- 189.- Whitney, S.D. "Reaction to Uncertain Threat". In G.W. Baker, op. cit., pp. 3-22.
- 190.- Wolfstein, Martha. Disaster: A Psychological Essay. Glencoe, Illinois: Free Press, 1957.
- 191.- World Health Organization Mental Health Care in Developing Countries: A Critical Appraisal of Research Findings. W.H. Technical Report Series No. 698.
- 192.- Wright, J.D., Rossi, P.H., Wright, S.R. and Weber-Burdin. After the Clean-up Long Range Effects of Natural Disasters. Beverly Hills, Calif. Sage, 1979.
- 193.- _____, and Rossi, P.H. Social Science and Natural Hazards. Cambridge, Mass: Abt., 1981.
- 194.- Young, M. The Role of the Extended Family; in a Disaster Human Relations 5,7,383,391, 1954.
- 195.- Ziv, A. and Israeli, R. Effects on Bombardment on the Manifest Anxiety Level of Children Living in the Kibbutzim. J. of Cons. Clin. Psychology, 40, 287-291, 1973.

ANEXO

CEDULA DE IDENTIFICACION DE VOLUNTARIOS

ALBERGUE: _____ FECHA: _____

1.- NOMBRE: _____

2.- EDAD: _____ 3-SEXO: (F) (M) 4- TELEFONOS: _____

5.- DIRECCION: _____

6.- OCUPACION: _____

7.- GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS REALIZADOS: _____

8.- SI ESTUDIA, INDIQUE POR FAVOR LA DIRECCION DE LA ESCUELA Y SU HORARIO DE ESTUDIOS

9.- SI TRABAJA, INDIQUE POR FAVOR LA DIRECCION DE SU TRABAJO Y SU HORARIO:

10.- FECHA DE INICIO DE SU TRABAJO COMO VOLUNTARIO EN ESTE ALBERGUE: _____

11.- ¿CUANTAS HORAS POR DIA EN PROMEDIO, HA COLABORADO EN ESTE ALBERGUE? _____

12.- SI ES MIEMBRO DE ALGUNA DEPENDENCIA O AGRUPACION DE AYUDA, POR FAVOR INDIQUE SU NOMBRE: _____

13.- ¿QUE ACTIVIDADES HA REALIZADO EN ESTE ALBERGUE Y EN QUE SERVICIOS?

ACTIVIDADES

SERVICIOS

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

14.- ¿HA PARTICIPADO COMO VOLUNTARIO EN OTRAS ACTIVIDADES FUERA DEL ALBERGUE?:

ACTIVIDAD

LUGAR

15.- SI HA ESTADO RESPONSABILIZADO DE ALGUNA ACTIVIDAD, INDIQUE LA ACTIVIDAD Y EL LUGAR.

ACTIVIDAD

LUGAR

16.- ¿DESEA SEGUIR COLABORANDO EN ESTE ALBERGUE?:

17.- ¿POR CUANTO TIEMPO PUEDE SEGUIR COLABORANDO?:

18.- ¿QUE DIAS DE LA SEMANA Y EN QUE HORARIOS PUEDE SEGUIR COLABORANDO?:

19.- ¿QUE ACTIVIDADES ESPECIFICAS LE GUSTARIA REALIZAR?:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION.

CEDULA DE IDENTIFICACION DE RESIDENTES

1. ALBERGUE: _____ (Nombre) _____ (Dependencia)

(Domicilio)

2. Encargado de la familia presente en el albergue: Nombre: _____
Domicilio: _____ Edad: _____ Sexo: _____

3. ¿Cuántas personas de su familia o bajo su cuidado está con usted? _____ M _____ F

	N o m b r e	Parentesco	Edad	Sexo	Ocupacion
a)	_____	_____	_____	_____	_____
b)	_____	_____	_____	_____	_____
c)	_____	_____	_____	_____	_____
d)	_____	_____	_____	_____	_____
e)	_____	_____	_____	_____	_____

4. ¿Podría usted y sus familiares reincorporarse a su trabajo?

	SI	NO	¿por qué?	Dependencia y domicilio donde trabaja
a)	_____	_____	_____	_____
b)	_____	_____	_____	_____
c)	_____	_____	_____	_____
d)	_____	_____	_____	_____
e)	_____	_____	_____	_____

5. ¿En qué condiciones está su vivienda?
Destruída () Con peligro de derrumbe () Dañada pero habitable con reconstrucción () Dañada pero habitable en su estado actual ()

6. ¿Tiene a dónde irse a vivir? SI () NO () Especifique con quien y dónde: _____
parentes-co.

(domicilio)

7. ¿Qué pertenencias de su vivienda pudo recuperar?
() dinero () ropa () muebles () aparatos eléctricos

8. ¿Desconoce Ud. el paradero de alguno de sus familiares del D.F.?

	N o m b r e	Edad Aproximada	Domicilio
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

9. Falleció algún familiar.

N o m b r e

Edad
Aproximada

Sexo

Domicilio

10. ¿Requiere usted o cualquiera de sus familiares de atención médica?

¿Quiénes?

¿De qué tipo?

11. ¿Requiere usted o cualquiera de sus familiares de apoyo psicológico?

¿Quiénes?

¿De qué tipo?

12. ¿Cuánto tiempo tiene planeado permanecer en el albergue?

13. ¿A dónde piensa ir cuando se vaya de este albergue?

14. ¿Cuáles son los problemas más importantes a los que ustedes se enfrentan en este albergue?

15. ¿Qué soluciones sugiere usted para resolver estos problemas?

PROGRAMA DE AUTOGESTION COMUNITARIA EN ALBERGUES

DATOS MINIMOS A OBTENER:

I.- Residentes: Con qué datos se cuenta de la población que está en el albergue:

1.- Número de Familiar

2.- Tipo de familias:

a) completase Incompletas, personas solas, niños, adultos, ancianos.

3.- Ocupación de las personas:

ESCOLARIDAD

SEXO

EDAD

PROCEDENCIA

No. de niños

No. de adultos

No. de adolescentes

No. de ancianos

4.- Estado de sus viviendas

5.- Tiempo aproximado de permanencia

6.- ¿Se tienen identificadas a las personas con incapacidades físicas o mentales?

7.- Control de ingresos y egresos de residentes.

8.- Actividades en las que participan los residentes.

II.- Organización del albergue:

1. Capacidad prevista

capacidad actual

2. Personal de base

personal voluntario

3. Procedencia

4. Cantidad total de personal

5. Actividades asignadas

6. Profesión o escolaridad

7. Horario de trabajo

8. Organigrama del albergue: normal y actual

9. Modificaciones al organigrama

10. Nombres de responsables y funciones asignadas

11. Servicios con los que cuenta el albergue (dormitorios, alimentación, servicios sanitarios (regaderas, W.C.): y sus horarios de operación).

12. Espacios disponibles (croquis del inmueble y áreas del aire libre - con especificaciones de uso normal y actual.

III. Procedimientos:

1. ingreso

2. organización de residentes

3. estancia y permanencia

4. Reglamento mínimo de estancia de residencia.
5. Reglamento mínimo del personal de base y voluntarios
6. Canales de comunicación hacia los residentes.
7. Políticas y acción de información a los residentes.
8. Recursos con los que se cuenta:
excedentes: suficientes: insuficientes:
9. Recursos necesarios:
10. Necesidades:
corto, mediano y largo plazo.

IV. Procedimientos de organización:

1. Infórmese de la situación actual, problema y necesidades: personas que han asumido funciones y como funcionan.
2. Obtenga la información de las fuentes más fidedignas.
3. Respete las decisiones y propuestas que estén funcionando.
4. Aproveche la organización ya existente.
5. Estimule el trabajo que se ha realizado.
6. La participación más importante es la de los propios residentes.
7. Promueva la participación voluntaria de los residentes, de acuerdo con sus capacidades, preferencias e intereses.
8. Aproveche al máximo todos los recursos existentes.
9. Den a conocer mediante periódicos murales, lo que se está haciendo y las personas que los promueven.
10. Aproveche las experiencias de otros albergues
11. Trate de distribuir el trabajo equitativamente entre los residentes.
12. Programe actividades de cuidado, recreación y educación entre los niños mediante la dirección de los propios residentes.
13. Trate de emplear lo menos posible con los voluntarios, previendo que no se podrá contar con ellos de manera permanente.
14. Haga contacto con instituciones oficiales para obtener la información del futuro inmediato que les depara a los residentes.
15. Registre por escrito todo lo que están haciendo para informar y controlar todas sus acciones, de forma tal que exista un archivo del albergue.
16. Difundan sus experiencias a otros albergues.
17. Trate de ser positivo y afectivo con todas las formas de organización y participación.

SINTOMAS Y CONDUCTAS OBSERVADAS
EN LA FAMILIA, LOS JOVENES Y LOS ANCIANOS
EN DESASTRES

a) Los Niños en Desastres.

Cuando los niños han tomado parte de un desastre su conducta después de éste generalmente cambia.

La mayoría de los padres reconoce cuando la conducta de sus niños indica estrés emocional. Los indicadores más frecuentes son:

1) CAMBIO:

Los niños cambian su conducta, reaccionan y hacen cosas que no son típicas de su comportamiento anterior. Por ejemplo, ellos pueden cambiar de niños activos a niños apáticos o de ser independientes a ser "pegajosos" y llorones.

2) REGRESION:

Las conductas que fueron vistas en las primeras fases de desarrollo, tales como chuparse el dedo o gatear, pueden repetirse.

En este capítulo se identifican las reacciones más frecuentes que ocurren en los niños en respuesta a un desastre. Para que se comprenda mejor, las reacciones son presentadas en tres grupos: preescolar o primera infancia, fase de latencia y preadolescente. Existen varias coincidencias de síntomas entre los grupos.

b) El encuentro de los niños con peligro y muerte.

Preescolar, 5 años y menores.

Generalmente, el mundo de los niños pequeños está basado en eventos predecibles en una cercanía estable. Esto lo provee de seguridad para avanzar en su desarrollo y crecimiento. Algunos efectos en el orden familiar puede resultar en estrés emocional que varía en alguna proporción directa al grado de rompimiento en esta área.

La mayoría de los síntomas aparecen en esta fase, los grupos expresan

por un medio no verbal el miedo y ansiedad que los niños experimentan como resultado del rompimiento de su mundo de seguridad. Estos síntomas incluyen:

- a) Llantos en varias formas, con lloriqueos y gritos explícitos de ayuda.
- b) Inmovilidad con expresiones de susto y temblores.
- c) Apego hacia los adultos o mociones desorientadas de excesivo apego.
- d) Conductas regresivas.

Todos estos síntomas fueron aceptados en una fase temprana y los padres observan como el pasado puede aparecer otra vez.

Estas reacciones pueden aparecer inmediatamente después del desastre o pueden pasar algunos días o semanas para que hagan su aparición. La mayoría de ellas son transitorias y desaparecen pronto. Cuando los síntomas persisten, los padres deben reconocer que los problemas emocionales serios se han desarrollado. Los profesionales de la salud mental dicen que muchos de los síntomas mencionados pueden ser disminuidos por los mismos padres a través del entendimiento de la conducta básica y dando atención y cuidados extras.

Fase de latencia, 6 a 11 años.

El miedo y la ansiedad continúan predominando en la reacción de los niños en este grupo. Sin embargo, el miedo muestra un incremento en la poca conciencia del peligro real a sí mismo, a la familia y seres queridos. La reacción también puede traer incluido el miedo de daños a su crecimiento y desarrollo. Miedos imaginarios, los cuales muestran cosas irreales al desastre, también pueden aparecer.

Así como en el grupo preescolar aparecen conductas regresivas también en este grupo pueden dejarse ver. Los problemas de conducta incluyen:

- a) Terror en las noches
- b) Pesadillas
- c) Problemas para dormir
- d) Necesidad de luz en la noche
- e) Miedo de dormir solo
- f) Miedo a la oscuridad o a los animales

Las conductas adicionales y problemas emocionales pueden mostrarse como:

- a) Irritabilidad
- b) Desobediencia
- c) Depresión
- d) Apego excesivo
- e) Dolor de cabeza
- f) Náuseas
- g) Problemas visuales y auditivos

Los problemas escolares empiezan a aparecer y pueden tomar la forma de:

- a) Rechazo a ir a la escuela
- b) Problemas de conducta en la escuela
- c) Pobre desempeño
- d) Pérdida de la habilidad para concentrarse
- e) Distracción

Algunos investigadores han notado que los niños escolares pueden mostrar aún más disturbios, subsecuentes al desastre, que los niños preescolares. Esto puede ser porque los niños pequeños se quedan encerrados con su familia, en cambio los niños más grandes, quienes están en la comunidad y en la escuela, son más conscientes de lo que pasa en el mundo y algunos de estos "grandes mundos" también han sido rotos.

La duración de estos síntomas pueden considerarse normales si ocurren por un periodo corto durante o inmediatamente después del desastre y serán determinados por la seriedad de la reacción. Cuando los síntomas persisten varias semanas se deberá ir a consulta con los profesionales de la salud.

Preadolescentes y Adolescentes, 12 a 17 años.

Los adolescentes están identificados con dos principales tareas; integrarse y adaptarse a la revolución psicológica dentro de ellos y a prepararse ellos mismos para las tangibles tareas adultas que les esperan.

Ellos están preocupados por la forma en que deben conectar sus roles y habilidades con los prototipos ocupacionales de su cultura y su preocupación se torna excesiva cuando piensan cómo será su imagen ante los ojos de los demás.

La conformidad es la característica del adolescente, pero está esencialmente conforme con los grupos que son iguales a él o que tienen el mismo patrón de conducta. Los adolescentes tienen una gran necesidad de parecer competentes ante el mundo que los rodea, especialmente ante su familia y amigos.

La gente joven está luchando por lograr la independencia de la familia y lucha entre el deseo por incrementar su responsabilidad y el anhelo de mantenerse lo más dependiente del rol de la infancia.

Frecuentemente, la lucha ocurre con la familia porque los grupos mayores ven que han llegado a ser más importantes que el mundo parental de los niños preadolescentes y adolescentes. En el curso normal de los eventos, esta lucha entre familia, adolescentes y menores se solucionará dependiendo de la relación básica que exista entre ellos.

Un desastre mayor puede tener un número de efectos en los adolescentes dependiendo de la extensión del daño en el funcionamiento de la familia y la comunidad. Esto puede estimular miedos concernientes a la pérdida de su familia, o puede estimular miedos relacionados a su propia persona.

Los signos de aficción vistos por un preadolescente y adolescente incluyen:

- a) Retiro y aislamiento
- b) Males físicos, tales como:
 - Dolores de cabeza
 - Dolores estomacales
 - Depresión y tristeza
 - Ideas de suicidio
 - Conductas antisociales
- c) Problemas escolares, tales como:
 - Evasión
 - Conductas dañadas
 - Fracasos académicos
- d) Disturbios del sueño, tales como:
 - Insomnio
 - Terrores nocturnos
 - Confusión.

La mayoría de estas conductas son transitorias y desaparecen dentro de un corto periodo. Cuando estas conductas persisten son realmente aparentes a la familia y a los maestros, quienes deberían responder rápidamente. Los adolescentes que parecen estar tirados y aislados y que se alejan de su familia y amigos, están experimentando dificultades emocionales.

c) Enfoque del problema.

Un principio básico en el trabajo sobre problemas de niños en desastres, es que ellos son esencialmente niños normales quienes han experimentado un gran impacto y dolor. La mayoría de los problemas que aparecen son por eso relacionados directamente al desastre y transitorios en naturaleza.

El proceso recomendado para ayudar a los niños y familiares frecuentemente empieza con "intervención en crisis", la cual puede ser provista y supervisada por profesionales y voluntarios. La primera meta en intervención en crisis es identificar, responder a, y aliviar el desarrollo del estrés como un resultado de la crisis (desastre) y además restablecer el funcionamiento normal tan rápido como sea posible. Algunas veces la reacción es apacible, en otras ocasiones es severa. Por eso es importante que los trabajadores se capaciten para reconocer cuándo la condición es apacible y puede ser manejada por la familia (con guías) y cuándo es severa y necesita ayuda profesional.

Los pasos generales para el proceso de ayuda son:

1.- Establecimiento de acuerdos

- a) Dejar que los niños conozcan que está interesado en ellos y que quiere ayudarlos.
- b) Checar con los niños y estar seguro que ellos entienden lo que se les está diciendo.
- c) Tener un respeto genuino por los niños y sus familiares
- d) Comunicarse con la verdad y prometer únicamente lo que se pueda hacer
- e) Se debe tener una comunicación aceptable con los niños y sus familias.

f) Comunicar a los niños y sus familias quiénes son las autoridades informadas.

2.- Identificación, definición y enfoque del problema.

Como los adultos, los niños a través de una crisis pueden verse confundidos y sentir un caos en su pensamiento. Se debe ayudar a los niños y a sus familiares a identificar el problema específico y a definir y enfocar el primero. Si es posible, el problema deberá ser resuelto rápidamente para que los niños y familiares experimenten, en un tiempo breve, un sentimiento de alivio y control. La evaluación y seriedad del problema deberán ser determinadas por la capacidad de la familia para comportarse ante esta situación.

3.- Entendimiento de los sentimientos.

La empatía es la habilidad para ver y sentir lo que otros hacen. Sentir empatía con los niños requiere paciencia, porque ellos frecuentemente son incapaces de expresar sus miedos, por eso los adultos necesitan apreciar la clase e intensidad de los sentimientos de los niños. Por ejemplo, los adultos pueden ser requeridos para escuchar a los niños contar su versión del desastre durante mucho tiempo de tal forma que los infantes "trabajan de principio a fin" el desastre para hablar fuera de éste.

4.- Escuchar cuidadosamente.

Frecuentemente, las experiencias de los niños son escuchadas por los adultos con poco interés. En el trabajo con niños, se debería hacer un esfuerzo para responderles y elogiarlos frecuentemente. Cuando los niños hablan, se debe evitar interrumpirlos frecuentemente porque pueden volverse particularmente sensitivos a estas actitudes.

5.- Comunicación Clara.

Es importante comunicarse con un lenguaje que los niños entiendan. La presencia de la familia es útil en entrevistas con los infantes porque los familiares pueden estar más enterados de lo que hacen los niños.

Además, los familiares pueden aprender cómo comunicarse mejor con los niños, después de observar la entrevista.

d) Rol de la familia.

Un principio básico en el trabajo con niños que tienen problemas emocionales, es que se debe reconocer que es una dificultad familiar.

La familia deberá considerar la unidad que será consultada y cada miembro estará involucrado con el proceso.

Algunas veces los miembros adultos de la familia pueden estar experimentando estrés emocional, pero ellos vacilan en buscar ayuda. La familia es, frecuentemente, más capaz de buscar ayuda para los niños que para los adultos y puede usar los problemas de los infantes como un camino para pedir ayuda para otros miembros de la familia. Esta petición debería ser respetada no confrontada, porque teniendo a la familia involucrada, otros miembros pueden ser también ayudados.

Cuando el equilibrio familiar es atacado por el estrés, puede ser sacado de balance temporalmente y como consecuencia la familia mostrará signos de no poder ser capaz de cumplir sus funciones usuales. El tiempo y la ayuda de profesionales en salud mental restablecerá el desarrollo de roles en la familia.

e) Sentimientos y conductas comunes.

Esta sección describe algunas de las reacciones más comunes de los niños en desastres y sugerencias de posibles respuestas.

1.- Miedo y Ansiedad

El miedo es una reacción normal del desastre, frecuentemente se expresa a través de continua ansiedad acerca de la recurrencia del desastre, heridos, muerte, separación y pérdida. Porque el miedo de los niños y la ansiedad después de un desastre frecuentemente se muestran extraños e interconectados a algo específico en sus vidas, su relación con la catástrofe puede ser difícil de determinar. Por ejemplo, el miedo que sienten los niños al pensar que van a regresar al salón de clases es porque ellos estaban ahí cuando el desastre atacó, esta situación debería ser aceptada y vista con valor por los padres y maestros los

que deberían empezar un tratamiento que abarcara pláticas acerca de las experiencias y reacciones que vivieron los infantes en esos momentos.

Antes de que la familia pueda ayudar, sin embargo, las necesidades de los niños deberían ser entendidas; esto requiere de un entendimiento de las necesidades familiares.

Los integrantes de la familia tienen su propia parte de creencias, valores, miedos y ansiedades. Frecuentemente el mal comportamiento de los niños es un espejo de algunos errores en la familia. Disuadir a ellos de sus miedos no surtirá efecto si sus familiares tienen el mismo miedo y continúan reforzándose los.

Una entrevista familiar debería ser conducida en la cual los entrevistadores puedan observar la relación de los niños y sus familiares, conceptualizando la dinámica de la interacción niño-familia y envolviendo a la familia en un sistema de ayuda a sí misma.

Las reacciones que tienen los padres o adultos para con los niños hacen una gran diferencia en sus recuperaciones. La intensidad y la duración de los síntomas en los infantes decrecen más rápidamente cuando los familiares son capaces de indicar que ellos entienden sus sentimientos, cuando los niños perciben que sus padres no entienden sus miedos, se sienten confundidos, relegados y no queridos. La tolerancia de la conducta temporal regresiva, permite a los niños redesarrollar nuevamente aquellos patrones que han estado funcionando antes. Elogiar y ofrecer conductas positivas, producen cambios positivos.

Las reglas de rutina necesitan ser relegadas y permitir que las conductas regresivas sigan su curso para que el proceso de reintegración tenga lugar.

Generalmente el miedo de los niños se disuelve cuando la amenaza de peligro se ha disipado y ellos se sienten seguros una vez más bajo la protección de sus padres.

Los niños están más temerosos cuando ellos no entienden qué pasa a su alrededor. Por eso, los padres deberían proporcionar información a los infantes y no permitir que ellos reciban informes erróneos.

Los niños están desarrollando un almacén con toda clase de información y han logrado encontrar respuestas a factores científicos, empiezan a utilizar leguajes nuevos, términos técnicos y predicciones. Después

del terremoto de 1971, en Los Angeles, fueron observados algunos niños y se encontró que el lenguaje usado por ellos estaba enriquecido con términos técnicos, tales como escala de Richter, impacto, réplica, temblor, etc. Los niños aprendieron estas nuevas palabras del medio que los rodeaba y las usaban en sus juegos y pláticas con otros.

Es importante señalar que la familia debería hacer un esfuerzo por permanecer juntos cuando pasa un desastre, porque es en este momento cuando los niños necesitan a los adultos alrededor de ellos.

2.- Disturbios del sueño.

Los disturbios del sueño están entre los problemas más comunes, en los niños, después de un desastre. Su conducta es probable que tome la forma de resistencia a la hora de dormir, se presentarán síntomas como los siguientes: desvelos, repugnancia a dormir en su propia cama o cuarto, rechazo a dormir ellos solos, deseos de estar en la cama de sus padres o dormir con luz, insistencia en que los padres estén en el cuarto hasta que ellos logren dormirse, levantarse excesivamente temprano. Tales conductas son dañinas para el bienestar de los niños y esto también incrementa el estrés para los padres, quienes pueden estar experimentando algunas contrapartes de la conducta de disturbios al dormir de sus hijos. Existen problemas más persistentes al dormir, tales como terrores nocturnos, pesadillas e insomnio, los que continúan apareciendo en la noche, y el rechazo al descanso nocturno puede dar paso al miedo y ansiedad los cuales pueden requerir intervención profesional.

Los padres deben ayudar a los niños diciéndoles que esta respuesta es natural y normal pero que desaparecerá con el tiempo.

3.- Evasión y fobia a la escuela

Es importante para los niños y adolescentes asistir a la escuela, en donde pasan la mayor parte del día con personas iguales a ellos.

La escuela llega a ser la principal fuente de actividad, dirección y estructura para el niño. Cuando un joven evita ir a la escuela puede estar pasando por serios problemas existenciales. Una de las razones para no ir a la escuela puede ser el miedo a dejar a la familia y estar

separado de los seres queridos. El miedo puede ser actualmente una reflexión de la inseguridad de la familia acerca de las ausencias del niño.

Los pequeños y los jóvenes pueden encontrar que el caos del desastre hace aún más difícil que ellos se concentren, por eso las autoridades escolares deberían ser más flexibles y estimularlos para que atendieran la escuela.

f) Síndrome Post-traumático

Problemas especiales y su administración

1.- Pérdida, muerte y duelo.

No es inusual para un desastre, en el cual hubo pérdida de vidas, que dispere las preguntas de los niños acerca de la muerte y el morir. El miedo por la pérdida de los padres fundamenta muchas de las preguntas y síntomas que el niño puede desarrollar, tales como insomnios, terrores nocturnos, conductas de apego y otras. Frecuentemente, cuando la pérdida ha ocurrido, los problemas de los niños son pasados por alto y ellos tienen que manejar solos sus reacciones a la pérdida. Cuando el padre o la madre muere, la mayoría de los niños están tenerosos de lo que les espera si los parientes mueren también.

Por eso es importante que los niños sean animados a decir sus preguntas. Por ejemplo, a la pregunta que ellos hacen acerca de lo que esperan de una persona después de muerta, se le debe dar una respuesta convincente, no la explicación de la muerte con cielo o infierno, o la afirmación de que después de la muerte no hay nada, porque esto sólo confunde a los niños.

Después de una muerte, un niño puede observar conductas fuera de lugar en los adultos, como fuertes llantos o golpes furiosos. Esto puede ser estresante para el niño, quien se niega a ver estos actos adultos. Generalmente, un niño puede entender si le hablan y le dicen que los mayores también están sintiendo dolor.

Es común que los niños crean que los padres muertos aún están vivos. Ellos pueden llamar "mentirosos" a sus familiares y negar que sus padres están muertos. Algunos infantes pueden retroceder o avanzar

entre creer o no creer que sus padres han fallecido y pueden preguntar cosas como "¿cuándo vendrá papá a la casa de donde él está muerto?" o "yo sé que mamá está muerta, pero ¿y cuándo vendrá a prepararme mi cena?". Los niños más pequeños no pueden entender que no hay retorno de la muerte.

La familia que se enoja con un niño que pregunta lo mismo acerca de la muerte una y otra vez necesita entender que éste es el camino que el niño seguirá para adaptarse a la pérdida.

2.- Ideas suicidas.

Las amenazas y atentados de heridas o muertes por sí mismos, son raras en niños y preadolescentes, pero son comunes en adolescentes, por lo que una demostración de sentimientos suicidas debería tomarse seriamente. Una de las motivaciones más frecuentes es la pérdida del círculo familiar, de un novio o novia y la pérdida de objetos tales como mascotas, instrumentos o un coche. Perder la oportunidad para participar en juegos deportivos, durante un año, puede traer serias depresiones.

Sentimientos de impotencia, desesperación y falta de valor son peligrosos indicadores de potencial suicida, expresado verbal o no verbalmente a través de conductas de retiro y retraimiento, conductas antisociales, pérdida de interés, apatía y agitación, síntomas físicos, disturbios en el sueño y apetito y cambios en el proceso cognoscitivo -pérdida de alternativas, juicios pobres y poca habilidad para razonar. Evidencias de atención y afecto, son los más inmediatos y efectivos elementos de ayuda, los cuales pueden ser proporcionados por todos los trabajadores en salud mental. Sin embargo, una persona con ideas suicidas debería ser referida para ayuda profesional.

3.- Confusión

Un signo de congoja que requiere atención inmediata es la confusión, que generalmente implica un disturbio incrustado, el cual probablemente necesite ayuda mental profesional. La confusión generalmente se refiere a la desorientación en la cual las personas jóvenes pierden la habilidad para responder a ciertos estímulos que vienen de fuera, o sea que no

controlan lo sensorial o cognitivo y como resultado de ello se desarrolla una profusión de sentimientos y pensamientos. La asociación con objetos familiares puede ser distorsionada o desaparecida, las conductas regresivas pueden reaparecer y los sentimientos mostrados pueden ser impropios para la ocasión. En casos extremos la inmovilidad o los movimientos incontrolados pueden ocurrir. Los trabajadores en servicio mental pueden empezar el proceso de ayuda para orientar a los jóvenes y a través de pláticas calmarlos y darles información específica, al mismo tiempo se les deberá atender y entender. *

4.- Conductas antisociales

Problemas de conducta -grupos de delincuentes, vandalismo, robos y agresiones- han sido reportados en algunas comunidades después de un desastre. Estas conductas pueden ser una reacción de un adolescente con poca estima para sí mismo y para la comunidad dañada. Un problema mayor para los adolescentes es el aburrimiento y aislamiento, los cuales vienen de la destrucción de sus actividades usuales en la escuela y en el patio de recreo. Un camino para contener la problemática es a través de actividades que mantengan ocupados a los jóvenes. Los adolescentes pueden ocupar su tiempo en las labores de limpieza, ayudando a la gente mayor o cuidando a los niños de alguna familia.

Una cosa que no debe olvidar es que los jóvenes de esta época tienen dificultad para expresar sus miedos y ansiedades, porque temen verse menos competentes que otras personas iguales a ellos.

Por lo tanto se recomienda trabajar con grupos de edades iguales, para que ellos puedan hablar acerca de sus experiencias en el desastre y de esta manera logren ventilar sus sentimientos, lo que es de gran ayuda para calmar la ansiedad.

g) Experiencia de los niños y los ancianos al ser evacuados y reubicados.

En la mayoría de los estudios sobre desastres, se define a una persona como anciana cuando el individuo se considera a sí mismo como anciano o cuando se identifica como abuelo, retirado o en un rol similar generalmente asociado con personas mayores. En este caso se consideró

* Referirse a "El cuidado de la salud mental de menores en situaciones de desastre". Hernández, Guzmán, Laura (1955 UNAM.)

"personas mayores" a aquellos con 60 años a más.

De la escasa información disponible con relación a personas mayores en casos de desastre, se puede decir que es más frecuente que las personas mayores estén incapacitadas u opongán resistencia a evacuar un lugar que otros grupos de menor edad.

Bernert e Ikle (1952;138) han observado que los ancianos, de los distritos más pobres de las ciudades europeas, a menudo se niegan a ser evacuados de sus barrios aun cuando sus casas hayan sido destruidas. Titmuss hace énfasis en la resistencia de las personas mayores a dejar su medio ambiente o a ser separadas de sus cónyuges en momentos de evacuación.

En relación a operaciones de rescate, Marks y Fritz demostraron, en un estudio, que los hombres más jóvenes tienden a pasar de una orientación familiar durante e inmediatamente después del impacto, a una orientación comunitaria más general, mientras que las personas mayores (y también mujeres más jóvenes) tienen una fuerte tendencia a permanecer con una orientación familiar a través de estas fases.

Marks y Fritz. (1977) también hallaron que existía una proporción mayor de hombres y personas jóvenes que ayudaban a buscar durante los trabajos de rescate. Es posible que las personas mayores no sean tan activas en labores de búsqueda y rescate como las personas más jóvenes debido a la falta de fuerza, salud y movilidad. Otro motivo importante es que los ancianos tienen dificultad en definir su relación con grupos que no sean sus familiares.

Hay evidencias que sugieren que en momentos de desastre los patrones familiares tienden a aglutinarse alrededor de las madres y las hijas más que de los padres e hijos.

Las personas mayores y los niños parecen ser más vulnerables a los efectos de un desastre que las personas más jóvenes. Los ancianos sufren más lesiones y más serias que los jóvenes. Los ancianos también tienen un índice mayor de mortalidad en casos de desastre (Wallace, 1956).

En relación a contingencias emocionales y psiquiátricas, hay evidencia de un incremento en los estados neuróticos, "sobre todo en niños y ancianos". Las personas mayores tienen menos capacidad que los jóvenes

de mantenerse bajo el stress provocado por condiciones deficientes de vida, separación de la casa y horrores de la guerra (Grinker y Spiegel, 1963).

Un reporte de Kirman indica que muchos ancianos "cayeron en un estado agitado de confusión" al ser destruidas sus casas, pero añade, que la mayoría se recuperó en uno o dos días.

Wolfenstein (1957) investigó la hipótesis de privación relativa en caso de desastre. El estudio muestra una fuerte tendencia, por parte de las víctimas, a subestimar sus carencias, a ver el futuro de manera optimista a pesar de sus carencias, a definir estas privaciones como un castigo sobrenatural y a aceptar este castigo como lección.

Moore y Friedsman (1959), en su estudio sobre el tornado de Dallas, notaron que las personas mayores reportaban sus pérdidas como mayores y la ayuda recibida para evacuar la localidad como menor en aproximadamente dos veces la frecuencia de las personas más jóvenes y reportaron haber recibido menor ayuda en la reconstrucción de sus casas.

Las personas en casos de desastre hacen hincapie en la pérdida de sus bienes simbólicos, particularmente de sus hogares. Lo que parece ser exclusivo de la opinión de las personas ancianas sobre sus pérdidas es su preocupación con el tiempo. Wolfenstein (1957) indica que las personas mayores se ven a sí mismas como menos capaces de empezar de nuevo y esto haría que las pertenencias sean más importantes en la definición de su ser. Un estudio de Rosen y Neugarten (1960), sugiere que entre más avanzada sea la edad, existe menos energía disponible para que el yo responda o mantenga niveles previos de involucramiento con el mundo exterior.