

29
203



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**"EFECTOS DEL ESTRES PROVOCADO POR LOS
SISMOS DE SEPTIEMBRE DE 1985, EN LAS
PERSONAS ALOJADAS EN TRES ALBERGUES
DE LA CIUDAD DE MEXICO"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
CORDOBA PONCE MARIA DEL PILAR
VEGA GONZALEZ NORMA ELENA

ASESOR: DRA. CRISTINA ENCISO GRACIDA

MEXICO, D. F.

1990

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Págs.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I. CARACTERIZACION DE DESASTRE	3
1. DEFINICION DE DESASTRE	3
1.1. Investigaciones sobre desastres	5
2. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS SISMOS DE 1985	10
2.1. Investigaciones antecedentes sobre sismos	22
2.2. Teoría del desastre	32
2.2.1. Enfoque psicoanalítico para la explicación de las reacciones a los sismos de 1985	36
CAPITULO II. ESTRES	43
1. CONCEPTUALIZACION DE ESTRES	44
2. VULNERABILIDAD Y PROCESO DE ENFRENTAMIENTO	57
3. ESTRES Y TRASTORNOS PSICOLOGICOS CORRELACIONADOS	62
3.1. Características del evento estresante	63
3.2. Características individuales	64
3.3. Variables externas	65
3.4. Síndrome de Respuesta al Estrés	66
3.5. Trastorno por Estrés Posttraumático	67
CAPITULO III. CONCEPTO DE TRAUMA Y NEUROSIS TRAUMATICA	71
CAPITULO IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	82
1. EXPERIENCIAS VIVIDAS EN EL ALBERGUE "EDUARDO MOLINA"	82
2. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA	86

	Págs.
CAPÍTULO V. MÉTODO	87
1. FASE I	87
1.1. Hipótesis	87
1.2. Categorías conceptuales	88
1.3. Definición de categorías	88
1.3.1. Síntomas físicos	88
1.3.2. Síntomas psicológicos	88
1.3.3. Síntomas a identificar en el Síndrome de Estrés Posttraumático	90
1.4. Muestra	91
1.4.1. Tipo de muestreo	92
1.5. Escenario	93
1.6. Instrumentos	93
2. EL SOL-90-R (SYMPTOM CHECKLIST - 90 - REVISED)	94
3. PROCEDIMIENTO	101
4. FASE II	102
4.1. Hipótesis	103
4.2. Categorías conceptuales	104
4.3. Muestra	104
4.3.1. Tipo de muestreo	105
4.4. Procedimiento	105
CAPÍTULO VI. RESULTADOS	107
1. FASE I	107
2. FASE II	129
CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN	133
1. CONCLUSIONES	139
2. APORTACIONES	151
3. LIMITACIONES	152
4. SUGERENCIAS DE INVESTIGACIÓN	153

	Pàgs.
BIBLIOGRAFIA	154
APENDICE I	162
APENDICE II	167
APENDICE III	171

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Los sismos ocurridos en septiembre de 1985 han dejado una serie de secuelas psicosociales en gran parte de los habitantes de la Ciudad de México, cuya magnitud no se ha alcanzado a percibir totalmente, sobretodo en lo referente al aspecto emocional. Esta falta de información se debe, por un lado, a lo relativamente reciente del fenómeno y por otra parte, a que no se había presentado un evento de tal intensidad (VIII grados en la escala de Mercalli) y magnitud (8.1 en la escala de Richter) con anterioridad, aún cuando el D.F. se sitúa en una zona de gran actividad sísmica.

Los daños materiales han sido cuantiosos e incluso ya se tienen estimaciones de los mismos. En lo que respecta al área individual, ni siquiera un campo como la psicología había cobrado tal importancia en nuestro país.

Debido a lo anterior, es de primer orden el conocer los efectos psicológicos que produce una catástrofe natural de estas proporciones.

Ante estos hechos se consideró de suma importancia el llevar a cabo un estudio en el cual se detectaran los síntomas que se presentaron con mayor frecuencia en las personas como resultado del desastre.

Si bien es cierto que ya se han llevado a cabo investigaciones sobre las consecuencias del sismo en esta área, se considera que aún es necesaria información lo más precisa posible; sobretodo en aquellos grupos de población diferentes a los ya estudiados.

Como es imposible abarcar la totalidad de la población afectada, este estudio se centró en un grupo de personas que resultaron damnificadas por los sismos de 1985.

Los objetivos que se plantearon en esta investigación consistieron en:

1. Identificar los síntomas físicos y psicológicos, más frecuentes, que se presentaron en las personas damnificadas.
2. Identificar si estos síntomas corresponden al llamado "Síndrome de Estrés Posttraumático."
3. Obtener las diferencias existentes (si las hay) entre los síntomas de un grupo de damnificados en 1985, un grupo que experimentó otro sismo (aunque de menor intensidad y magnitud) en 1989 y un grupo que, en los tres años anteriores a la recolección de información no había experimentado ningún sismo.

La escasa información, y secreto, la preocupación e interés por la salud psicológica de las personas afectadas, fueron factores determinantes en la fundamentación del presente estudio. Además, un objetivo paralelo, consistió en proporcionar la base a futuras investigaciones, a fin de conocer más profundamente la incidencia del fenómeno en la salud de las personas, y de esta manera continuar llenando el hueco de conocimientos existente a la fecha.

Partiendo de la información recabada en este estudio, se plantea la necesidad de crear programas conducentes a disminuir, en la medida de lo posible, el impacto de dichos desastres; y al manejo adecuado de la angustia en cada caso. Pero no sólo así, también se enfatiza la importancia del manejo a nivel preventivo.

CAPITULO 1. CARACTERIZACION DE DESASTRE

"Todo eso que tú ves será destruido rápidamente y aquellos que verán esta destrucción también serán destruidos rápidamente; y aquel que muere en extrema ancianidad estará igual que aquel cuya muerte ha sido prematura."

MARCO AURELIO

CAPÍTULO I. CARACTERIZACIÓN DE DESASTRE

En este capítulo, se tratará de definir desde el punto de vista psicológico, un desastre.

Se revisarán distintas aproximaciones en el estudio de los desastres, - bajo marcos teóricos y metodologías diversas. Hasta llegar a la conceptualización de los mismos como un tipo específico de desastres.

1. DEFINICION DE DESASTRE

Los desastres han sido definidos de varias formas. Tomando en cuenta los efectos que producen en los individuos y las comunidades se tiene lo siguiente:

Harticoagh (1982) menciona, que los desastres pueden ser definidos como "eventos precipitantes que producen destrucción extensiva, muerte o enfermedad, o que conlleven una basta desorganización de la comunidad y trauma individual." (1) "Los desastres son eventos catastróficos de estrés, los cuales exponen a la población a situaciones que amenazan la vida, a la muerte repentina de familiares y amigos, y a la destrucción masiva del

medio ambiente personal y público." [2] Este tipo de definiciones de los desastres hace referencia a sus efectos devastadores sobre una población, concibiéndolos de esta forma como una situación medio ambiental destructiva o potencialmente dañina que ocurre de manera repentina, convirtiendo a las personas en víctimas tanto directas como indirectas, además de fácilmente identificables y en números significativos.

Otro aspecto importante al que se hace referencia al definir un desastre, es el papel que juega como agente productor de estrés tanto a nivel individual como colectivo. Taylor y Frazer (1962), consideran el desastre como "agente estresor psicosocial de tal magnitud que produce un desequilibrio sustancial entre una demanda del medio ambiente y la capacidad de respuesta del organismo ante esta situación." [3] Así mismo Barton (1969) ha definido a los desastres como formado parte de una amplia categoría de situaciones colectivas de estrés. Una situación colectiva de estrés ocurre cuando la mayoría de los miembros de un sistema social no reciben las condiciones esperadas de vida del sistema. Estas condiciones de vida incluyen la seguridad del medio ambiente físico, protección contra ataques, provisión de comida, abrigo, etc.

Para este autor, las situaciones de estrés colectivas pueden tener su origen tanto fuera como dentro del sistema social. Las causas internas incluyen varias formas de desorganización social masiva (crisis económicas como depresión, inflación, crisis políticas, etc.), por otro lado, las causas externas incluyen grandes cambios desfavorables en el medio ambiente del sistema como los terremotos.

Reconociendo los roles de la actividad humana y su adaptación en la creación tanto de la vulnerabilidad y resistencia a desastres Barton (1978) ha argumentado para hacer una distinción entre el riesgo y los eventos externos de la naturaleza, los cuales no son necesariamente peligrosos para las personas. "Todos los riesgos, incluyendo los temblores, existen como una función de la interacción entre sistemas de eventos naturales y sistemas de resistencia humana." [4]

Nass y Drabek (1970) definen a los desastres como "...eventos externos - que precipitan una variedad de cambios medio ambientales en el funcionamiento de los individuos, grupos y organizaciones." (5)

Como se puede observar en las definiciones anteriores, existe una relación importante a considerar en la ocurrencia de los desastres. El agente o evento precipitante, por un lado, y la situación de crisis a la que conlleva, por el otro.

1.1. INVESTIGACIONES SOBRE DESASTRES

Como se ha visto las investigaciones sobre desastres son escasas. La mayor parte de los trabajos se limitan al estudio del impacto y de los efectos psicológicos de los desastres en los individuos y grupos.

En uno de los primeros estudios sobre efectos psicológicos de un desastre, es el que realizó Lindeman (1944) después de un incendio masivo en la ciudad de Boston. Los resultados arrojaron la siguiente descripción de conducta: malestares físicos, preocupación por la imagen de los fallecidos, sentimiento de culpa, reacciones hostiles y alteraciones de los patrones habituales del comportamiento.

En 1963, Bates analizó la respuesta al huracán Audrey en términos de varios tipos de "role stresses". El huracán fue concebido como una causa externa que provocó varios tipos de estrés: por pérdida de un miembro de la familia, un vecino o un amigo; pérdida de la propiedad; interrupción de ocupaciones; y la general desorganización social de la comunidad. El impacto de estas situaciones en los individuos se analizó a través del: 1. Conflicto de rol (el conflicto entre los roles que juega un individuo); 2. Frustración del rol (el desempeñar los roles habituales no será posible por algún tiempo después del desastre); 3. Inadecuación del rol (debido a insuficiencia personal, el individuo no es capaz de desempeñar el rol que espera jugar ante estas situaciones); 4. Saturación del rol (el individuo se satura debido a las expectativas de jugar varios roles).

Otro estudio, dirigido por McCaughey (1985), describe el estrés psicológico observado entre la tripulación de la guardia costera de E.U.A del Cuzhuaga después de la colisión entre éste y el buque Santa Cruz II. El equipo especial de intervención psicológica, de la marina de E.U.A., proporcionó servicios de salud mental a los sobrevivientes de la guardia costera y otras personas que resultaron afectadas por el desastre.

Los datos de esta investigación se obtuvieron de los expedientes primarios de 18 sobrevivientes. Las reacciones psicológicas más importantes encontradas entre los sujetos fueron: 1. shock, 2. culpa, 3. tristeza, y 4. culpa; las cuales son características del trastorno por estrés posttraumático. A las esposas de los sujetos se les entregó sobre cuestioneros como el de de para poder entender las reacciones de sus maridos. Las variables identificadas como importantes para el éxito de la intervención con los sujetos fueron la comunicación y el apoyo proporcionado por el centro de entrenamiento, asegurar el anonimato de los sobrevivientes, y comenzar su trabajo casi inmediatamente después de la colisión.

Un aspecto al que también se le presta atención son las conductas manifiestas durante el proceso de afrontamiento posterior a un desastre.

Henderson y Bestaci (1977) señalan que la exposición a situaciones extraordinarias o desastrosas, puede tener efectos a largo plazo en la salud de los individuos. Además enfatizan la necesidad de realizar estudios longitudinales con víctimas de desastres para diseñar programas de salud mental adecuados. Su estudio consistió en describir la conducta de afrontamiento de siete sobrevivientes de un naufragio, provocada durante el período comprendido entre el hundimiento de su embarcación -frente a las costas de Australia- y su rescate, período que duró 13 días.

La información se obtuvo a través de las entrevistas que se sostuvieron con cada uno de los sobrevivientes, todos ellos de sexo masculino, durante los cinco días siguientes a su rescate, mientras permanecían en el hospital

para su recuperación. Se les pidió que relataran su experiencia poniendo énfasis en sus pensamientos y su estado emocional durante la misma. Todos los sobrevivientes consideraron que la entrevista les fue útil ya que no habían tenido oportunidad de expresar su afecto. Las conductas de afrontamiento identificadas, en orden de frecuencia fueron: 1. Ideas asociadas a figuras o personas significativas (attachment ideation); 2. Deseo de sobrevivir; 3. Modelamiento; 4. Negar; y 5. Tener esperanza.

La segunda parte del estudio consistió en examinar a los sujetos entre 12 y 24 meses después, encontrándose que cinco de ellos habían desarrollado trastornos psicológicos de somatización, teniendo como antecedente que ninguno de ellos los había presentado antes del desastre. Entre estos síntomas se encontraron: depresión, insomnio, irritabilidad, ansiedad, poca concentración, pesadillas acerca del desastre, interés sexual disminuido, sentimientos de culpa. Sólo uno de los sobrevivientes se encontró psicológicamente saludable, e incluso uno de ellos consideró la experiencia enriquecedora, ya que a partir de ella disfrutaba más su matrimonio y paternidad.

Algunas investigaciones consideran como grupos de estudio no sólo aquellos constituidos por las víctimas directas del desastre.

Taylor y Frazer (1982) se interesaron por conocer los efectos a largo plazo del estrés producido en el personal que se encargó de recuperar a las víctimas directas del accidente aéreo, ocurrido a un DC-10 en el Monte Erbus, en noviembre de 1979. El trabajo de este personal consistió en el manejo de cuerpos e identificación de víctimas, pues todas las personas que viajaban en el avión fallecieron. Toda la operación -desde localizar y llegar al lugar del accidente, hasta identificar a las víctimas, determinar la causa de su muerte y mandar los restos a su lugar de origen- se llevó a cabo en diez semanas.

Los datos se obtuvieron a través de escalas estandarizadas, entrevistas clínicas, cuestionarios, así como de notas privadas y documentos oficiales, tan pronto como los sujetos finalizaron su trabajo. Se llevó a cabo un

seguinte es donde se recibió nuevamente información tanto a los tres como a los 20 meses posteriores. Los resultados de las entrevistas clínicas sólo han la presencia parcial de imágenes intrusivas referentes a los cuer- pos desfigurados, expresiones faciales rigidas, etc., sólo en seis casos mostraron reacciones lo suficientemente serias como para ser catalogadas con el módulo. Como resultado de las escalas administradas por los entrevistadores para determinar la frecuencia e intensidad de sigos y síntomas: se encontró ansiedad y depresión y en menor frecuencia tensión, insolitud y frustración del sueño. En lugar de pérdida de la atención, confusión, pérdida de la memoria y desorientación, que era lo esperado, los cuestionarios describieron cambios en el sueño, en el apetito, en los sentimientos, en la forma de hablar y en las actividades sociales.

Si bien estos cambios se habían revertido a lo largo del seguimiento, sí se encontraron casos que 20 meses después expresaron la necesidad de hablar de sus experiencias. Otros que aún tenían recuerdos ocasionales y aislados cargados emocionalmente; unos cuantos con expresiones de cólera; y dos casos que señalaron un cambio completo de personalidad y el cese de actividad sexual.

Un dato interesante fue que el 30% de los sujetos usó imágenes de manera espontánea para ayudarse a afrontar su trabajo. Algunos pensaron que los cuerpos que mascaban eran algún tipo de objeto, o comida congelada o masticada, o que se trataba de la carne del avío de figuras de cera, o de especímenes para estudio. Por otro lado, la escala autoadministrada (HSCL) indicó que los síntomas más frecuentemente reportados por los mismos sujetos fueron: Pensamientos intrusivos desagradables; 2. Sueños desagradables; 3. Trastornos del sueño; 4. Tendencia al aislamiento; 5. Tensión. Estos síntomas conforman uno de los factores de la escala, a la cual le siguen depresión, somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal y ansiedad. Al correlacionar estos datos entre sí y con otras variables como la edad, se llegó a la conclusión de que los efectos observados pueden atribuirse a la fecha de experiencia en el manejo e identificación de víctimas, por un lado, y a la carga de trabajo que tenía que realizarse en un

corto período de tiempo, por el otro.

Finalmente se propone que los niveles de estrés podrían disminuirse si el ambiente de trabajo es modificado, o bien, si se proporciona al personal el equipo adecuado para tal ambiente. Es además importante que en el entrenamiento se les proporcione información sobre los procedimientos a seguir, así como sobre la situación a que se van a enfrentar.

En el derrame de combustibles en la ciudad de Luján, ocurrido en 1981, fallecieron 114 personas y hubo más de 200 heridas. El objetivo del estudio realizado por Estévez (1983), consistió en conocer los síntomas que presentaron no sólo los heridos después del desastre. Los resultados señalaban que todos aquellos que de alguna forma estuvieron involucrados en el mismo, experimentarían síntomas similares y que sólo variarían en grado, dependiendo de la edad, de la forma y del tiempo que hubieran estado involucrados.

El grupo que se consideró para el estudio se dividió en varias categorías: las víctimas directas, es decir, las personas que resultaron heridas; las personas que participaron en el rescate, tanto las que presentaron su ayuda como el personal de rescate proveniente de varias instituciones; y los observadores del evento, haciendo un total de 100 personas. La recolección de datos duró cinco meses y se realizó por medio de un cuestionario que registraba la presencia o ausencia de síntomas obtenidos del secúndeo característico del estrés posttraumático, así como su severidad.

Los resultados señalan que todas estas personas presentaron síntomas similares, los cuales fueron en orden de frecuencia: 1. Recuerdos repetitivos del desastre; 2. Tristeza; 3. Fatiga; 4. Sentimientos recurrentes: ansiedad y depresión; 5. Sueños acerca del desastre; 6. Desórdenes del sueño; 7. Pérdida del apetito; 8. Pérdida del entusiasmo; 9. Facilidad para sobredarse o asustarse; 10. Dificultad para concentrarse; 11. Culpa; 12. Evitación de situaciones que provocan recuerdos del desastre;

13. Recuerdos del evento; 14. Incapacidad de sentir interés; 15. Obsesión; 16. Pérdida del interés; 17. Sentimientos de separación; 18. Dificultades en la memoria; 19. Quejas psicósomáticas; 20. Interés sexual disminuido.

Las únicas diferencias encontradas fueron que las víctimas y observadores presentaron con más frecuencia los síntomas de recuerdos repetitivos del desastre, facilidades para sobresaltarse y evitación de situaciones que provocaban recuerdos del mismo. No hubo significancia en cuanto a la edad de los sujetos y al tiempo en que estuvieron involucrados en el evento.

Esta serie de investigaciones ha centrado su atención en los efectos psicológicos de los desastres, ya sea a corto o largo plazo, tomando en cuenta varios grupos de sujetos que resultaron afectados directa o indirectamente. Pero al estudio de los desastres obviamente no se limita a estas variables.

Una división comúnmente utilizada es la que proporciona las categorías de desastres naturales y desastres provocados por el hombre. Bajo esta concepción, la forma de reaccionar ante estos eventos depende del agente que los causa.

No obstante, hay autores como Wertschagt (1962) que no están de acuerdo con esta clasificación, pues "...una investigación más cercana puede borrar esta distinción." (2)

Según Baum (1968), los desastres provocados por el hombre, ya sea de origen súbito (la tragedia de Chernobyl), o de origen no detectable incluso por años (escape paulatino y constante de sedecios tóxicos), pueden causar estrés individual y desorganización social en mayor medida que los desastres naturales. Las razones para que ello ocurra son que los desastres provocados por el hombre:

1. Significan una pérdida de control sobre el evento. Es decir, la ocurrencia del desastre se pudo haber evitado, lo que no sucede con los desastres naturales. "Algunas investigaciones han sugerido que al perder estos sentimientos de control disminuige nuestra habilidad para hacerle frente al estrés de todo tipo." (7)
2. Tienen un periodo de duración mayor que los desastres naturales, incluso con frecuencia carecen de un comienzo y/o final definido. Si la preocupación e incertidumbre son asociadas con el estrés, éste persiste por años (estrés crónico).

Pero, ¿qué hay con las investigaciones sobre desastres naturales?

En julio de 1978, se registró una inundación en la ciudad de Rochester, Minnesota, quedando más de 5 000 familias afectadas por el desastre. Ante esta situación Ollendick y Hoffmann (1982) realizaron un estudio retrospectivo, donde uno de los objetivos consistió en evaluar si los individuos experimentaron problemas emocionales subsiguientes al desastre. Las víctimas que formaron la muestra, 124 adultos y 54 niños, fueron entrevistados durante los ocho meses posteriores a la inundación. Para ello, se utilizaron una escala diseñada para medir sintomatología depresiva y otra para medir las pre y post reacciones al estrés. Los resultados mostraron que gran parte de los sujetos reportaron mayor depresión y estrés después de la inundación.

Pocas investigaciones han tratado de determinar la ocurrencia y naturaleza de enfermedades secundarias tanto físicas como emocionales, como resultado de un desastre natural y durante el periodo de recuperación al mismo. Con este objetivo Evans (1978) entrevistó a 91 sujetos, todos ellos hombres, procedentes de dos comunidades de Pennsylvania, inundadas en junio de 1972. Se obtuvo información demográfica, sobre su experiencia en la inundación y acerca de los cambios en los eventos cotidianos de vida en lo referente a la salud-enfermedad, tanto física como psicológica.

La muestra se dividió en dos subgrupos: aquellos quienes habían experimentado la inundación de sus casas, por un lado, y aquellos que no habían

experimentada tal frustración, por el otro. Los resultados demostraron que no hubo diferencias significativas entre el número y naturaleza de las enfermedades experimentadas por ambos grupos. Sin embargo, el grupo de teoría datos percibieron que el desastre había influido en su salud, a diferencia del grupo de no frustrados. Además, tomando en cuenta que "...los efectos del estrés pueden ser expresados en la duración o severidad de la enfermedad experimentada" (E), se encontró mayor duración de las enfermedades presentadas por el grupo de frustrados que por el grupo de no frustrados.

Otro estudio que prestó atención en el período de recuperación de un desastre natural, fue el estratégico por Murphy en 1984, con el objetivo de medir niveles de estrés y de salud en quienes resultaron víctimas de la erupción volcánica del Monte Santa Helena, en mayo de 1980. Los datos se obtuvieron once meses después de ocurrido el evento. Las víctimas fueron definidas como aquellas personas que hubieran sufrido algún tipo de pérdida considerada para el estudio: 1. La muerte prematura de una persona significativa; 2. Muerte prematura de una persona significativa; 3. Pérdida de residencia permanente; y 4. Pérdida de propiedad utilizada sólo en el tiempo libre. Esto permitió hacer comparaciones entre los grupos, esperando que, a mayor severidad de la pérdida experimentada aumentaría el estrés reportado y disminuiría el nivel de salud.

Se utilizaron dos escalas para medir estrés. El nivel de salud se midió tomando en cuenta, en el aspecto psicológico, la depresión y la somatización, además de la salud física. Los resultados mostraron: 1. No hubo diferencias entre los grupos que sufrieran la muerte, tanto confirmada como probable en personas significativas; 2. La muerte prematura de una persona significativa se asoció con alta incidencia de síntomas somáticos y depresivos, y con una incidencia moderada de recuperación percibida; 3. Los sujetos que perdieron su lugar de residencia permanente reportaron mayores índices de eventos negativos en su vida como culpa, culpa a alguien, e insatisfacción financiera, a diferencia de los sujetos dolosos; 4. Los sujetos que perdieron residencias recreacionales no resultaron afectados; 5. Ninguno de los grupos reportó deficiencias en su salud física.

Siguiendo en la línea de evaluar las reacciones a corto y largo plazo después de un desastre, se encuentra el estudio reportado por Powell y Rensick (1983), que toma en cuenta la importancia de llevar a cabo estudios longitudinales en este campo. Los 98 sujetos -en su mayoría mujeres-, fueron entrevistados después de una inundación ocurrida en Mississippi en 1973, la cual provocó daños en el lugar de residencia de los mismos o la pérdida de su propiedad. Para obtener la información se desarrolló una entrevista estructurada y se utilizó una escala -el Mental Status Index- para evaluar el estrés emocional. En cuanto a esta última, se pidió a los sujetos que fuera contestada dos veces, tomando en cuenta su estado emocional antes del desastre y la otra mencionando su estado después del mismo. Aproximadamente un año después, las víctimas fueron entrevistadas nuevamente, con el fin de evaluar los niveles de estrés y hacer comparaciones entre estos tres períodos de tiempo.

En cuanto a los efectos a corto plazo se encontraron: 1. La inundación fue percibida por la mayoría de los sujetos como un agente "estresor" significativo; 2. La mayoría de las víctimas sufrió una desorganización social y emocional considerable inmediatamente después de la inundación; 3. Hubo un incremento en el estrés emocional después del desastre. Los efectos a largo plazo indican: 1. Aún un año después, las víctimas del desastre continúan quejándose de desorganización social y estrés emocional atribuibles a la inundación; 2. Muchos de los síntomas de estrés reportados por las víctimas después del desastre continuaron presentándose después de un año; y 3. No se reportaron síntomas de enfermedad mental mayor durante el tiempo inmediato al desastre.

La conclusión a la que llegan estos investigadores es la siguiente: "...las víctimas de un desastre natural no solamente se encuentran con una considerable desorganización a nivel social, interpersonal y económico, sino que también individualmente sufren un incremento significativo de estrés emocional o psicológico. Además... los estrésores socioeconómicos e interpersonales así como los síntomas asociados con estrés emocional persisten largo tiempo después de que los efectos agudos del desastre han pasado."(19)

El estrés psicológico después de un desastre natural, en este caso un incendio forestal, ocurrido en Australia en 1963, fue evaluado por McFarlane (1964). Este investigador encontró que ciertos síntomas se presentaron en una minoría de las personas que experimentaron tal evento. Quienes desarrollaron trastornos psiquiátricos no tuvieron una particular exposición intensa al desastre. Se concluye que la vulnerabilidad personal, la cual representa, una combinación de personalidades, constitución y apoyo social, juega un papel importante en el origen de cualquier enfermedad mental después de un desastre natural. El umbral de exposición necesaria para "disparar" el trastorno es probablemente diferente en cada individuo. Así, la enfermedad no debe considerarse como la reacción esporádica a los desastres, concluye el estudio.

Por otro lado, varias investigaciones enfocan el problema de los servicios de salud mental en cuanto a atención primaria y a largo plazo en las víctimas de los desastres.

En este sentido, Shippee, Bradford y Gregory (1982) tuvieron como objetivo estudiar la relación existente entre la percepción de las víctimas sobre el medio ambiente del desastre, las respuestas emocionales que estos eventos les provocan, y las variables que pueden influir al otorgar servicios de salud mental a dichas personas. En este caso, 163 personas que residían dentro y alrededor de las áreas inundadas en abril de 1978, en la zona metropolitana de Phoenix, fueron examinadas. Se realizó un diseño factorial de 2x3, donde se evaluaron por un lado, niveles de miedo (alto, medio y bajo) y el sexo de los participantes (masculino y femenino) y su influencia en la percepción del desastre.

La información se recolectó a través de un cuestionario estructurado y de un mapa de la zona, en el que se pedía a los sujetos señalar su lugar de residencia. Los resultados mostraron que el sexo no tuvo ninguna influencia significativa en las diferencias encontradas. Estas diferencias estriban en que los sujetos que tuvieron el más alto nivel de temor al desastre, en comparación con los de mediano y bajo nivel, tendieron con mayor frecuencia a

1. Podría ocurrir otra inundación en su área de residencia;
2. Residirán más cerca de la zona de inundación de lo que realmente era.

Los sujetos con un temor moderado, en comparación con los de bajo nivel, tuvieron una tendencia mayor a creer que podría ocurrir de nuevo una inundación en su área de residencia. Al final se comprobó que no hubo diferencias significativas entre los grupos de mediano y bajo nivel de temor en cuanto a la distancia percibida entre su zona de residencia y la zona de inundación. En realidad, el lugar de residencia de los tres grupos se encontraba equidistante de la zona de inundación.

Las implicaciones de esta investigación en cuanto a los servicios de salud mental, indican que "...los servicios de salud psicológica después de un desastre deben ser extendidos para incluir aquellas áreas residenciales no directamente afectadas por el desastre." (18)

El propósito del artículo presentado por Hartsough (1982) consistió en subrayar la importancia de llevar a cabo una planeación previa a la ocurrencia de los desastres, en donde los servicios de salud mental locales juegan un papel preponderante. Así mismo, se describen una serie de problemas que dificultan dicha planeación, como son:

1. Falta de recursos extensos suficientes para apoyar el programa de desastre, donde el autor menciona que la participación federal y estatal es importante, así como la coordinación con asociaciones de carácter civil.
2. Falta de información sobre las necesidades de salud mental en las víctimas de desastres. Debido en parte, a que frecuentemente este grupo no es contemplado en los programas de salud mental.
3. Falta de un método de intervención acorde a las necesidades de las víctimas, donde se enfatiza la importancia de utilizar técnicas como la intervención en crisis, terapia breve y de emergencia, así como talleres educativos y de consulta.
4. Falta de puntos guía para diseñar el plan.

En este sentido, se propone un modelo para tal fin basado en tres puntos fundamentales:

- a) Designación del personal que trabajará durante el desastre y la delimitación de sus responsabilidades;
- b) Coordinación de institutos, organizaciones y asociaciones; y
- c) Reconocimiento del papel que juegan en la salud mental, la realización de tareas y los cambios dinámicos en las asociaciones a través del tiempo y conjuntamente con las consecuencias de un desastre.

Esta preocupación que se muestra por incluir en los programas de salud mental a "las víctimas de un desastre", cobra mayores dimensiones si se toma en cuenta la situación socioeconómica de los países en vías de desarrollo.

Lima et al (1988), dirigieron un estudio en Armero, Colombia después de una erupción volcánica que destruyó dicha ciudad. Si se toma en cuenta "...que los desastres ocurren con mayor frecuencia en los países en vías de desarrollo, y que por tanto, son responsables de una proporción de víctimas mayor..." (11), es importante conocer los efectos psicosociales que se suscitan en la población afectada y que necesitan ser atendidos tanto a corto como a largo plazo. Según los autores, en estos países, la atención primaria en salud mental la proporciona el "trabajador de atención primaria - (TAP)", que si bien no es un especialista, sí tiene a su cargo acciones básicas de salud.

Entre los objetivos del estudio se encuentran: 1. Identificar la prevalencia de trastornos emocionales en las víctimas del desastre; 2. identificar y diseñar instrumentos adecuados para evaluar y entrevistar a las víctimas; 3. desarrollar material de capacitación en salud mental para el TAP; y 4. evaluar el programa de capacitación. Después de siete meses de ocurrido el desastre, 200 damnificados, mayores de 18 años, fueron encuestados y entrevistados.

Los resultados demostraron que:

1. La prevalencia de trastornos emocionales ocurrió en el 45% de la muestra.
2. Los síntomas más frecuentes en la subescala de neurosis del instrumento empleado fueron: sentirse nerviosa, angustiada o preocupada, sentirse con facilidad, y frecuentes dolores de cabeza.
3. Los síntomas que mejor produjeron trastornos emocionales fueron: sentirse incapaz de ser útil en la vida, estar cansado todo el tiempo, y problemas para pensar con claridad.
4. Las experiencias asociadas con trastornos emocionales fueron: haber perdido el empleo, no percibir que otros tratan de ayudar, ignorar la fecha de salida del campamento o albergue, e insatisfacción con las condiciones de la vivienda.
5. Tanto quejas físicas como emocionales (depresión y problemas psicósomáticos) estuvieron asociadas con trastornos psicológicos.
6. Los diagnósticos más frecuentes (realizados por clínicos experimentados y obtenidos del DSM-III con el fin de validar el instrumento utilizado) fueron: Síndrome de estrés posttraumático, depresión mayor, trastornos por ansiedad generalizada, abuso del alcohol y fobias.

Las conclusiones a las que se llegó indican que:

1. En un país en desarrollo, se detecta una prevalencia muy alta de trastornos emocionales en las víctimas de un desastre de gran magnitud.
2. Los trastornos consisten en cuadros Anis-depresivos.
3. El instrumento utilizado (Cuestionario de Auto Reporte ICAR) es válido para encuestar a víctimas de desastres ocurridos en países en desarrollo.
4. Es necesario que el IAP esté capacitado para identificar los síntomas de trastornos emocionales que resultaron los menos frecuentes y diversos cuadros clínicos.
5. Hay que considerar varios aspectos en el caso de los damnificados: establecer una fecha específica para abandonar el albergue y trasladarse a una vivienda permanente. Según los autores, este parece ser

ser un factor de protección importante, es conveniente entonces proporcionar información a las víctimas acerca de lo que se está haciendo para ayudarlas.

4. Generalmente los recursos especializados en salud mental resultan insuficientes para cubrir las necesidades de las comunidades afectadas.

2. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS SISMOS DE 1985

Los terremotos son de los más temidos y destructivos de los desastres naturales.

Datos que se tienen hasta la fecha, de las pérdidas tanto humanas como materiales, indican la gravedad del impacto de los terremotos. Los grandes terremotos de la historia de los cuales se tiene referencia son: Sueni, China 1556 (800 000 personas muertas); Calcuta, India 1737 (300 000); Messina, Italia 1908 (80 000); 70 000 en Perú (1970) y 12 000 en Nicaragua (1972).

El daño potencial de los terremotos es una función de frecuencia, magnitud y otras características físicas (medioambientales). Esto varía, según los elementos del sistema humano, incluyendo la cantidad y densidad de la población que ocupa zonas de alto riesgo sísmico y el nivel relativo de precauciones que adoptan los habitantes.

El Dr. Genaro Suárez del Instituto de Geofísica de la UNAM, refiere: "un sismo ocurre cuando hay un desplazamiento en la falla del terreno, y por falla se entiende el área sobre la cual se deslizan dos bloques de rocas que se han roto. En las fallas que no se han movido durante mucho tiempo se acumula energía, que se libera repentinamente en forma de ondas sísmicas que se propagan por el interior y la superficie de la tierra. Cuando nos llegan estas ondas sísmicas sentimos un temblor." (1)

Esto se explica debido a que la tierra está formada por una serie de placas, llamadas tectónicas, estas placas se mueven unas con respecto a otras, - en movimiento provocado por la emergencia de material magmático, similar al volcánico, procedente del interior del planeta. La formación de nuevas cadenas montañosas se debe en parte a ese proceso. Necesariamente se tiene que - recuperar la diferencia del material montañoso soñado, y forzosamente se tendrá que destruir una parte de las placas de la superficie que se ha creado, este movimiento es constante. De esta forma, tenemos movimientos expresados en el deslizamiento de un placa, ya sea sobre o debajo de otra.

Si tomamos en cuenta la extensión (miles de km^2) y espesor (70 100 km) de la placa podremos entender la gran cantidad de energía que se acumula y es - capaz de liberar un sísmo. "Aunque no se conoce bien cuál es el mecanismo que ocasiona sísmos menores después de un también principal, se cree que el - desplazamiento de una falla no es homogéneo ni constante, sino que existen rugosidades. Una vez que se ha liberado la energía del sísmo principal, se - piensa que en algunos puntos de esas rugosidades aumenta la energía, que se sigue liberando gradualmente en forma de temblores...que van disminuyendo en magnitud y frecuencia." (13)

Las escalas utilizadas para medir la magnitud e intensidad de un sísmo - son, por un lado, la de Richter, y por otro, la de Mercalli. La primera hace referencia a la energía liberada en un temblor; la segunda, a los daños provocados por el mismo. "La escala de Richter da la misma magnitud para todos - los observadores, mientras que la escala de Mercalli sólo da un valor cualitativo para medir los efectos del evento..." (14) que dependen de la densidad de la población en la zona de ocurrencia, del tipo de suelo, de la calidad de las construcciones, etc. (Debe aclararse que la intensidad no se mide, sino que se asigna con base en una tabla que describe los efectos del movimiento sísmico en las personas y en las construcciones.

En el caso del sísmo del 19 de septiembre de 1985, la información nos - señala una magnitud de 8.1 Richter; y un VIII grado alcanzado en Mercalli, - en aquellas zonas que resultaron más afectadas y que reportaron mayores -

daños. Una de las hipótesis por el investigador referido, señala que los efectos del sismo se vieron amplificadas al llegar al área metropolitana, por la forma y composición de la cuenca de México; en otras palabras, en las zonas asentadas sobre roca, los efectos no fueron tan desastrosos, pero en el centro de la ciudad, donde estaba el antiguo lago y ahora encontramos arcilla y agua, los edificios vibraron (a una frecuencia de 1 a 2 segundos) dado que las ondas sísmicas quedaron atrapadas en el Valle de México y entraron en resonancia ocasionando los daños materiales y físicos que se observaron.

El primer sismo tuvo efectos graves "...en una superficie cercana a los 800 000 km², siendo más intensos cuanto mayor era la distancia del epicentro y debido a la mayor duración correlativa del movimiento." (15) Especialmente en el D.F. se produjeron numerosas deslaves. Un gran número de construcciones se visieron abajo y otras más sufrieron diferentes fallas: edificios que se desplomaron verticalmente, otros que se inclinaron, algunas de los cuales se desafiaron sus pisos intermedios, y excepcionalmente, aquellos que se voltearon completamente. Hubo daños de consideración que visieron seguidos de escapes de gas e incendios. Se interrumpió automáticamente el flujo de electricidad hacia las zonas más afectadas. Al desplomarse o dañarse edificios y estaciones repetidoras, se trastornó el servicio de telecomunicaciones, interrumpiéndose completamente el sistema de telefonía internacional y además entre la capital y el resto del país. Las líneas que traen el agua potable hacia el D.F. fueron afectadas en varios tramos, y se produjeron numerosas rupturas en la red de distribución. Hubo cuantiosas víctimas y heridos.

Si bien los daños materiales fueron elevados después del primer terremoto, al reproducirse el segundo 36 horas más tarde, la situación se tornó todavía más crítica. Numerosos edificios que habían quedado afectados con los primeros estremecimientos se desplomaron o se dañaron aún más. Un mayor número de personas quedó atrapado entre los escombros, sembrando confusión y desaliento entre la población. Los daños cubrieron una extensión muy amplia, aunque los más graves se concentraron en un radio relativamente reducido, especialmente en el D.F.

Después de ocurrido el primer terremoto, el gobierno intentó entrar en acción. Se dispuso la operación de los planes de rescate y auxilio a la población de la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina, pero dichos contingentes tuvieron igual o mayor confusión que el resto de la ciudadanía pues no estaban preparados para intervenir en este tipo de casos. Por esta razón dichos planes no se llevaron a cabo finalmente. Se pusieron en marcha dispositivos de diversos organismos privados que se dedicaron al salvamento y auxilio durante las emergencias, y la ayuda principal provino de los ciudadanos, especialmente jóvenes, que se organizaron espontáneamente y con un gran sentido de solidaridad, para colaborar en las labores de rescate y auxilio.

Las primeras acciones se centraron en la atención a los heridos y en el rescate de las personas que se encontraban atrapadas entre los escombros; paralelamente se establecieron hospitales improvisados que de alguna manera reemplazaron a aquellos que resultaron dañados. Los respectivos organismos públicos se dedicaron a restablecer los servicios básicos -agua, electricidad, comunicaciones- que se habían interrumpido. Las escuelas que no fueron afectadas así como algunos parques, estadios y deportivos, fueron utilizados para albergar a los damnificados en forma temporal.

El total de la población que percibió los movimientos telúricos sobrepasa los 20 millones de personas. Al efecto, téngase presente que la población del área metropolitana de la Ciudad de México en ese entonces se situaba alrededor de los 17 - 18 millones de habitantes, siendo además la urbe más poblada del mundo. Las estimaciones oficiales, que parecieran ser conservadoras, colocan en cerca de 6 000 el número de víctimas fatales, tanto en el D.F. -donde se localizaron más del 95% del total- como en diversas localidades del interior del país. Sin embargo, otras estimaciones, sobretudo hechas años después, hablan de no menos de 20 000 personas que perecieron como resultado directo del temblor. Muchas de estas víctimas quedaron atrapadas y sepultadas entre los escombros de las edificaciones derrumbadas o dañadas. Es posible que las muertes exactas en su totalidad nunca serán conocidas. Se estima que más de 150 000 personas resultaron damnificadas directamente -

por el desastre, 30 000 de las cuales fueron alojadas en albergues tempora-
les.

Al comparar estas cifras con el número total de habitantes de la Ciudad
de México se observa que las personas que resultaron heridas o que fallece-
ron constituyen sólo un pequeño porcentaje de la población. Sin embargo, y
sin restarle importancia al daño físico, también ocurrieron una serie de
efectos a nivel psicológico en una mayor proporción; y no sólo los heridos
se vieron afectados psicológicamente, también lo estuvieron aquellos que
perdieron seres queridos, los damnificados que sufrieron pérdidas materia-
les, y todos aquellos que durante los terremotos vieron amenazada su inte-
gridad y bienestar a todos niveles.

Una vez que se tiene conocimiento del fenómeno llamado sismo, y de los
cuantiosos daños que provocó en septiembre de 1985, cabe preguntarse: ¿de
qué manera desastres como este afectan la salud de la población y de los
individuos?, cuáles son las reacciones y consecuencias psicológicas de los
individuos ante estos eventos?, ¿pueden estas reacciones y consecuencias
caracterizarse dentro de un patrón común a un gran número de personas?

2.1. INVESTIGACIONES ANTERIORES SOBRE SISMOS

Entre todas las variables que influyen en la manera en que los individuos
reaccionan ante los desastres, se encuentran aquellas que tienen que ver con
las características del evento en sí. De tal manera que no es lo mismo ha-
blar, entre los desastres naturales, de tornados o huracanes (los cuales pue-
den ser predecibles, gracias a la tecnología moderna), que de fenómenos poco
predecibles con exactitud como los terremotos.

A pesar del perjuicio y mitos que rodean a desastres como los sismos, hay
pocas investigaciones referentes a los efectos psicológicos de los mismos.

Según los sociólogos, el daño potencial de los terremotos es una función de frecuencia, magnitud y otras características físicas (medioambientales). Varía también, según los elementos del sistema humano, incluyendo la canti- dad y densidad de la población que ocupa zonas de alto riesgo sísmico y el ni- vel relativo de precauciones que adoptan los habitantes.

Jackson y Mukerjee (1974) entrevistaron a 123 residentes de San Francis- co, en 1971, con el objeto de describir y comprender las formas de percep- ción del peligro a un terremoto, y la adopción del ajuste al daño. Estos - autores concluyen que la tendencia general a desochar el peligro como algo - molesto y a disminuir el riesgo esperado se explica con referencia a la teorí- a de la Disonancia Cognoscitiva (Festinger, 1957). Caracterizan estas per- tas de respuesta como la representación de una adaptación pobre al peligro - potencial. También concluyen que dos factores son en gran parte responsables: la reciente historia de inactividad sísmica en San Francisco y el alto grado de arraigo que los habitantes tiene por su ciudad, junto con la falta de - voluntad para reconocer las severas desventajas que existen.

En un estudio realizado por Jackson (1981) se examinó la respuesta ante - el peligro de un probable terremoto entre residentes de zonas con alto ries- go sísmico. Se determinó qué tanto esta respuesta se asemejaba o difería, de las formas en las que estas personas respondían a otros peligros. Puntos - importantes en esta investigación se refieren a la manera en que los indivi- duos perciben el peligro o el riesgo y a la forma en que se adaptan a éste. La adaptación se refiere a aquellas acciones que se toman con la finalidad - de reducir el daño, el riesgo o peligro y de remover o disminuir un medio - ambiente molesto o resistente (Munkler, 1964). En relación a la adaptación, - Slovic et al (1974) señalan tres aspectos relevantes como resultado de sus - investigaciones:

1. Un rango limitado de conductas de adaptación es a la vez percibido y - adaptado. Un comportamiento general es "no hacer nada" o soportar los - daños. Las acciones adaptativas como cambios estructurales, mudanzas, - asegurarse, etc. son comúnmente ignoradas.

2. Las individuos muestran una tendencia a presentar una respuesta de crisis. La gente prefiere confiar en la capacidad de respuesta al momento de presentarse el desastre. Es más frecuente que los residentes busquen modificar el dato potencial durante las consecuencias del desastre.
3. Las personas tienden a mal percibir los riesgos y a negar la integridad inherente de la naturaleza. Es común como confiar en la eficacia de los dispositivos de seguridad, como las medidas incorporadas al código de construcción.

Según Jackson (1981) el rango de alternativas para hacer frente al peligro de los terremotos puede ser dividido en dos categorías: respuestas durante y después del evento, comparadas con las precauciones tomadas antes del mismo. Las respuestas de un momento a un terremoto específico incluyen ajustes de emergencia, tales como salir al exterior o refugiarse en un lugar seguro, primeros auxilios, evacuación temporal, reparación y recuperación de la propiedad.

Con base en lo anterior, la hipótesis en el estudio de Jackson indica que la respuesta al peligro entre residentes de alto riesgo sísmico está asociada con la naturaleza de la experiencia pasada, la percepción del peligro y las expectativas acerca de la futura ocurrencia de terremotos y daños anticipados. Los resultados indican que, el temblor no parece ser percibido como algo especialmente importante en el contexto que tienen otros problemas sociales, económicos y medioambientales, y muy especialmente, en el contexto de los beneficios percibidos acerca del lugar donde los entrevistados viven.

Los tembloristas muestran fuertes reacciones emocionales entre algunas personas, pero la mayoría de los entrevistados negaron o subestiman riesgos acerca de la ocurrencia de temblores futuros. También se concluye que la respuesta al riesgo de temblor es consistente con la respuesta a otros riesgos. Las personas cambian frecuentemente sus percepciones con respecto al peligro, tienden a percibir y a adoptar una estrecha gama de ajustes, y generalmente se comportan de una forma que se caracteriza como "respuesta de crisis". Hallaz

gas particulares indican que la intensidad de las experiencias anteriores de terremotos está asociada con la toma de precauciones; y, por otro lado, que el riesgo de terremoto es percibido como responsabilidad de alguien más - frecuentemente del gobierno- y es de una misma, lo que puede ser asociado con el limitado rango de selección de conductas adaptativas.

Para explicar parte de estos resultados, Jackson cita a Kolffenstein (1957) quien observó "...que las personas pueden verbalmente aceptar la posibilidad del daño cuando se los interroga acerca de sus creencias sobre desastres, pero que esta aceptación intelectual puede ocultar la incertidumbre o incredulidad existente en un nivel emocional más profundo." (16)

Otro factor importante a tomar en cuenta en la explicación sobre las patas de ajuste a los temblores consiste en las características físicas particulares de éstas en comparación con otros desastros. Se trata de un fenómeno intangible, no aparente en el medio ambiente y con recuerdos poco constantes de su existencia. Jackson señala que una respuesta común es "si está fuera de mí vista, está fuera de mi mente". Por otro lado, los terremotos comienzan y terminan en segundos, en este sentido, o se toman precauciones antes del evento, o se soportan las pérdidas.

Una tercera explicación de este estudio tiene que ver con el papel que juega la adaptación. Se dice que la verdadera función de la adaptación al terremoto no es reducir el daño potencial, como indicaba Harker (1964), sino proporcionar al individuo un sentido de seguridad o control interno. El sentir que se está haciendo al menos algo en el aspecto adaptativo. Por último, se sugiere el desarrollo de programas informativos que contribuyan a que el rango de selección de conductas adaptativas se amplíe.

Un estudio que evaluó el impacto de un terremoto en los residentes de dos diferentes ciudades, fue el dirigido por Ameg, Masuda y Holmes (1977). En relación a tal desastre -ocurrido en Perú en mayo de 1970- se comparó una ciudad devastada por el terremoto con otra que no sufrió daño alguno. Esto con el objeto de cuantificar la importancia de los cambios sociales, económi

cos y médicos producidos por el desastre. La evaluación se hizo un año después de ocurrido el evento, por medio de la administración de dos pruebas - que miden reajuste social y experiencias recientes, previa adaptación y traducción de las mismas por tratarse de población latina; ya que se contaba con información previa sobre muestras tomadas de población salvadoreña, españoла y estadounidense. Se realizó también una comparación intercultural. Los resultados indican que:

1. Las víctimas del terremoto dieron mayor importancia a las situaciones de tipo académico, por lo que un incremento en la percepción de tales eventos puede ser esperado en las personas que han sufrido una catástrofe natural.
2. El desastre provocó cambios en las condiciones de vida de las víctimas.
3. Las víctimas mostraron mayor necesidad de readaptación a situaciones relacionadas con la muerte, daño y enfermedad en comparación con los otros grupos afectados por el desastre. Esto puede deberse a la reacción, o bien a la desensibilización ante la muerte y la enfermedad como resultado del manejo de cuerpos en el período postdesastre.
4. Las víctimas enfatizaron aspectos de tipo religioso, así como aquellos relacionados con el alojamiento -la mayor parte de la población perdió sus casas.
5. Hubo un decremento en la percepción de situaciones de naturaleza personal e interpersonal, probablemente debido a que las necesidades emocionales fueron reemplazadas por necesidades físicas, ya que en éstas se observó un incremento -mayor importancia a la comida, ropa y alojamiento. Parece ser que esta relación se presenta en países en vías de desarrollo, ya que en los países industrializados sucede lo contrario: hay un incremento en la percepción de la dinámica interpersonal, y un decremento en la percepción de necesidades físicas.
6. Al evaluar los cambios de vida, la media anual fue mayor en las dos ciudades comparadas del Perú durante el año del terremoto y durante un año después del mismo si bien la media anual de la ciudad no afectada fue menor que la de la ciudad arrasada por el desastre. Estos cambios de vida en la ciudad no afectada puede explicarse por el carácter nacional que tomó el evento, y por los efectos de los cambios políticos y socioeconómicos que se dieron en el país en ese entonces.

3. Finalmente, la población de la ciudad afectada reportó cambios en su estado de salud. Con lo anterior, los autores concluyen que un desastre natural provoca cambios en la vida de los individuos, y por ende, cambios en su estado de salud.

Otros estudios, realizados a partir del mismo terremoto ocurrido en Perú en 1970 y del terremoto ocurrido en la ciudad de Managua, Nicaragua en 1972, contribuyeron para que Cohen (1985) desarrollara su esquema evolutivo de las reacciones humanas posttraumáticas.

La investigación en el área de los terremotos o sismos y su relación con la salud mental es limitada, esto se debe en parte a las características del evento, como son su imprevisibilidad, rapidez con que ocurre y, sobretodo, a la situación de crisis que conlleva. Es precisamente este último punto el que ha motivado el interés en su estudio, pero una vez que éste ha ocurrido, y no antes. México no es la excepción.

En uno de los primeros informes proporcionados al público sobre las características psicológicas suscitadas en la población, a raíz de los sismos ocurridos en la Ciudad de México el 19 y 20 de septiembre de 1985, se habla de la Psicología del Desastre.

En este informe, el Dr. José Cuélli (1986) refiere que la psicología del desastre es el término utilizado que trata sobre las secuelas psicológicas a raíz de los sismos de 1985. Para su estudio, hay que tomar en cuenta el grado de organización previa de la comunidad afectada, la intensidad del impacto, y la personalidad de los individuos antes del desastre. Según Cuélli en México existía un alto grado de desorganización social anterior a la ocurrencia de los sismos. Con problemas económicos y sociales, como las devaluaciones, el desempleo, la delincuencia, que son índices de la misma. Sobre esta desorganización recayó el impacto del temblor.

Las reacciones y comportamientos ante situaciones de desastre se explican a través de una serie de fases cronológicas, por una parte y dependiendo de

La zona de desastre en que se hallaban los individuos (Cuelli, 1985). Estas fases son las siguientes:

Primera fase llamada de pre-amenaza, o de previsión social. En una sociedad desorganizada como la nuestra, no existe planeación ni prevención para los desastres. Sólo pequeñas sectores de la población se organizan para adquirir seguridad y llevan a cabo acciones como la de establecer su residencia en lugares considerados como de baja sismicidad. Sin embargo, la mayoría de la población no puede hacerlo -debido a la tendencia centralista del país y a sus recursos económicos, entre otras.

Segunda fase de amenaza inminente. Si bien la ocurrencia en sí de un sismo no puede establecerse con exactitud, hay situaciones que sí pueden ser previstas. Por ejemplo, la construcción de los edificios guardando las normas mínimas de seguridad hubiera evitado la caída de varios de ellos durante los movimientos telúricos. La preparación de la población para el enfrentamiento de desastres, es otra medida preventiva muy importante.

Tercera fase o de impacto. Es la ocurrencia del evento, llámese terremoto, bomba, ciclón, caída de la moneda o invasión de otro país. Siguiendo a Cuelli, aquí se distinguen tres grupos de personas que reaccionan de diferente manera. Aproximadamente el 25% de la población de una sociedad se angustia frente al impacto, pero tiene la capacidad de controlarse y convertirse en líderes de su comunidad, de tal forma que su conducta ayuda a tranquilizar a los demás. Sin embargo, "en México en porcentaje no es de 25, sino que sólo comprende el 4% de la población." (17) El 50% de las personas en una sociedad organizada -en México este grupo lo constituyó aproximadamente el 60% de la población- empieza a perder el control y aparece lo que se denomina "Síndrome o fatiga de desastre" que se refiere a la neurosis traumática en donde las personas se quedan paralizadas, sin saber qué hacer. El tercer grupo es el que se agita frente al problema y queda totalmente desorganizado. En el caso de México, este grupo estuvo constituido por sólo un 20% de la población sin embargo, es el que requirió ayuda psicológica inmediata.

En lo referente a las reacciones dentro de las zonas de desastre, hay cuatro áreas divididas en círculos epocéntricos.

La primera zona del desastre es aquella en la que se observa una destrucción total, con muertos, heridos y desorganización social completa. Las reacciones de las personas sobrevivientes de esta área van desde la negación hasta el completo estupor, en el que la gente camina sin conciencia, o está paralizada sin poder moverse.

En la segunda zona se encuentra destrucción y lesionados, pero no hay muertos. También hay desorganización social y reacciones de inhibición, escape y pánico. Hay inseguridad y la evitación es consciente, la gente no quiere regresar a sus casas. Cabe señalar que, según investigaciones ya citadas, la situación de pánico después de un desastre es inherente a las víctimas, especialmente a las que se encuentran atemorizadas por estar atrapadas en algún lugar sin poder salir.

En la tercera zona, la destrucción es parcial, no hay heridos ni muertos, sólo daños menores en edificios y casas, y deterioro en los servicios públicos. También hay desorganización social, pero el problema ya no es físico sino emocional y es generador de culpa. Prevalce la duda, la indecisión y la propagación de rumores. La rabia que se origina es dirigida contra la autoridad. En esta zona se encontraba la mayoría de la población de la Ciudad de México.

La cuarta zona es la exterior, no hay lesiones físicas ni psíquicas, sólo mente se observan las consecuencias de los daños a los servicios públicos. Estas personas que quedaron fuera de la zona de impacto son las que pueden resolver mejor las cosas. La respuesta psicológica es de simpatía y reparación de culpa a través de la ayuda. Es importante señalar que un sentimiento de solidaridad prevaleció tanto en las víctimas indirectas como en gran parte de la población, no sólo en aquellos individuos ubicados en esta última zona. Se organizaron grupos y brigadas de rescate, se hicieron contribuciones de ropa, alimentos y medicinas independientemente de la ayuda gubernamental y del extranjero.

Oscós-Alvarado (1985) retoma las cuatro fases que describe Cohen (1985) para explicar las reacciones al movimiento telúrico en la Ciudad de México. De esta manera señala que en la fase de amenaza es posible afirmar que ya existe conciencia del riesgo de que temblara en cualquier momento. Porque en previas ocasiones ya se había producido este fenómeno, en 1957 y 1979, por ejemplo, cuando cayeron el Ángel de la Independencia y la Universidad Iberoamericana, respectivamente y siempre estuvo presente la amenaza, al menos latente, de que en cualquier momento temblaría nuevamente. Generalmente en esta fase los individuos utilizan algunos mecanismos de defensa como la negación, que impide al sujeto percibir claramente la realidad externa; la represión a través de la cual los sentimientos e ideas aterradoras y dolorosas permanecen en el inconsciente y en algunos casos también se observa la formación reactiva.

La siguiente fase o fase de choque da lugar a la ansiedad, el temor y la preocupación, que dificultan al individuo enfrentarse con la situación y por tanto, adaptarse óptimamente a la misma. Inicialmente el individuo se manifiesta como la persona que sufrió el mayor daño, el más afectado, como si éste hubiese sido el golpe más duro de su vida; a esto se le conoce como auto centrismo. Puede presentarse un estado de ofuscamiento o aturdimiento psíquico, durante el cual existe confusión, desorientación, lentitud de pensamiento, además de un probable alejamiento de las personas significativas y dificultad para tomar decisiones, así como para entender lo que pasa y lo que se dice. Este estado puede prolongarse unas horas o inclusive varios días, durante los cuales se mantiene la ansiedad y el temor. El individuo tiene una sensación de desprotección, considerando la imposibilidad de estar ya a salvo de la muerte por haber estado tan cerca de ella. En algunos individuos ya no opera la negación, pero otros todavía recurren a ella para así ejercer un control de las emociones, que se manifiestan en frases como: "el temblor no fue tan terrible, ya que sólo destruyó una pequeña parte de la ciudad, fuera de esto no pasó nada".

En la fase de readaptación aparecen diversas manifestaciones psicopatológicas que interfieren en el funcionamiento orgánico del individuo y a veces originan padecimientos agudos o crónicos. Comúnmente aparecen muestras de

dólar, aflicción y desesperación. Es característica de esta fase la resignación, unida a una sensación de impotencia. Durante esta etapa las víctimas están más vulnerables puesto que, debido a la crisis, sus mecanismos de afrontamiento no funcionan normalmente, por lo que es muy fácil herir sus sentimientos.

La última fase se refiere a las secuelas que puede dejar un desastre. Algunas víctimas manifiestan su ansiedad y depresión en un nivel inferior al de las fases anteriores; sin embargo, en otras tales estados anímicos desembocan en niveles crónicos. El grado de adaptación depende más bien de los recursos con que cuenta el individuo experimentando generalmente la necesidad de mayor contacto o apoyo social; además hay algo que une a todos los sobrevivientes y puede ser compartido: la posibilidad de contar la historia del evento.

En lo referente a las reacciones grupales Oscúa-Alvarado, indica que "...ante esta situación de desastre, el primer factor común para toda la gente fue lo inesperado y la magnitud del temblor. Probablemente la fase de amenaza no funcionó ni se aplicó a los habitantes del D.F., quienes negaron o prefirieron olvidar la probable ocurrencia de un temblor de tal magnitud. Durante y después del sismo, la ansiedad, el temor y la preocupación se apoderaron de la gente; algunos no podían creer lo ocurrido, otros decidieron abandonar e inclusive huir de la ciudad para protegerse. A estas alturas la fase de amenaza ya se había introyectado en la gente, o sea, se incrementó el temor de que en cualquier momento podría temblar nuevamente, cayendo en una sensación de desprotección total" (18) sobre todo después de ocurrido el segundo temblor.

Como puede observarse a lo largo de este apartado, la investigación es muy limitada, y básicamente se aboca a los efectos de los desastres. Y es muy poca o muy escasa en términos preventivos.

Ello puede deberse a la impredecibilidad de todos o casi todos los desastres. En el siguiente apartado se tratará con más detalle la literatura referente a la teoría psicológica del desastre.

2.2. TEORÍA DEL DESASTRE

El campo de la teoría del desastre o Psicología del desastre es reciente y complejo. La mayoría de las investigaciones son de carácter retrospectivo, debido a la naturaleza impredecible del evento y tienen una serie de limitaciones -señaladas por cada uno de los autores- que conducen a la obtención de datos diferentes o contradictorios en ocasiones. No obstante, esto es de esperarse si además tomamos en cuenta que en la ocurrencia de cualquier fenómeno participan no sólo un agente o variable, sino toda una serie de factores que van a mediatizar, conducir y/o precipitar dicho fenómeno, en este caso, los eventos antecedentes y consecuentes a un desastre.

A pesar de que la investigación sobre los efectos psicológicos de desastres ha sido compartida por disciplinas como la Sociología, la Ingeniería, la Psiquiatría, la Psicología, la Epidemiología o Trabajo Social, investigadores como Frederick (1980) han comentado que "no ha surgido una base amplia de conocimiento de la investigación sobre desastres naturales..." (19). Adicionalmente, Chamberlin (1982) afirma que la incidencia de estrés psicológico y síntomas patológicos usualmente se incrementa después de un desastre. Es decir, esta base de conocimientos es limitada pero ya se cuenta con ella. Así, los efectos psicológicos más frecuentemente observados son los siguientes que a continuación se describen.

En las etapas tempranas después del desastre se localiza una ansiedad generalizada. Las reacciones comunes son trastornos del sueño, necesidad de expresarse, recurrencia del evento y episodios que van de leves a moderados en cuanto a entumecimiento emocional, depresión y fatiga.

Estos síntomas son considerados por Harisough (1982) como normales y generalmente desaparecen dentro de los seis meses siguientes especialmente en

respuesta a desastres naturales de corta duración.

Taylor y Frazer (1982) mencionan que si bien la teoría del desastre no ha progresado satisfactoriamente, los síntomas que las víctimas pueden tener, están bien establecidos y son recurrentes, por ejemplo, evitación, inmovilidad, apatía, depresión, dependencia y agresión.

Cabe aclarar que con todo y la ansiedad constante, la investigación demuestra que estados de pánico son raros después de un desastre (Fritz, 1967; McConagie, 1964; Quarantelli y Dykora, 1970).

Síntomas más severos, observados clínicamente en algunos sobrevivientes, incluyen profundos sentimientos de culpa, sensación de amargura crónica, ansiedad recurrente, sentimiento de estar "emocionalmente muerto" y distorsión psicósomática o cognoscitiva que no estaba presente antes del desastre.

De acuerdo a Taylor y Frazer las observaciones clínicas de Lindemann (1944), Henninger (1952), Friedman y Linn (1957), Lifton (1964), y Lifton y Olson (1976) suministraron la base para el desarrollo de la categoría del "Trastorno por Estrés Posttraumático" que describe al DSM-III. Según este manual, el aspecto más importante de este trastorno es "...la aparición de síntomas característicos después de un acontecimiento psicológicamente traumático que generalmente no forma parte de la escala normal de las experiencias humanas. Los síntomas característicos incluyen la experimentación repetida del acontecimiento traumático; entorpecimiento de la capacidad de respuesta o reducción de la participación en el mundo exterior, además de una variedad de síntomas disfóricos, cognoscitivos o vegetativos." (20)

El factor tiempo es otra variable importante. Las reacciones a largo plazo son aún más difíciles de evaluar debido a la confluencia de otros factores que contribuyen a su presentación, tales como la personalidad, la predisposición y los eventos que ocurren después del desastre. A pesar de ello, se mencionan sentimientos de culpa, fobias, trastornos del sueño, hostilidad, cefalea, ansiedad, depresión y trastornos con duración de meses después de un

desastre.

Holberog y McCaughey (1976), mencionan que después de dos años de ocurrida la inundación en Buffalo Creek, muchas personas afectadas reportaron pesadillas, mayor ansiedad y apreciación disminuida de sus vidas. Además señalan que muchos de estos síntomas también fueron reportados por sobrevivientes del desastre del Andrea Doria, de los campos de concentración alemana, de la bomba atómica de Hiroshima y del incendio de Cocacola.

Powell y Rayner (1962), tomando en cuenta la situación de crisis durante los desastres, han dividido su estudio en varios periodos: de aviso, amenaza, impacto, inventario, rescate, remedio y recuperación. Considerando una serie de reacciones diferentes en cada uno de ellos.

Resumiendo, las reacciones psicológicas ante situaciones de desastre dependen de una serie de variables y de su interrelación. Estas variables van desde las características del evento -como la duración e intensidad del mismo, el grado de destrucción y el número de muertos que provoca-, hasta las diferencias individuales -personalidad, edad, sexo, posición económica, mecanismos de defensa, estilos de afrontamiento, etc.-; pasando por la organización previa de la comunidad afectada -relaciones de apoyo social después del desastre-, y el manejo por la sociedad de la situación de desastre que puede precipitar su propia forma de estrés psicológico (Cohen y Ahearn, 1980; Erikson, 1976; Figley, 1978; Frederick, 1980; Milne, 1977; Murphy, 1977; Quarantelli, 1979).

Tomando en cuenta la influencia de estas variables y la necesidad de un enfoque interdisciplinario, para comprender la variabilidad de las reacciones individuales posttraumáticas; Cohen (1985) ha descrito el comportamiento de los individuos durante un desastre natural a través de las perspectivas biológica, psicológica y social. Para esta autora "...la reacción que un individuo presenta después del choque producido por la catástrofe se relaciona con:

- a) la personalidad;
- b) la edad, sexo, grupo étnico y posición económica;
- c) los mecanismos usuales de hacer frente a los problemas (defensivos y de adaptación);
- d) la intensidad de la fuente de estrés;
- e) la correspondencia adecuada entre la necesidad individual y los sistemas de apoyo;
- f) la importancia de la pérdida personal experimentada, y
- g) la disponibilidad de socorro y de recursos comunitarios de asistencia." (21)

Para Cohen las reacciones posttraumáticas más frecuentes se clasifican en una serie de fases temporales progresivas, a saber, amargura, choque, readaptación y secuelas.

Por su parte, el Instituto Nacional de Salud Mental (1978) de E.U.A. afirma que los problemas emocionales generalmente no son evidentes sino hasta seis meses después de un desastre. Las fases por las que pasa un desastre y que maneja tal instituto incluyen una fase "heroica", con duración de una semana; la fase de "luna de miel", con duración de una semana a seis meses; la fase de "desilusión", que dura de seis meses a uno o dos años; y una última fase de "reconstrucción" con duración variable.

Es durante la fase de "desilusión" que fuertes sentimientos de desacuerdo, cólera y resentimiento pueden aparecer. Según Dillendick y Hoffmann (1982) "en muchos casos, estas fases parecen similares a los estados de muerte y duelo, negación, cólera, ajuste, depresión y aceptación, que Kubler-Ross (1969) ha formulado." (22) Además señalan que ambas teorías parecen estar basadas en la teoría original de estrés de Selye (1956), en la cual el Síndrome General de Adaptación consta de tres fases: reacción inicial de alarma, fase de resistencia y fase de agotamiento. Si los estresores continúan en la fase de agotamiento pueden resultar enfermedades y trastornos psicológicos. Estos autores concluyen que cuando el estrés severo se manifiesta, tal como el inducido por un desastre natural, pueden esperarse problemas de afrontamiento, si bien es necesario investigar con más profundidad esta área.

Un punto en la investigación que con mayor frecuencia ha sido discutido es si las reacciones a los desastres dependen más de la predisposición individual al daño psicológico, o de la magnitud del estrés. Según Weiberg y McCaughey (1976), varias investigaciones han concluido que la severidad del evento es el factor más importante y que, consecuentemente, aún los individuos en cuya historia no se observan trastornos mentales, pueden resultar afectadas si el nivel de estrés es mayor al que pueden afrontar. Esta conclusión es apoyada por otros estudiosos que han examinado la relación entre la severidad del estrés y la incidencia de enfermedad (Rabkin y Struening, 1976).

2.2.1. ENFOQUE PSICOANALITICO PARA LA EXPLICACION DE LAS REACCIONES A LOS SISMOS DE 1985

El enfoque psicoanalítico sobre los sismos de 1985, estuvo representado en el artículo escrito por Palacios et al en 1985. Los principales puntos de este trabajo se señalan a continuación.

Son tres los principales agentes a considerar en lo que estos autores llaman el más grande impacto psicológico masivo de los últimos tiempos:

1. La previa desorganización del Yo debida a las condiciones de crisis socioeconómicas del país. En este artículo se cita a Cordero y Tello (1984) para afirmar que "la población que vive en condiciones comparables a aquellas de las naciones industrializadas está compuesta por un 40%, mientras que el 60% restante está confrontando el brutal empobrecimiento característico de los países subdesarrollados." (21) Hay que tomar en cuenta que esta situación mantiene a la mayor parte de la población bajo un constante estrés, lo que empobrece la capacidad del Yo para hacerle frente al exceso de estimulación.

2. Las características relacionadas directamente con el sismo, como son la rapidez de su ocurrencia, su naturaleza impredecible y su gran potencial para devastar en minutos.

"Es un error metodológico extender análogamente las reacciones humanas ante la guerra y los terremotos. En la guerra la población está preparada y organizada, aún en los ataques aéreos y blindados. La posible excepción es el holo-

caso atómico." (Lifton, 1967) (24) El impacto provocado por los sismos fue de naturaleza regresiva; es decir, hubo una activación repentina e imprevista de fantasías primitivas inconscientes, se restablecieron procesos dolorosos - no resueltos y se incrementaron los sentimientos de culpa.

3. El impacto traumático de la información transmitida por los medios masivos de comunicación, principalmente radio y televisión. Según Godman (1971) - "La estimulación es demasiado rápida para ser neutralizada efectivamente y - encontrar una barrera permeable de estímulos en la mayoría de los miembros de la población involucrada. Este tercer agente traumático es considerado como - el factor etiológico más importante. La Ciudad de México quedó incomunicada - debido a que la central del sistema de comunicación telefónica resultó dañada como consecuencia directa del temblor. Ante esta situación los medios de comu - nicación masiva iniciaron un "...bombardeo a la altamente vulnerable audien - cia, con desgarradoras escenas de mutilación, sufrimiento y destrucción sin - las muy necesitadas proyecciones visuales compensatorias, e información al - auditorio del hecho de que el 90.88 de la ciudad salió ileso." (25)

Adicionalmente, hay que tomar en cuenta los llamados "factores etiológicos facilitadores" que también actúan sobre la capacidad del Yo para afrontar el exceso de estimulación. Entre estos factores, aplicables a la Ciudad de México, se encuentran los medioambientales como son el hacinamiento, niveles altos de ruido, contaminación atmosférica, destrucción ecológica (Gesamen, 1974), etc.

También se tiene que valorar el efecto traumático de un segundo sismo ocurrido 26 horas después del primero. Este segundo sismo del viernes 20 de - septiembre registró 7.6 grados en la escala de Richter. "El daño físico - adicional fue mínimo pero la respuesta psicológica fue de pánico: los Yo's, - ya desorganizados, en severa regresión y funcionando al máximo de alerta - tuvieron que responder a una estimulación traumática más. La permeabilidad de la barrera de estímulos se incrementó y la desorganización del Yo empezó en un gran porcentaje de la población." (26)

Palacios et al (1966) señalan que, al haber una disminución gradual del - impacto inicial, el mayor conflicto que tuvo que confrontar el Yo se refiere

a la reactivación de procesos dolorosos tanto normales como patológicos. En la mayoría de los individuos las reacciones ante estos procesos no resultaron consistieron en agresión, comportamientos maníacos, actos autodestructivos impulsivos, depresiones severas, reacciones psicósomáticas, comportamientos suicidas. Aquellos afectados en menor grado utilizaron el mecanismo de negación ante estos procesos. Para la mayoría, sin embargo, esta reorganización fue de corta duración. Por otro lado, hubo casos en los que dicha reorganización permitió al Yo una mayor oportunidad de resolución.

El estudio al que se ha venido haciendo referencia, sustenta que la población de la Ciudad de México sufrió un trauma masivo. Se define al trauma psicológico como "...cualquier percepción consciente o inconsciente de un estímulo dado cuya intensidad -una vez que la barrera del estímulo ha sido transgredida o traspasada- es más fuerte que la capacidad del Yo para una efectiva neutralización." (27) Es importante señalar que un Yo con una capacidad sintética débil se desorganizará fácilmente bajo un impacto relativamente leve. Sin embargo, en términos del trauma experimentado como resultado del desastre de la Ciudad de México "...es posible afirmar que la súbita y masiva afluencia de estimulación fue tal que el potencial neutralizante de la estructura promedio del Yo fue en mucho excedida." (28)

Ante esta situación se describen una sucesión de eventos aplicables a las víctimas directas del desastre:

1. El Impacto traumático. Aquí se tomó en cuenta tanto su dimensión real, como la proporción inversa a la fuerza del Yo de las víctimas.
2. El proceso intrapsíquico resultante. Este es, el fenómeno psicodinámico derivado de los cambios estructurales, permanentes o transitorios, en el aparato psíquico. Estos cambios se deben a la reactivación de traumas previos no resueltos dependientes de la regresión formal, la estructura de carácter, con conflictos neuróticos pre-existentes, entre otros.
3. Tipos de descarga del impacto. Se refiere a los intentos funcionales del Yo para lograr la reorganización. Tal organización transitoria puede resultar en confusión, descarga incontrolable de impulsos y emociones o retracción de los límites del Yo (bloqueo afectivo, estupor, etc.). Los sínto

mas incluyen hipersensibilidad, ansiedad intensa, falta de sueño, hipersomnia, por ejemplo. Estas reacciones han sido encontradas en aproximadamente el 60% de las víctimas. Entre el 15 y el 25% de los sujetos son capaces de hacerle frente al trauma con algún grado de adaptación eficiente. Estos individuos proporcionan la primera ayuda inmediata a las víctimas. En el otro 15 a 25% de la población, la desorganización psicológica ocurre debido a las estructuras psicopatológicas pre-existentes del Yo.

4. Grados variables de regresión formal duradera. Aquellos que perdieron a miembros directos de su familia y/o propiedades sufrieron procesos dolorosos normales y patológicos en diferentes niveles.

5. Reconstrucción del funcionamiento efectivo del Yo. Esto ocurre en la mayor parte de los directamente afectados; pero entre el 10 y el 15% pueden sufrir reacciones psicopatológicas retardadas, reacciones neuróticas, incremento de la patología del carácter y enfermedades psicósomáticas.

En cuanto al proceso psicológico presentado por la población general, los autores retoman las fases propuestas por el Instituto Nacional de Salud Mental de E.U.A. (1978) pertinentes en este caso.

1. La etapa "heroica" como reacción inmediata. Llamada así debido a que hay una actuación de defensas maníacas para ayudar al Yo a afrontar su desorganización. Esto como consecuencia de las obligaciones gregarias, el inconsciente, los sentimientos de culpa y la importancia de haber previsto o reducido la tragedia. Las más frecuentes respuestas inmediatas en esta etapa son la elación y la negación. Lo exterior de la pauta para las demostraciones de solidaridad, asistencia y generosidad excesiva. En este sentido, entre el 15 y el 20% de la población no afectada directamente, es capaz de llevar a cabo acciones efectivas de rescate y organización adaptativa. En 60% de la población afectada directamente presenta reacciones anormales debido al comienzo de regresión severa y a la invasión de sentimientos de culpa. El otro 15 a 20% de la población con esta característica, puede presentar psicopatología severa con reacciones psicósomáticas graves y una incidencia -aunque menor- de intentos suicidas.

2. La etapa de "luna de miel". Consta de una reacción manifiesta leve, implica una evaluación no realista y excesivamente optimista de la acción colectiva. Prevalce un ambiente de amistad, solidaridad y cortesía pocas veces vista en la cotidianidad de una ciudad como esta.

3. La etapa de "desilusión". Comienza cuando se realiza una evaluación realista del daño y se observa que el desastre dejó mucho más que mortandad. En el caso de la Ciudad de México, se empezó a observar el hecho de que la pre-existente crisis económica exacerbó debido a las recientes pérdidas materiales. Prevalce entonces la hostilidad y se hacen evidentes rupturas psicológicas, familiares, sociales y políticas.

4. La etapa de "reorganización". Como su nombre lo indica, tanto sociedad como individuos procuran una reorganización. Los miembros de la comunidad con estructuras patológicas mostrarán en esta fase los efectos retardados del impacto psicológico.

Por último, otro punto importante en este reporte concierne al método de la intervención en crisis. La intensidad y patología de la regresión formal y de los efectos retardados dependen, en gran medida, de la capacidad del Yo para una rápida neutralización del estímulo, así como de la rápida y también efectiva intervención del personal de rescate. El objetivo primordial de este método consistió en la descarga de estimulación masiva, lo más rápidamente posible, permitiendo al Yo algún grado de funcionamiento adecuado; así como la prevención de severas reacciones psicopatológicas, tanto en las víctimas directas como en la población en general.

Esto se llevó a cabo mediante la realización de planes y programas que condujeron a la organización tanto de instituciones públicas y privadas en salud mental, de los departamentos de psicología de diversas Universidades. Esos programas incluyen el trabajo directo con las víctimas así como la difusión de información, sobre los procesos psicológicos mencionados, a través de los medios masivos de comunicación mismos que en un principio contribuyeron en gran medida a la ocurrencia del trauma masivo.

Repuntando, los sismos ocurridos los días 19 y 20 de septiembre de 1985 - sobrecogieron a la Ciudad de México por varias razones: su intensidad, su imprevisibilidad y, entre otras cosas, la rapidez con que se dieron sus efectos. Entre éstos, además de los daños materiales, encontramos aquellos que abarcan la esfera social y psicológica de los afectados.

En este sentido, la Ciudad de México no sólo ha sido sacudida por la fuerza de la naturaleza, sino que ha sufrido grandes "temblores sociales". Hay una larga lista de problemas como la densidad demográfica, los problemas de vivienda, de agua, el deterioro del ambiente, el desempleo, la pobreza, la desnutrición, etc. Sabemos que "...en las ciudades altamente pobladas, el riesgo de los desastres, la conjunción de la posibilidad de ocurrencia de eventos destructivos y de la intensidad de los probables daños que provocan, tiende a crecer igual con los agentes destructivos naturales como los sismos o las tormentas; que con los provocados por el hombre, como las explosiones o la contaminación; así también como con los asociados a la interrupción de los servicios básicos y, en general, al funcionamiento del sistema de vida humana." (29)

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Hertzough, B.W. (1982, julio), p. 295.
- (2) Murphy, S.A. (1984), p. 205.
- (3) Taylor, A.J.W. y Frazer, A.G. (1982, diciembre), p. 6.
- (4) Jackson, E.L. (1981, julio), p. 387-388.
- (5) Haas, E.J. y Drabek, T.E. (1970), p. 265.
- (6) Hertzough, B.W. Op. Cit.
- (7) Baum, A. (1988, abril), p. 58.
- (8) Evans, M.M. (1978, septiembre), p. 329.
- (9) Powell, B.J. y Pentek, E.C. (1983, julio), p. 275.
- (10) Shippee, G.E. et al (1982), p. 27.
- (11) Lima, B. et al (1980), p. 15.
- (12) Tonda, J. (1985, noviembre), p. 7.
- (13) Ibidem, p. 10.
- (14) Ibidem, p. 11.
- (15) ONU. Consejo Económico Social. (1986), p. 382.
- (16) Jackson, E.L. Op. Cit. p. 409.
- (17) Cumis, J. (1985), p. 2.
- (18) Escós-Alfonso, A. (1985, diciembre), p. 5.
- (19) Frederick, C.J. (1980), p. 71.
- (20) American Psychiatric Association. (1988), p. 295-297.
- (21) Cohen, R.E. (1985, febrero), p. 173.
- (22) Gillendick, D. y Hoffmann, M. (1982), p. 169.
- (23) Palacios, A. et al (1986), p. 281.
- (24) Ibidem.
- (25) Ibidem.
- (26) Ibidem.
- (27) Ibidem, p. 283-284.
- (28) Ibidem.
- (29) Ertlisch, E. (1985, noviembre), p. 47.

CAPITULO 10. ESTRES

"Fuebre ciudadana
 Muecas de concreto
 Piel de hoja de lata
 Ambición de masacrias
 Pasado de gloria
 Presente sin nombre
 Rumiante de árboles y setos
 Me queda tu aliento porredacto
 tu misaja,
 tu silencio,
 tu prisa."

LUISA SORILLO

CAPITULO II. ESTRÉS

Mucho se ha hablado sobre el estrés, sin embargo, parece no haber consenso en cuanto a su conceptualización, ni aún entre los mismos científicos que se han dedicado a su estudio.

La palabra estrés se utiliza para describir "...un conjunto de reacciones neurofisiológicas y conductuales a estímulos aversivos del ambiente." (1) = Según Weitz (1970) las categorías de las situaciones que provocan estrés son: apresuramiento del procesamiento de información; presencia de estímulos ambientales nocivos; percepción de peligro; perturbación de una función física; aislamiento o cárcel; presión del grupo y frustración. Frankenhaeuser (1971) dice que el estrés se relaciona con la ausencia de autocontrol ante los acontecimientos. Para Lazarus (1972), los evocadores de estrés consisten en la percepción de una amenaza contra los valores y metas personales. Por su parte, Cox (1976) plantea que el estrés surge cuando existe un desequilibrio entre las demandas y la percepción del individuo de sus capacidades para cumplir con ellas.

Es posible que esta falta de consenso tenga que ver, principalmente "con el hecho de que el término estrés se ha adueñado de un campo previamente compartido por otros conceptos, entre los cuales se encuentran: conflicto, frustración, ansiedad y algunos más." (2) Pero también es posible que tenga que ver con la parte integrativa del concepto, a través de la cual se pretén de estudiar la relación existente entre diferentes áreas de conocimiento - como la fisiología, la psicología, la sociología o la medicina, por ejemplo. Este último punto es importante ya que nos da la pauta para afirmar que esta diversidad en las definiciones de estrés se debe a que cada una de ellas - enfatiza diferentes aspectos de un mismo proceso. Para comprender lo anterior es importante que se hable sobre el desarrollo que ha tenido la noción de estrés.

1. CONCEPTUALIZACIÓN DE ESTRÉS

Si bien ya Hipócrates (s. IV A.C.) mencionaba la existencia de un "poder de curación de la naturaleza" haciendo referencia a los mecanismos inherentes al organismo que contribuyen a devolver la salud después de una exposición a agentes patógenos, fisiólogos como Claude Bernard, J.S. Haldane, E. Pfliüger y L. Frederiq hablaron sobre la relación del organismo y su medio ambiente refiriéndose a la estabilidad interna que debía mantener el primero y la adaptabilidad que debía lograr ante los cambios el segundo. No es sino hasta W.B. Cannon (1922) y principalmente Hans Selye (1936) que se plantean las bases para la primera definición del estrés como concepto autónomo.

La contribución del fisiólogo Cannon consiste en haber sugerido el término homeostásis para designar "el proceso fisiológico coordinado por el cual la mayoría de las condiciones estables son mantenidas por el organismo." (3) La homeostásis implica entonces la tendencia del organismo para mantener un estado constante interno. Sin embargo, dicho estado constante puede ser alterado, y de hecho lo es si se toma en cuenta la relación que tiene el organismo con su medio ambiente. Relación dinámica que implica cambios continuos - necesarios para el desarrollo y evolución de la vida. En este sentido entonces "lo que distingue la vida es la adaptabilidad al cambio." (4)

La segunda contribución importante de Cannon se refiere a su concepto de "luchar o huir". Cuando el organismo pierde el estado interno constante o homeostático, se suceden una serie de mecanismos fisiológicos altamente especializados para hacer frente a tal pérdida, pero también "subraya particularmente la estimulación del Sistema Nervioso Simpático y la descarga hormonal de la suprarrenal que resulta de ello en momentos de urgencia extrema, tal como el dolor o la cólera (secreción de adrenalina de emergencia). A su vez, este proceso automático provoca cambios cardiovasculares que preparan el cuerpo para la huida o para la lucha." (5)

En el marco de estos antecedentes surgen las investigaciones y estudios de Selje, quien observó que pacientes afectados por diversas enfermedades mostraban signos y síntomas similares como pérdida de peso y apetito, fuerza muscular reducida, apatía, etc., a lo que denominó "Síndrome vulgar de la enfermedad". Estudios posteriores lo llevaron a descubrir lo que él, en el año de 1936, llamó "tres índices objetivos de estrés".

Al estar realizando experimentos con ratas, en relación a cierta hormona ovárica, encontró tres cambios orgánicos importantes: 1. Aumento de adrenalina; 2. Atrófia timo-linfática; y 3. Úlceras gastrointestinales.

Pronto se dió cuenta de que estas reacciones constituyen un síndrome, identificado en sus diversos pacientes y además, de que estos cambios no sólo eran provocados por sustancias tóxicas sino por diversos agentes como el frío, calor, infecciones o traumatismos. Es decir, estos índices de estrés no sólo se presentan cuando el organismo hace frente a una enfermedad, sino también ante diversas demandas que le exigen adaptarse al cambio medio-ambiental.

Estos cambios fisiológicos mencionados forman parte de lo que Selje llamó Síndrome General de Adaptación (SGA) o Síndrome Biológico de Estrés, "un síndrome producido por diversos agentes nocivos." (6) Este SGA consta de tres etapas:

1. Reacción de Alarma: ante un agente nocivo se presenta la tríada con: a) aumento de adrenalina, b) atrofia timo-linfática, - c) úlceras gastrointestinales. Si el agente es lo suficientemente dañino el organismo muere.
2. Estado de Resistencia: si se sigue expuesto al agente nocivo - por más tiempo se llega a un estado de adaptación en donde los cambios fisiológicos son diferentes e incluso opuestos a los de la etapa anterior.
3. Estado de Agotamiento: si la exposición continúa, la adaptación de la etapa anterior se pierde. El organismo se agota y surgen nuevamente los signos de la primera etapa pero son ahora irreversibles y el organismo muere.

Como se puede observar en la concepción de Selye, las modificaciones fisiológicas que se elicitan como respuesta del organismo ante los cambios que se le presentan, son la base del estrés. Así Selye señala "el estrés es la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda o petición que se le hace." (3) Para comprender esta definición es necesario aclarar varios puntos:

1. Existe una serie de eventos que enfrentan al organismo a un conjunto de cambios en su actividad vital.

2. La demanda que hacen estos eventos al organismo implica dos tipos de respuestas: a) respuestas que se dirigen a la resolución del problema específico, y b) respuestas que exigen una adaptación al cambio. Estas últimas respuestas son llamadas por Selye "respuestas no específicas del organismo".

3. Las respuestas que implican una adaptación al cambio consisten en una serie de cambios biológicos (3GA).

4. Todos aquellos eventos (endógenos y exógenos) que suscitan la misma respuesta biológica son llamados estresores.

5. Los estresores son diferentes entre sí e incluso opuestos, por ejemplo: calor o frío, alegría o pena. Sin embargo, "todos estos agentes tienen un punto en común: aumentan la petición de reajuste necesario para realizar las funciones de adaptación y, de este modo, restablecer la normalidad." (4)

Así, con base en la definición de Selye tenemos que:



Con este esquema se entiende el por qué a veces las diversas actúan como - estresores. Para Selye, las respuesta no específica del organismo, el estrés, está conformado por respuestas exclusivamente biológicas (bioquímicas, fisiológicas). De esta manera explica por qué "el estrés no es idéntico a un impulso emocional o a la tensión nerviosa." (9) Ya que si el estrés se refiere a mecanismos biológicos se entenderá por qué estas reacciones aparecen durante la anestesia, tanto en el hombre como en los animales inferiores, e incluso en las plantas (que no tienen sistema nervioso).

En cuanto a las respuestas específicas que suscitan una demanda al organismo, Selye sólo ahondó en ellas para diferenciar los efectos agradables o desagradables de estrés. "dependiendo de las condiciones, el estrés es asociado con efectos placenteros o displacenteros" (10), a los que denominó - "eustress" (del griego "eu" - bueno) y "distress" (del latín "dis" - malo) - respectivamente; el estrés asociado a efectos desagradables es angustia. Sin embargo, no puede haber diferentes tipos de estrés, si bien los efectos de los estresores son casi invariablemente diferentes. Por ejemplo, una de las respuestas específicas ante un embarazo deseado es la alegría, por otro lado, dentro de las respuestas específicas ante la muerte de un ser querido se encuentran la pena y el dolor. No obstante, ambas situaciones producen la misma respuesta biológica, es decir ambas provocan estrés. En este sentido, "por su misma definición el estrés no puede ser evitado dado que cada situación ocasiona, bajo una forma u otra, una petición de energía destinada a mantener la vida, es decir, destinada para la adaptación del organismo a los cambios internos y externos de su medio. La ausencia completa de estrés es la muerte." (11)

Se ha hecho énfasis en la definición de Selye, por ser el primero en idea tipificar estos cambios fisiológicos como constitutivos de un síndrome; y también porque esta definición fue en gran medida la responsable de popularizar el concepto de estrés, es el vocabulario científico y de iniciar una serie de investigaciones teóricas en numerosas áreas de la medicina y posteriormente en áreas afines.

Pronto se empezaron a observar y estudiar los correlativos psicológicos y sociológicos del estrés. Tomado en cuenta que hay una serie muy amplia de variables de este tipo que lo provocan (por ejemplo, desajustes interpersonales o presiones económicas) y también que hay una serie de importantes efectos psicosociales (por ejemplo, hostilidad o alienación). Esta distinción entre factores físicos y fisiológicos por un lado, y psicosociales por el otro, no es tan clara como parece. Por eso Lazarus (1972) ha distinguido tres niveles de análisis del estrés: "fisiológico, psicológico y sociológico." (12)

A pesar de que Selye puso énfasis en reducir a patrones fisiológicos la respuesta de estrés, y de que mucha de esta investigación tiene una larga historia de experimentación, las relaciones con el desorden psicosomático fueron estudiadas desde un principio por Selye y colaboradores.

Los intentos por traducir la idea de Selye para incluir aspectos psicológicos, han tropezado con muchos problemas. En primer lugar, la naturaleza de los estresores es muy diferente. Selye habló de "agentes estresores sistemáticos: como el calor, frío, infecciones, intoxicaciones, lesiones, trauma quirúrgico." (13) La gama de posibles estresores psicológicos es tan amplia que resulta prácticamente sin fin. Eifer y Appley (1964) sostienen que tales estresores son efectivos sólo cuando amenazan la vida o integridad del individuo que está expuesto a ellos.

En segundo lugar, no se considera que la relación fisiológica constituya un patrón general bien definido. El resultado de dos décadas de investigación parecen indicar que las diferencias, estilos, patrones de respuesta y tendencias individuales conducen a patrones muy particulares de respuesta.

Estas pueden estar relacionadas con responsividad innata, por ejemplo del Sistema Nervioso Simpático (Ipsenck, 1983). Incluso el mismo Selye en sus días posteriores, afirmó que el mismo estresor puede elicitar diferentes respuestas en diferentes individuos, dependiendo de ciertos factores a los que llamó "condicionantes", los cuales pueden influir selectivamente en la forma de reaccionar de los individuos.

Además hay que distinguir claramente entre la perturbación fisiológica inmediata que profiere algún estímulo discreto y una reacción crónica y prolongada de estrés, en la que se producen cambios fisiológicos básicos.

Si bien encontramos esta serie de problemas al relacionar el concepto de Selye con aspectos psicológicos, el estudio de esta relación se hace inevitable si se toma en cuenta que en los seres humanos los procesos biológicos, psicológicos y sociales están íntimamente ligados.

A partir de los primeros planteamientos sobre el estrés se dejaron algunos puntos por resolver.

Seguendo a Cannon y Selye se tiene que "...el estrés se ha entendido como una respuesta restauradora de la homeostasis, de manera que podría hablarse de adaptación pasiva (SGA) en el sentido de que se trata de un auto mecanismo biológico en el que no siempre es necesaria la participación (acción) del sujeto." (14) Por otro lado, en la búsqueda de aquel agente, primer mediador de la respuesta hormonal, en términos de Selye, Masson "...recurrió a la actividad emocional, por la implicación hipotalámica demostrada, y esta llevó su teoría neuroendocrina del estrés desarrollada paralelamente a las teorías de la emoción." (15) Más adelante Selye encontró que este primer mediador era de naturaleza bioquímica, sin embargo, el estudio de la relación entre emoción y estrés, comenzó a partir de este momento y sentó las bases del surgimiento de la teoría cognoscitiva del estrés cuyo principal representante es Lazarus (1986).

El término teoría cognoscitiva del estrés denota, en primer lugar, que el estudio del estrés está centrado en el sujeto, confiriéndole una participación activa en relación a su medio o entorno. En segundo lugar, la percepción y evaluación que el mismo hace de la situación a la que se enfrenta, así como el comportamiento resultante de ella son entonces enfatizados. Estos puntos sustentan el estudio del estrés llamado psicológico, a diferencia del estrés fisiológico de Selye.

Efeer y Appley (1964), por ejemplo, señalan que el estrés es "el estado del organismo que sobreviene cuando percibe que su bienestar [o integridad] está en peligro y que tiene que elevar todas sus energías para protegerlo." (36) Entonces, cuestiones centrales es el estrés psicológico, son las condiciones y los procesos (1) que llevan al individuo a diferenciar entre situaciones benignas y nocivas, y (2) que determinan el tipo de conducta de afrontamiento que sigue.

Una vez que se cae en la cuenta de que el estímulo es amenazador, se adoptan varias estrategias para hacerle frente. Proctor (1967) ha señalado que el resultado del proceso cognoscitivo tal vez evita la necesidad de una adaptación conductual manifiesta, es decir, una evaluación de la situación hecha por el sujeto puede reducir la reacción de estrés e incluso evitarla. La reacción de estrés, tiene que tomar en cuenta procesos cognoscitivos complejos al igual que reacciones fisiológicas y conductuales y la retroalimentación que proviene de los efectos de estas reacciones.

Parece ser que al tomar en cuenta las variables psicológicas y sociales crece el número de definiciones sobre estrés. McGrath (1970) hace una revisión de algunos elementos que caracterizan las definiciones sobre estrés y encuentra algunos puntos débiles en ellas, que intenta completar proporcionando un paradigma conceptual, que si bien no es un concepto acabado, toma en cuenta las variables psicológicas y sociales mencionadas. Esta revisión se resume a continuación.

EL ESTRÉS BASADO EN LA RESPUESTA

Se trata de las definiciones en donde el tipo de respuesta es la evidencia de que el sujeto está o recientemente ha estado bajo estrés. Los puntos débiles encontrados en estas definiciones son:

1. Si cualquier situación que conlleve a un patrón particular de respuesta es considerada como una situación que conduce al estrés, entonces se tiene que cualquier clase de situaciones o condiciones como el ejercicio o una sorpresa, son consideradas como situaciones estresantes.
2. El mismo patrón de respuesta puede surgir de diferentes situaciones de estímulos, puede ser producido por procesos intraindividuales completamente diferentes. Por ejemplo, la presión sanguínea y el ritmo cardíaco incrementan con el ejercicio pesado, y también cuando el individuo está agustado o se siente amenazado. Pero el significado -particularmente el significado psicológico- de estos dos estados es completamente diferente.
3. Los síntomas del síndrome o patrón de respuesta no siempre se presentan juntos. Parece ser que no hay en todos los casos una intercorrelación entre los índices psicológicos y de conducta del estrés, ni entre éstos y las medidas fisiológicas.

EL ESTRÉS BASADO EN LA SITUACIÓN

Algunas definiciones de estrés subrayan la presencia de cierta clase de situaciones o de situaciones con cierta clase de estímulos que lo provocan. Pero, habría que señalar qué tipo de situaciones y qué propiedades de ellas provocan estrés. Por otro lado, no hay que restar importancia a las diferencias individuales de respuesta a la misma situación.

EL ESTRÉS COMO UNA TRANSACCION ORGANISMO-MEDIO AMBIENTE

Otras definiciones enfatizan algunos procesos intraindividuales, tales como las emociones. Ejemplo de ellas son la "instigación a luchar o huir" (17), o la propuesta por Lazarus (1965), que concibe el estrés psicológico como "resultado de la percepción de una amenaza." (18) Sin embargo,

McGrath (1970) señala que el estrés no es sólo un estado emocional individual, sino un tipo particular de reacción de un organismo a los eventos medioambientales.

La ocurrencia de un cambio ambiental, la cual lleva a la percepción de amenaza, es un primer paso para construir una definición transaccional de estrés, pero cualquier cambio en el medio ambiente no conduce necesariamente a una amenaza. Por otra parte, muchas reacciones que se pueden considerar reacciones de estrés, algunas veces surgen de la interacción continua con el medio ambiente, en el cual no se observa "objetivamente" ningún cambio. Aquí hay que agregar que varias definiciones relacionan el estrés con estados o cambios extremos del medio, pero McGrath menciona que tendrían que especificar por lo menos, las clases de situaciones potencialmente estresantes.

Al analizar estas definiciones y las limitaciones que conllevan, McGrath obtuvo una serie de puntos que propone como base de un marco conceptual para el estudio del estrés.

1. La investigación sobre el estrés debe conceptualizar al hombre como un organismo activo, en vez de uno pasivo o sólo reactivo. En este sentido en la presente investigación se está de acuerdo con Haldén y De Flores (1985) en que el término "sujeto", en lugar de "organismo", implica esta condición activa del ser humano.

2. El organismo focal (individuos, grupos u organizaciones) se interrelaciona constantemente con su medio ambiente.

3. En esta interrelación hay una sucesión de eventos:

- a) Hay una demanda del medio ambiente, llamada también "carga", "energía", "estresor", "presión", "fuerza medioambiental", etc.
- b) Cuando esta demanda del medio ambiente es recibida por el organismo focal se convierte en demanda subjetiva (o tensión, o definición personal, etc.). Dicha recepción de la demanda del entorno puede darse por reconocimiento, evaluación, per-

cepción o aceptación, a un nivel consciente o inconsciente - cuando se trata de un sujeto, o por una parte funcional cuado se trata de una organización.

- c) Hay entonces una respuesta del organismo focal a la demanda subjetiva. La respuesta se puede dar en los niveles fisiológico, psicológico, conductual y social.
- d) También se suceden una serie de consecuencias a esta respuesta, tanto para el organismo focal como para el medio ambiente en el que se encuentra.

4. Las propiedades o atributos del organismo focal afectan:

- a) La recepción de la demanda medio ambiental. Diferentes organismos tienen diferentes interpretaciones del mismo evento - debido a su experiencia pasada o a sus condiciones internas. Este punto hace referencia a la "evaluación cognoscitiva prima^{ria}" propuesta por Lazarus (1986).
- b) La respuesta a la demanda subjetiva. Diferentes organismos - tienen diferentes respuestas dependiendo de varios factores: repertorio de respuestas, habilidades, capacidades, preferencias, experiencia previa, efectos de las primeras respuestas, y de la evaluación que haga el sujeto de todos estos recor-sos o "evaluación secundaria" como la llama Lazarus.
- c) Las consecuencias de las respuestas. Diferentes organismos - tienen diferentes criterios para evaluar los resultados.

5. Como se ha visto, algunas definiciones del estrés, lo conciben en - relación a la demanda medioambiental; otras lo refieren a correlatos psicológicos de tales eventos; otras hacen énfasis en cierto tipo de respues-tas o en las consecuencias a estas respuestas. Pero, sin embargo, "...cualquiera que sea la preferencia para usar el término, la investigación sobre el estrés debe tomar en cuenta la secuencia y las interrelaciones entre estos eventos." (19)

6. Por consiguiente, el estrés implica una relación entre el organismo - focal (sujeto) y su entorno.

Estos puntos anteriores proporcionan la base para un paradigma concep - tual del estrés que, sin embargo, también tiene sus limitaciones.

En un primer momento, McGrath (1970) señala que el estrés ocurre cuando - hay un desequilibrio sustancial entre la demanda del ambiente y la capaci- - dad de respuesta del sujeto. Por lo tanto, hay que tomar en cuenta cuatro - puntos fundamentales:

1. Es importante la evaluación cognoscitiva de la situación para - definir el estrés psicológico como Lazarus (1966) afirma. En - otras palabras, el estrés psicológico se suscita cuando existe un desequilibrio entre la demanda percibida o subjetiva y la - capacidad de respuesta también percibida. "Desde este punto de vista, una demanda medioambiental puede producir estrés sólo si el organismo focal anticipa que no será capaz de afrontar tal - demanda o de afrontarla adecuadamente o de afrontarla sin arriesgos por otras áreas." (20)
2. Otro punto a considerar, es la percepción de las consecuencias importantes para el organismo. Cuando estas consecuencias no - son percibidas como serias por el organismo, no se produce - estrés aún cuando perciba que la demanda excede su capacidad de respuesta.
3. En cuanto a las características de la demanda, una sobrecarga - de estimulación (que va más allá de las capacidades del organio no para afrontarla) provoca estrés; sin embargo, también es pro ducido por una estimulación más bien baja. Hay que tomar en - cuenta tanto el aspecto cuantitativo como cualitativo de la - demanda.
4. De esta forma, el organismo puede alterar el estado de estrés - (deliberadamente o no) por medio de: a) evitando las consecuen- - cias; b) cumpliendo las demandas (a un costo tolerable); o - c) alterando la percepción de las demandas, las capacidades y/o las consecuencias.

Finalmente, la conceptualización del estrés psicológico propuesta por - McGrath es la siguiente:

"...el estrés es un desequilibrio sustancial (percibido) entre la deman- - da y la capacidad de respuesta del organismo con consecuencias adversas - resultantes..." (21)

Como se puede observar, y como el mismo McGrath mencionó, esta forma de concebir el estrés también tiene sus limitaciones. Como por ejemplo, esas -
 -llas que encuentra Lazarus (1986) a los modelos teóricos de cognoscitivos -
 que consideran al estrés como resultado de un desequilibrio.

No obstante, este marco conceptual permite considerar que las diversas -
 definiciones sobre el estrés sólo enfatizan diferentes aspectos de un mismo
 proceso -como se ha mencionado al principio de este capítulo- y que su limi
 tación principal es no considerar el proceso en su totalidad. Además, de la
 parte para retomar la definición, que servirá de base en la presente inves-
 tiguación, y que tiene que ver con cuestiones particulares como, lo es el -
 hecho de que en este caso la demanda medioambiental la constituye un desas-
 tre y que hay un patrón de respuestas más o menos identificado -y definido
 por varios autores- ante tal evento.

De acuerdo con el punto de vista de Lazarus (1971, 1986) se observa que
 su definición implica la presencia de una "transacción perjudicial" entre un
 organismo y una condición en el medio ambiente. "Desde este punto de vista
 sería adecuado permitir al término 'estrés' extenderse al área completa de
 problemas sociológicos, psicológicos y fisiológicos en los cuales las orga-
 nizaciones y los individuos son abrumados por estímulos cuyas demandas van -
 más allá de los límites de su habilidad potencial para adaptarse. El concep-
 to, de esta manera, incluye estímulos, causas, mecanismos y efectos de res-
 puesta, todos estos términos más específicos que se requerirán para diferen-
 ciar cada variable y cada proceso en cada nivel de análisis. El estrés se -
 refiere entonces a cualquier demanda que abruma al sistema y a la respuesta
 de tal sistema." (22)

La "transacción perjudicial" involucra una interpretación individual de
 la situación, la presión ejercida y los recursos personales. En sus múlti-
 ples investigaciones Lazarus (1965, 1971, 1975, 1978 y 1986) ha encontrado
 evidencias de que, por un lado, los procesos relacionados con la evaluación
 modelan la reacción del individuo ante la situación y, por el otro lado, la
 respuesta emocional que se suscita es específica del significado evaluado.

La evaluación cognoscitiva es considerada como el proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento provocará en el individuo. Hay dos tipos básicos de evaluación:

EVALUACIÓN PRIMARIA

1. Irrelevante. Sólo tiene valor adaptativo aquella información relevante para el individuo.
2. Benigna-positiva. Cuando las consecuencias se valoran como contribuyentes al bienestar, estas evaluaciones provocan emociones placenteras como alegría, amor o tranquilidad.
3. Estresante. Aquellas evaluaciones que significan:
 - a) Daño o pérdida. Cuando ya ha habido algún perjuicio como enfermedad, daño a la autoestima o pérdida de un ser querido.
 - b) Amenaza. Cuando los daños o pérdidas no han ocurrido pero se prevén. Su importancia adaptativa, a diferencia de la anterior, reside en que permite el afrontamiento anticipatorio.
 - c) Desafío. Al igual que la amenaza moviliza estrategias de afrontamiento, sólo que en el desafío se valoran los recursos necesarios para vencer la confrontación, lo que va aparejado de emociones placenteras; mientras que en la amenaza se valora principalmente el potencial nocivo, acompañado de emociones negativas como el miedo.

EVALUACIÓN SECUNDARIA

Forma de evaluación que determina lo que puede hacerse o cómo actuar cuando nos encontramos en una situación peligrosa. Esta evaluación se presenta en cada confrontación estresante.

"Las evaluaciones secundarias de las estrategias de afrontamiento y las primarias de lo que hay en juego, interactúan entre sí determinando el grado de estrés y la intensidad y calidad (o contenido) de la respuesta emocional." (23)

Los factores que influyen en estas interpretaciones incluyen: umbrales biológicos y psicológicos, inteligencia, habilidades verbales, tipo de personalidad, defensas psicológicas, experiencias previas (de éxito o fracaso), concepto de sí mismo, estructuras motivacionales (como los compromisos),

una sensación de control sobre la propia vida, factores personales (edad, educación, ocupación) y culturales (creencias).

Otro punto importante señala que el proceso evaluativo no sólo es consciente, racional y voluntario. Lazarus (1966, 1982, 1984) indica que este proceso puede ser inconsciente. "Una evaluación de amenaza puede surgir sin que el individuo conozca claramente los valores y objetivos que está evaluando como peligrosos, los factores internos y externos que contribuyen a tal sensación de peligro o incluso puede ignorar que está evaluando una amenaza. Esta falta de consciencia puede ser resultado de la operación de poner en marcha mecanismos de defensa o bien puede estar basada en procesos de atención no defensivos." (24)

Conjuntamente con el concepto de estrés se encuentran relacionados otros procesos importantes como son la vulnerabilidad y el proceso de enfrentamiento, que se tratarán con mayor detalle en el siguiente apartado.

2. VULNERABILIDAD Y PROCESO DE ENFRENTAMIENTO*

La vulnerabilidad frecuentemente se define en términos de la suficiencia de recursos que posea un individuo. Murphy y Moriarty (1976) la definen como el "equipo" con que cuenta un niño para hacer frente a las demandas adaptativas del medio. Este equipo incluye los recursos tanto físicos como psicológicos y sociales. Sin embargo, siguiendo el enfoque cognoscitivo de Lazarus (1986) resulta muy importante la evaluación que el sujeto hace de la situación demandante para considerarse vulnerable: "...la vulnerabilidad psicológica no viene determinada solamente por un déficit de recursos, ello es necesario pero no suficiente. Sino por la relación entre la importancia que las consecuencias tengan para el individuo y los recursos de que dispone para evitar la amenaza de tales consecuencias." (25)

* López y Valdés (1996) traducen el proceso de "coping" como proceso de "enfrentamiento" y de la misma manera se encuentra en la traducción hecha al libro de Lazarus (libro ya citado). Sin embargo, en la presente investigación se le denomina proceso de "enfrentamiento" por considerarse morfológicamente más adecuado.

Por otro lado, el proceso de "coping" o enfrentamiento se refiere a - las estrategias empleadas para hacer frente a las demandas del medio.

Murphy (1974) menciona que el enfrentamiento incluye todos aquellos - esfuerzos para hacerle frente a las presiones medioambientales que no pueden ser manejadas por reflejos o habilidades organizadas, pero que incluyen luchas, pruebas y tentativas, es decir, una energía persistente enfocada - directamente hacia una meta. "Así, podemos ver al enfrentamiento como un - proceso, que involucra esfuerzo y encaminado a la resolución de un problema, contrastando, por un lado, con dispositivos adaptativos ya dados como los - reflejos y, por otro, con un control completo y automatizado y su competencia resultante." (26) De esta manera Murphy distingue entre:

- Reflejos como mecanismos construídos e instintivos;
- Esfuerzos de enfrentamiento, para hacer frente a las situaciones no manejadas adecuadamente por los reflejos;
- Control como resultado de los esfuerzos de enfrentamiento efectivos y bien practicados; y,
- Competencia como las categorías de habilidades resultantes del - control acumulativo.

Todos ellos forman parte importante del proceso adaptativo.

Para este autor, el proceso de enfrentamiento está enfocada a lo que el individuo trata de hacer ante una situación problemática. En sí mismo no - implica éxito, sino esfuerzo. Además, está compuesto tanto por esfuerzos - activos como por mecanismos de defensa. Estos mecanismos son usados normal y constructivamente en el proceso total de enfrentamiento, especialmente cuando el individuo está en peligro de ser sobrecargado o enfrenta amenazas - que no pueden ser controladas en su estado ordinario de desarrollo o en su situación común. Los mecanismos de defensa se convierten en patológicos o - contribuyen a dicha patología únicamente cuando interfieren en el proceso - de enfrentamiento.

Murphy (1974) también indica la diferencia entre lo que él llama "enfrentamiento I" y "enfrentamiento II", refiriéndose al primero como la capacidad para hacer frente a las oportunidades, frustraciones, obstáculos del medio ambiente; y al segundo, como la capacidad para mantener el equilibrio interno.

Por su parte, Garmezy (1981) señala la discrepancia de algunos autores al considerar los conceptos de enfrentamiento y de defensas, entonces, "los mecanismos de enfrentamiento son vistos como sencillos esfuerzos saludables, activos y adecuados para obtener control sobre la amenaza del medio ambiente, mientras que las defensas se presume que reflejan métodos inadecuados, o en algunos casos patológicos para hacerle frente a la amenaza a través de la búsqueda de protección ante el cambio ambiental." (27)

A continuación se presenta la diferenciación hecha por Haas (1963) y Romano (1977) sobre dichos procesos:

Propiedades de un mecanismo de defensa	Propiedades de un mecanismo de enfrentamiento
1. La conducta es rígida y automatizada.	1. La conducta involucra cambio, por lo que es flexible y deliberada.
2. La conducta es impulsada desde el pasado, y el pasado ignora las necesidades del presente.	2. La conducta es dirigida hacia el futuro y toma en cuenta las necesidades del presente.
3. La conducta esencialmente deforma la situación presente.	3. La conducta está orientada al requerimiento real de la situación presente.
4. La conducta involucra una gran cantidad del proceso primario de pensamiento, participa de elementos inconscientes y por lo tanto, la respuesta es indiferenciada.	4. La conducta involucra el proceso secundario de pensamiento, elementos conscientes y preconcientes, y es altamente diferenciada en respuesta.

Propiedades de un mecanismo
de defensa

5. La conducta opera asumiendo que es posible eliminar los afectos transformados de una manera mágica.
6. La conducta permite la gratificación del impulso a través de subterfugios.

Propiedades de un mecanismo
de enfrentamiento

5. La conducta opera dentro de la necesidad del organismo de "medir" la experiencia de los afectos transformados.
6. La conducta permite formas de satisfacción del impulso de una manera abierta, ordenada y templada.

1. Se reduce información

vs.

1. Se resume información

2. Intrapersonal

vs.

2. Interpersonal en orientación

3. Autoevaluación/incapacidad

vs.

3. Control/autoestima

4. Se origina en la culpa

vs.

4. Se origina en la vergüenza

5. Restringido

vs.

5. Ingestivo

Retomado del Garnezy (1981)

En cuanto a Lazarus (1978, 1986) y como ya se ha señalado, su enfoque se basa en un modelo transaccional en el que el estrés y el enfrentamiento son parte de un proceso de estímulos y respuestas mediado por la evaluación que haga el individuo de la situación.

Así, Lazarus (1986) define el enfrentamiento como "...el conjunto de esfuerzos cognoscitivo-conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o disbordantes de los recursos del individuo." (28) Esta definición hace la distinción entre los esfuerzos de enfrentamiento y las conductas adaptativas automatizadas. Por otro lado, es importante no confundir el enfrentamiento con sus resultados. El enfrentamiento comprende aquellos esfuerzos encaminados a manipular las demandas del entorno, independientemente de cuál sea su resultado. Muchas fuentes de

estrés no pueden dominarse, el enfrentamiento eficaz incluiría entonces - todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar o ignorar lo que no puede dominar.

La evidencia reunida por este autor, señala que existen grandes variaciones entre las personas en cuanto a la regulación y duración, tanto de las - diferentes situaciones estresantes como de una misma situación. De ahí la - importancia de tomar con precaución las conceptualizaciones del enfrenta - miento que impliquen una secuencia invariable de etapas, ya que "...lo que a veces pueden parecer etapas de enfrentamiento originadas por el propio in - dividuo, realmente pueden representar una secuencia de demandas externas, - como ocurre con los conceptos de anticipación (o aviso), confrontación y - postconfrontación que aparecen en las investigaciones sobre desastres."(29)

En 1978 Lazarus y Launier realizaron un sistema de clasificación para la conducta de enfrentamiento de acuerdo a sus funciones. En dicha clasifica - ción se encuentran dos grandes categorías: a) la alteración o manipulación de la transacción problemática -enfrentamiento instrumental o dirigido al - problema-, y b) la regulación de la respuesta emocional que aparece como - consecuencia -enfrentamiento dirigido a la emoción. Estas dos categorías se influyen mutuamente y de esta clasificación surgen cuatro formas más de - enfrentamiento: búsqueda de información, acción directa, inhibición de la - acción y la llamada intrapsíquica. Esta última está representada por los - mecanismos de defensa tradicionales. Subrayando nuevamente que el enfrenta - miento no debe confundirse con el dominio sobre el medio, las conductas de regulación pueden ser adaptativas en algunas situaciones y/o algunas fases de la misma situación.

Desde este punto de vista, la elección de las conductas de enfrentamiento depende del grado de incertidumbre o ambigüedad en relación a la amenaza formulada, la severidad de la amenaza y la magnitud de la desesperanza percibida por el individuo contra la confianza en su propia habilidad para - controlar resultados significativos. Como estos puntos dependen del proceso de evaluación, es obvio que están determinados por los mismos factores que

determina dicho proceso, a saber, los recursos con que cuenta el individuo (físico-materiales para la resolución de problemas), las creencias, los compromisos, las habilidades sociales y el apoyo social entre otros.

También intervienen factores condicionantes que limitan la utilización de los recursos disponibles. Los condicionantes personales se conforman por los valores y creencias culturales interiorizados y por los déficits psicológicos. Los condicionantes ambientales incluyen las demandas que conllevan por los mismos recursos y las instituciones que impiden los esfuerzos de enfrentamiento. También altos grados de amenaza pueden impedir la utilización de los recursos de enfrentamiento de una manera efectiva.

3. ESTRÉS Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS CORRELACIONADOS

Desde sus orígenes, el término estrés estuvo relacionado con procesos patológicos, tanto físicos como mentales. Cada vez se fue haciendo más evidente esta relación, sobretudo al generalizarse la noción de que el estrés inducido por factores sociales podría precipitar enfermedades crónicas. "Comienza a reconocerse que el estrés puede ser uno de los componentes de cualquier enfermedad, no sólo de aquellas designadas como 'psicosomáticas'." (30)

Según el modelo etiológico señalado por Sabkin y Stravering (1976), el origen de las enfermedades está asociado a varios factores potenciales. Entre éstos se incluyen la presencia de condiciones medioambientales estresantes, la percepción del individuo de que estas condiciones son estresantes, la habilidad para enfrentar o adaptarse a tales condiciones, la predisposición genética a la enfermedad y la presencia de un agente patógeno.

Son muchas las investigaciones en las que ha quedado establecida la correlación entre el tiempo de una amplia variedad de trastornos orgánicos y psicógenos y la ocurrencia de algunos eventos estresantes en la vida de los individuos, tomando en cuenta que estos eventos actúan como factores

precipitantes influyendo en el momento en el que comienza la enfermedad, y no en el tipo específico de la misma (Nicheau, Gansereit, McCabe y Kurland, 1967; Jacc, 1970; Myers, Lindenthal, Pepper, Ostrander, 1972; Uhlenhuth y Paykel, 1973; Selker y Webb, 1974; Dohrenwend y Dohrenwend, 1974; Paykel, 1974; Markush y Favara, 1974; Kagan y Levi, 1974; Prusoff y Myers, 1975; Dean y Lin, 1977; Evans, 1978).

No obstante, los efectos estresantes por sí solos no son suficientes para causar enfermedad, algunas personas desarrollan enfermedades crónicas y trastornos severos ante eventos estresantes mientras que otros no los desarrollan. La exposición a tales condiciones estresantes es necesaria pero no suficiente. Se tienen que tomar en cuenta otros factores como "...tejidos vulnerables o procesos de enfrentamiento inadecuados... como mediadores de la relación estrés-enfermedad" (31); o las características del estresor, las características individuales y las variables externas, también constituyen factores mediadores de esta reacción (Rabkin y Struening, 1974; Lazarus, 1986).

3.1 CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO ESTRESANTE

Estas características incluyen la magnitud, intensidad, duración, impredecibilidad y novedad del agente estresor.

Como resultado de las investigaciones en esta área ahora se está de acuerdo que los estresores de suficiente intensidad y duración inducirán una aguda reacción de estrés en aquellos individuos expuestos a tales eventos, independientemente de su predisposición. "Esto es, entre más rigurosa y severa sea la situación estresante, menos significativas son las características sociales e individuales para determinar la probabilidad y naturaleza de la respuesta. Cuando las condiciones son lo suficientemente severas... el colapso es virtualmente universal y las variaciones individuales se reflejan sólo en el tiempo transcurrido antes de la reacción y quizás en el tiempo subsecuente de recuperación." (32)

Por el contrario, como opina Lazarus (1986), los trastornos que casi de forma universal sufren las personas expuestas a tales condiciones extremas (combate, desastres naturales, inminencia de muerte, enfermedad grave o pérdida de seres queridos) no significan que el estrés sea producto de causas ambientales, exclusivamente.

La rapidez del cambio, la exposición prolongada, la falta de preparación y experiencia previa, y una excesiva potencia del evento de tal manera que el individuo pueda hacer poco para modificarlo, contribuyen para elevar el impacto de las situaciones estresantes.

3.2. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES

Un factor importante para valorar el impacto de los eventos estresantes es la percepción de los mismos. Esta evaluación como se vió en el apartado correspondiente determina que el significado que se dé a los eventos sea "potencialmente dañino", "cambiante" o "amenazante".

Por otro lado, las personas que cuentan con más habilidades y recursos, con defensas más versátiles y con una amplia experiencia previa con el evento estresante, tenderán a enfrentarse de forma más adaptativa a éste.

Como se observa, el punto clave que ver con la vulnerabilidad, competencia y estrategias de enfrentamiento con que cuenta un individuo. Las personas y los grupos difieren en su sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos así como en sus interpretaciones y reacciones ante los mismos.

Más cuando ciertas presiones y demandas ambientales producen estrés en un número considerable de personas (como los desastres naturales) las diferencias individuales y de grupo, en cuanto a grado y clase de respuestas, siempre se manifiestan. Por ejemplo, ante una misma situación se encuentran respuestas de cólera, depresión, ansiedad o culpabilidad; incluso algunos -

individuos pueden sentirse provocados mientras otros, amenazados.

3.3. VARIABLES EXTERNAS

Una variable importante que actúa como mediadora en el proceso del estrés y que tiene que ver con el entorno social del individuo consiste en el sistema de soporte social. Las posiciones sociales que los individuos y los grupos ocupan en su comunidad influyen en la experienciación del estrés y en su vulnerabilidad a un amplio rango de enfermedades crónicas.

Como Habkin y Struening (1976) señalan, el aislamiento social, la marginación social y lo que ellos denominan una inconsistencia en el estatus (cuando el individuo desempeña dos o más papeles sociales distintos que implican expectativas incompatibles socialmente) son factores que incrementan el riesgo de enfermedad o trastorno.

Caplan (1974) define el sistema de soporte o apoyo social como aquel sistema que consta de una serie de vínculos interpersonales y duraderos que unen a un grupo de personas que está dispuesto a proporcionar apoyo emocional, asistencia, recursos y retroalimentación en momentos en que se necesitan y cuyos miembros comparten estándares y valores.

La relación entre las deficiencias de este sistema y el aumento en el riesgo de enfermedad ha sido señalada por Caplan (1974), Cassel (1975), Mechanic (1974), Albrecht y Adelman (1984) y muchos otros.

Por otro lado, el área de investigación, tanto en los desastres en general como en los desastres naturales en particular, ha hecho énfasis en considerar las características de estos eventos como agentes estresores universales.

Sin dejar de lado la importancia de los factores individuales y sociales como mediadores del proceso de estrés, es también importante, para los

finés de esta investigación, considerar las concepciones teóricas sobre las reacciones de los individuos y grupos ante tales eventos estresantes. Estas reacciones pueden ser consideradas normales (tomando el término "normal" en el sentido de normalidad estadística, pues se presenta en la mayoría de las personas expuestas a tales condiciones) o patológicas. Según Nyager (1971) las enfermedades psicógenas, como las neurosis, pueden ser consideradas como el aspecto clínico del estrés emocional.

3.4. SÍNDROME DE RESPUESTA AL ESTRÉS

Si bien, como ya se explicó, el estrés es todo un proceso, en el área clínica se lo define principalmente en función de las respuestas de los individuos a los eventos. Así, en el Síndrome de Respuesta al Estrés, Horowitz (1974) destaca principalmente la presencia de una repetición intrusiva del evento traumático por un lado, y la presencia de negación y entumecimiento emocional por el otro.

Se describen una serie de fases en este síndrome. Ante la presencia de un evento estresante, especialmente si éste es repentino y no anticipado, puede haber respuestas de tipo emocional tales como exclamaciones, llanto o aturdimiento, así como reacciones fisiológicas. Después puede presentarse un período de negación y entumecimiento relativo. Posteriormente emerge un período oscilatorio en el cual hay episodios de ideas o imágenes intrusivas, ataques de emoción o conductas compulsivas alternando con la presencia continua de negación, entumecimiento y otros indicadores del esfuerzo que se está realizando para rechazar lo que implica la nueva información. Finalmente puede ocurrir lo que Horowitz llama la fase de "elaboración" en la cual hay menos pensamientos intrusivos y menos ataques de emoción incontrolables junto con una mayor conceptualización, reconocimiento, estabilidad del ánimo y aceptación del significado del evento.

El reconocimiento de este síndrome ha conducido a la inclusión, en el DSM-III, de un desorden cuyas características esenciales son las que constituyen el Síndrome de Respuesta al Estrés.

3.5. TRASTORNO POR ESTRES POSTRAUMÁTICO

El manual de diagnóstico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Mental Manual III Revised, 1988) dentro de los trastornos por ansiedad incluye el denominado trastorno por Estrés Posttraumático el cual tiene las siguientes características:

- A. El desarrollo de los síntomas es posterior a la ocurrencia de un acontecimiento psicológicamente traumático.
- B. El factor estresante producirá síntomas significativos en la mayoría de la gente expuesta a él.
- C. Estos eventos estresantes pueden ser desastres naturales (terremotos, inundaciones, etc.) y desastres provocados por el hombre (guerra, accidentes, etc.)
- D. Los síntomas son: la reexperimentación del evento traumático, una reducción de la capacidad de respuesta frente al mundo exterior o una reducción de la implicación en él y una variedad de síntomas vegetativos, disfóricos y cognoscitivos. De estos síntomas se desprenden los siguientes criterios para su diagnóstico:
 - I. "El individuo ha vivido un acontecimiento que se encuentra fuera del marco habitual de las experiencias humanas y que sería marcadamente angustiante para casi todo el mundo...
 - II. El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente:
 1. Recuerdos desagradables, recurrentes e invasores del acontecimiento ...
 2. Sueños desagradables y recurrentes sobre el acontecimiento;
 3. Conductas y sentimientos súbitos que aparecen como si el agente traumático operara de nuevo (en estos fenómenos se incluye la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos (flashback), incluso cuando ocurren al despertar o como consecuencia de alguna intoxicación por drogas);
 4. Malestar psicológico intenso al exponerse a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.

III. Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma o falta de capacidad general de respuesta (no existentes antes del trauma)...

1. Esfuerzos para evitar los pensamientos o las sensaciones que provocan el recuerdo del trauma;
2. Esfuerzos para evitar las actividades o situaciones que provocan el recuerdo del trauma;
3. Incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma (amnesia psicógena);
4. Disminución marcada del interés en las actividades significativas;
5. Sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás;
6. Afecto restringido; por ejemplo, la incapacidad de respuestas emocionales;
7. Sensación de acortamiento del futuro (no se espera realizar una carrera, casarse, tener niños o una larga vida).

IV. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal)...

1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño;
2. Irritabilidad o explosiones de ira ante la mínima provocación o sin ella;
3. Dificultad para la concentración o afectación de la memoria;
4. Hipervigilancia;
5. Respuesta de alarma exagerada;
6. Reactividad fisiológica frente a la exposición a aquellos acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático;

V. La duración del trastorno (síntomas en II, III y IV) ha sido por lo menos de un mes." (33)

E. Sintomatología Asociada:

1. Síntomas de depresión y/o ansiedad.
2. Conducta impulsiva, viajes repentinos, cambios de residencia (como en el caso de los síndicos de 1993), cambios en el tipo de vida.
3. En el caso de situaciones que amenazan la vida, compartidas con otros sobrevivientes se pueden presentar dolorosos sentimientos de culpa por sobrevivir cuando otros no pudieron hacerlo o remordimientos por la

conducta llevada a cabo para la supervivencia.

Como puede observarse, estos dos últimos síndromes tienen su base en la concepción teórica del trauma psíquico que se detalla en el siguiente capítulo.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Osofs-Alvarado, A. (1986, diciembre), p. 5.
- (2) McGrath, J. (1973), p. 2.
- (3) Alonso-Fernández, F. (1979), p. 320.
- (4) *Ibidem*.
- (5) *Ibidem*.
- (6) Selye, H. (1976), p. 4.
- (7) *Ibidem*, p. 15.
- (8) Alonso-Fernández, F. *Op. Cit.*, p. 318.
- (9) Selye, H. *Op. Cit.*, p. 15.
- (10) *Ibidem*.
- (11) Alonso-Fernández, F. *Op. Cit.*, p. 320.
- (12) McGrath, J. *Op. Cit.*, p. 5.
- (13) Eysenck, H.J. (1983), p. 277.
- (14) Valdés, M. y De Flores, T. (1985), p. 71.
- (15) *Ibidem*, p. 32.
- (16) Eysenck, H.J. *Op. Cit.*
- (17) McGrath, J. *Op. Cit.*, p. 159.
- (18) Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1980), p. 8.
- (19) McGrath, J. *Op. Cit.*, p. 15.
- (20) *Ibidem*, p. 17.
- (21) *Ibidem*, p. 21.
- (22) Lazarus, R.S. (1971), p. 54.
- (23) Lazarus, R.S. y Folkman, S. *Op. Cit.*, p. 69.
- (24) *Ibidem*, p. 76.
- (25) *Ibidem*, p. 75.
- (26) Murphy, L.B. (1974), p. 76.
- (27) Sarmey, N. (1981), p. 242.
- (28) Lazarus, R.S. y Folkman, S. *Op. Cit.*, p. 200.
- (29) *Ibidem*, p. 201.
- (30) Rabkin, J.G. y Struening, E.L. (1978), p. 1014.
- (31) Lazarus, R.S. y Folkman, S. *Op. Cit.*, p. 42.
- (32) Rabkin, J.G. y Struening, E.L. *Op. Cit.*, p. 1018.
- (33) American Psychiatric Association. (1988), p. 300-301.

CAPITULO 111. CONCEPTO DE TRAUMA Y NEUROSIS TRAUMATICA

"Ahí donde la multitud me da el río pertenecer,
 nace el agua deo de solamente poder ser...
 ser yo, sin recubrirme de fuerza, ni palabra,
 con la inhumana simplicidad de la sola presencia:

Resillas de un ave o un insecto que se posa,
 libertad al pensamiento; saltos a los sevillanos.
 lenguaje de miradas, sensaciones y caricias:
 una búsqueda inasistible de la plena plenitud...
 instantes fugaces con un ajeno sabor a pan."

LUISA BARRILLO

CAPÍTULO III. CONCEPTO DE TRAUMA Y NEUROSES TRAUMÁTICAS

Antes de seguir adelante es necesario que se entienda el significado de trauma.

Por trauma se comprende, todo acontecimiento que hace bruscamente frac -
 ción en la organización psíquica del individuo; accidente, lucha, huto, o -
 desastre natural. Se trata de la extrapolación por analogía en el plano psi -
 quico de la noción de traumatismo físico.

Según Horowitz (1974), la teoría de Freud sobre el trauma consta de dos -
 aspectos importantes. En un primer momento, una situación traumática se defi -
 nió como aquella que era seguida de síntomas neuróticos. Posteriormente -
 (Freud, 1920; A. Freud, 1964) surgió la explicación que se basa en la ener -
 gía mantida por el aparato psíquico. Desde este último punto de vista, los -
 eventos traumáticos son aquellos que conllevan una excesiva estimulación, es -
 decir, los eventos del medio (interno y/o externo) exceden la "barrera de -
 estimulación" con que cuenta el aparato psíquico. El que una situación resul -

te "excesiva" depende de la cantidad completa o naturalera de la estimulación, y/o de la relativa falta de preparación del sistema, y/o de la inadecuación de éste para afrontar el estímulo, debido a inmadurez, ansiedad, patología o variaciones individuales en el nivel de tolerancia a la excitación. Una vez ocurrido el trauma, el Yo intenta restablecer la homeostasis, ya sea "desagregando la energía, "ligando o atando" dicha energía o combinando ambas acciones.

Horowitz (1974) afirma que Freud también conceptualiza al trauma en términos cognoscitivos al hablar de cómo uno puede hacer frente al trauma psíquico al asociar ideas contrastantes. También, en sus formulaciones sobre la ansiedad anticipatoria se encuentra implícito el concepto de la evaluación de los eventos que hace el individuo. De esta manera, el término de una sobrecarga de "energía" puede ser sustituido ya sea por el de sobrecarga de "excitación", o bien por el de sobrecarga de "información".

Las personas permanecen en un estado de estrés hasta que la información es procesada; y las emociones son vistas como el resultado de las incongruencias entre las ideas y como motivo de defensa, control y conducta de enfrentamiento. Este punto de vista va acorde con los postulados de tipo cognoscitivo de Lazarus (1970).

Pero, una vez que el impacto traumático ocurre, se lleva a cabo el procesamiento del exceso de excitación, energía o información. A continuación se pasará a describir dicho proceso.

Si el individuo es abrumado completamente, todas las funciones del Yo se suspenden. La organización defensiva se vuelve inoperante y el aparato mental se ve reducido a lo que Anna Freud (1964) denominó "respuestas físicas - vía el sistema nervioso vegetativo, tomando el lugar de reacciones psíquicas". En el caso en que el sistema no se haya inundado totalmente, el llamado proceso de reparación comienza inmediatamente después de que se intenta vaciar toda la energía disponible y se reduce o paraliza las funciones restantes. Esto se manifiesta en estados de "shock" (Freud, 1920), en esta -

des de parálisis de la actividad y/o entumecimiento del afecto (A. Freud, - 1944), en algunos tipos de apatía (Greenson, 1949; Furman, 1974).

"Después de ocurrido el suceso traumático el aparato psíquico se enfrenta a la situación de 'ligar' o controlar el exceso de estimulación y de restaurar todas las áreas de funcionamiento del Yo" (1). En el proceso de recuperación se identifican una serie de indicativos que cumplen con esta finalidad. Según Freud (1920), el proceso de ligar o vincular toma la forma de repetición compulsiva hasta que la estimulación es controlada bajo el dominio del "principio del placer y/o realidad". Un ejemplo de esto lo forman los sueños repetitivos y los pensamientos intrusivos. También se emplean defensas como la negación. Otro indicativo del proceso de recuperación lo constituye la reemergencia de las funciones del Yo.

La ansiedad también juega un papel importante. Freud vió la necesidad de repetición como un esfuerzo para controlar el estímulo retrospectivamente y para desarrollar la ansiedad, cuya omisión considera la causa de la neurosis traumática.

Varios autores señalaron la progresión de diversas etapas en la ansiedad durante el proceso de recuperación (Winnicott, 1960, 1983; Yorke y Wiseberg, 1976; Yorke, Kennedy y Wiseberg, 1980):

1. Excitación vegetativa.
2. Experimentación consciente de que ha sucedido una interrupción en la - sensación de continuo bienestar.
3. Ansiedad de enajenación.
4. Sensación de terror o pánico.

Estos estados posttraumáticos pueden durar minutos, horas, meses o años; y pueden repetirse y aún volver bajo ciertas condiciones, como por ejemplo, - el aniversario de la ocurrencia del evento traumático.

La ocurrencia del trauma psíquico y su proceso de recuperación han sido bien documentados bajo el concepto de neurosis traumática.

Para Fenichel (1966) algunas de las características de la neurosis traumática son:

1. Los estímulos de gran intensidad producen efecto traumático sobre cualquier persona.
2. Se está más expuesto a experiencias traumáticas en las siguientes condiciones: cansancio, enfermedad, etc.
3. Si existe un bloqueo de la actividad motriz externa (en el momento del trauma) aumenta la probabilidad de un derrumbe traumático.
4. Esta probabilidad aumenta también en aquellas personas cuya capacidad de "ligar" las excitaciones está ocupada en mantener representaciones previas.
5. La probabilidad de que determinado suceso produzca un efecto traumático está en razón directa de su carácter inesperado.

Seguendo a Fenichel, los síntomas de la neurosis traumática son:

- A. Bloqueo o disminución de las funciones del Yo. Debido a que se tiene que controlar la excesiva excitación imprevista, toda la energía psíquica disponible se aboca a la estructura del aparato psíquico, sustrayéndose de las demás funciones del Yo, por lo que a éstas se les resta importancia, llegando incluso al bloqueo de las mismas. Este bloqueo de las funciones -perceptivas y aperceptivas principalmente- a la vez impide el flujo de nuevas excitaciones, ya que la excitación actuante tiene que ser controlada antes de que se reciban otros estímulos. Esta negativa es un recurso para el restablecimiento de la protección contra cantidades grandes de estimulación. El bloqueo del Yo, que no es otra cosa que el desvanecimiento, es el más arcaico y primitivo mecanismo de defensa, en el cual debido a la intensidad de la estimulación, el sujeto se cierra completamente a aceptar nuevos estímulos.

4. Ataques emocionales incontrolables e inespecíficos en parte. - Después del trauma se presentan reacciones específicas (llanto - tuid, hiperkinesia, tendencias al llanto y/o a gritar) e inespecíficas. La instancia emocional o subjetiva ante estas reacciones es la ansiedad o rabia. En otras palabras, tenemos una situación objetiva, que consiste en una tensión interna incontrolada y des - cargas de emergencia inestable-vegetativas y una situación - subjetiva ante ella, traducida en dolor y ansiedad. Cuando la - urgente necesidad de descarga no es satisfecha y las descargas - accesibles son inadecuadas se pasa a un estado de frustración, - el cual origina posteriormente accesos de rabia.
5. Perturbaciones del sueño y síndrome de repetición. El insomnio - es explicado por la incapacidad de relajación que tiene el orga - nismo cuando existe una excesiva excitación. El que se repita - activamente la situación traumática durante el sueño constituye un alivio de la tensión excesiva, pues de esta manera el control es lentamente recuperado a la vez que se produce una descarga - tardía. Cuando se repite activamente todo lo que ha sido experi - mentado en forma pasiva, se lleva a cabo una forma de control de la situación. Se presenta también la repetición del trauma en el estado de vigilia: a) conscientemente, cuando el sujeto tiene la necesidad de repasar lo ocurrido; y b) inconscientemente, median - te accesos o tics. Esta repetición tiene como finalidad intentos tardíos de descarga.
6. Complicaciones psiconeuróticas. Etiológicamente la neurosis tie - ne una causa que la precipita y una predisposición del individuo; ambas son complementarias. Depende de la personalidad del sujeto que el flujo inesperado de estimulación tenga o no efectos tra - máticos. Concretamente, depende de la situación real en el momen - to del trauma y de la historia del sujeto en su conjunto. A ma - yor repesión, menos energías libres para controlar las nuevas - excitaciones y mayor predisposición a efectos traumáticos. De - igual manera, el tipo de sintomatología desarrollada es propor - cional a la estructura previa del sujeto y a la vivencia del - trauma en sí.

Según Laplanche y Pontalis (1968) la neurosis traumática constituye un tipo de neurosis cuya aparición de síntomas es consecutiva a un choque emocional, generalmente ligado a una situación en la que el sujeto ha sentido amenazada su vida. Es posible descubrir un cuadro evolutivo en función del tiempo, a saber:

1. El tiempo de choque, acompañado de una crisis emocional paroxística que se traduce por un estado de agitación, delirio o de confusión.
2. El tiempo del intervalo necesario para el diagnóstico.
3. El tiempo de repaso, llamado también "síndrome de repetición" - que reúne una reactivación del acontecimiento traumático a veces consciente o todavía traducida en gritos de angustia, crisis epilépticas o de cólera. Los trastornos del sueño se acompañan de una sensación de impotencia y de angustia, y dan lugar a veces al "sonambulismo. La hipersensibilidad a estímulos auditivos, visuales o cutáneos es constantemente observada. Un importante estado de regresión afectiva se traduce por una necesidad exacerbada de amor, de sostén y de dependencia. Se manifiestan preocupaciones alimenticias, alteraciones en el funcionamiento sexual y conductas de tipo infantil, como la preocupación de sentirse rodeado. La inhibición generalizada de las actividades del sujeto, conduce a veces a la apatía, y pueden observarse trastornos del humor con irritabilidad y cólera.

En términos generales, en esta investigación se coincide con Kolb (1977) al señalar que "esta afección descrita primero en la literatura alemana con el nombre de neurosis de espanto y posteriormente, en la inglesa como neurosis traumática, puede presentarse en forma de trastorno aislado o como complicación de trastornos preexistentes de la personalidad." (2)

Como señala Jalife (1986) en relación al efecto traumático resultante de los sísmos ocurridos en la Ciudad de México en 1985, el impacto crea dos tipos de trauma psicológico: a) amenaza de la vida, y b) amenaza a la autoestima. Esto da como resultado dos tipos de respuesta:

A. Respuesta normal:

- Clamor: miedo, tristeza, rabia.
- Negación: rechazo a enfrentar la memoria del desastre.
- Intrusión: rechazo a enfrentar la memoria del desastre.
- Elaboración: enfrentar la realidad de lo sucedido.
- Retorno a la vida cotidiana.
- Terminación.

B. Respuesta patológica:

- Abumado: supresión.
- Pánico y agotamiento.
- Escape extremo (drogas, alcoholismo).
- Estados de inundación (acting-out).
- Respuestas psicodramáticas.
- Distorsiones en el carácter.

Al revisar los síntomas presentes en la neurosis traumática y aquellos -
característicos del trastorno por estrés posttraumático no puede menos que -
encontrarse similitudes. Parece ser que una diferencia importante estriba en
el carácter patológico que connota la neurosis traumática.

Ahora bien, en la población de la Ciudad de México, después de la ocurrencia del desastre que nos ocupa, no sólo es importante la sintomatología presentada ante un grave peligro. También hay que recordar el alto número de -
fallecimientos ocurridos. En palabras de Murphy (1984) "la muerte de una persona significativa es reportada como el mayor evento estresante que se puede experimentar." (3) (Meyman, 1973; Shneidman, 1976; Bugen, 1977; Schulz, -
1978)

La aflicción, o sea el período de pena que sigue a la pérdida por muerte, a una separación importante, o incluso a la pérdida de una parte corporal, -
debe considerarse como un "proceso de angustia con restitución y restablecimiento de la personalidad ante la pérdida." (4)

Durante el proceso de aflicción, la intensidad de la pena produce alteraciones fisiológicas y psicológicas que se manifiestan en el aislamiento y en la preocupación por la pérdida. El proceso de aflicción es el refuerzo psicológico para mantener el objeto perdido al revisar en fantasía las esperanzas, el significado y la importancia emocional de la relación, y finalmente incorporar ciertas cualidades que se derivan de la asociación con el ser querido.

El duelo y la angustia por la separación deben reconocerse como respuestas emocionales regulares ante la pérdida. El duelo en los adultos evoluciona de seis a doce meses y hay que diferenciarlo de la depresión. El duelo suele incluir una identificación con la persona a quien se llora. El doliente tiende a adoptar algunas de las características de la persona perdida; esto suele hacerse de manera inconsciente. Parece tratarse de una defensa contra una pérdida aplastante, un proceso mediante el cual, en cierto sentido, se le mantenga viva a la persona.

Como se observa, existen procesos psicológicos importantes correlacionados a la ocurrencia de un desastre como lo son el estrés y el duelo. "Las crisis" se presentan casi inmediatamente después del inicio del desastre. El término crisis -al igual que el término estrés- ha sido definido de diferentes formas.

En 1939 W.I. Thomas definió una crisis simplemente como la interrupción de un hábito, haciendo énfasis en los cambios que provocaba en las sociedades. Posteriormente Straus (1964) realizó una serie de experimentos en los que diseñó situaciones de crisis, refiriéndose a aquellas situaciones que se suscitaban cuando, una vez que se establecían procedimientos exitosos para llegar a ciertas metas, éstos se volvían ineficaces.

La relación entre salud mental y el concepto de crisis fue estudiada por Miller e Iscoe (1953). Ellos concluyeron que los siguientes criterios indican la presencia de una crisis emocional: "a) el factor tiempo (aguda en vez

de crónico), b) cambios notables en la conducta (menos efectiva, intentos de descargar tensiones), c) aspectos subjetivos (sentimientos de desesperación e impotencia ante los que parecen problemas imposibles de resolver), y d) aspectos relativos (lo que constituye una crisis para un individuo o grupo no lo es para otros), y el tipo de organismo (experimentado en una variedad de formas, puede ser temporal o a largo plazo)." (5)

Form y Moser (1958) utilizaron el concepto de crisis para conceptualizar el comportamiento individual, grupal y organizacional que sigue a un desastre. "La crisis puede ser considerada como un rompimiento de las relaciones y sistemas sociales en una comunidad que es de una gran significancia para el individuo o la organización particular involucrada. En otro sentido, la crisis puede ser concebida como la destrucción de las relaciones estables que son necesarias para la persona. La crisis surge cuando se percibe que estas relaciones son destruidas o se encuentran en proceso de serlo." (6)

Desde el punto de vista clínico, Caplan (1964) describe una crisis como un "...período transitorio precipitado por la pérdida de suministros básicos." (7) En 1969 el mismo Caplan la concibe como un peligro que puede conducir a la desorganización y conducta mal adaptativa, y también como una oportunidad para la ocurrencia de respuestas de enfrentamiento nuevas y más adaptativas. Por su parte, y más recientemente, investigadores como Gótsch-Alvarado (1985) definen un estado de crisis "...cuando el equilibrio psicológico preexistente es perturbado por un acontecimiento provocado por la naturaleza (un terremoto), o el hombre (una guerra, depresión económica)." (8)

Como se observa, los términos desastre, crisis y estrés están relacionados de tal forma, que una crisis ocurre cuando un evento externo (desastre) precipita una situación de estrés tanto a nivel individual como interactivo. De ahí la importancia que se le ha dado a este tipo de estudios, principalmente a aquellos cuya intensidad produce un gran impacto psicológico y social.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Hasta aquí se ha contemplado la base teórica en relación al fenómeno en cuestión. Ante toda esta serie de síndromes y síntomas que teóricamente se presentan en las personas cuando se enfrentan a la ocurrencia de un desastre se perfila el propósito de este estudio.

El presente trabajo tiene como objetivo la identificación y caracterización del síndrome de estrés posttraumático en tres albergues de damnificados en la Cd. de México.

Y corroborar si este síndrome corresponde al tipo de estrés particular a la ocurrencia de un desastre, en este caso, de los sismos del 19 y 20 de septiembre de 1985.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Furman, E. (1980), p. 5.
- (2) Kola, L.C. (1977), p. 465.
- (3) Murphy, S.A. (1984), p. 205.
- (4) Cameron, M. (1982), p. 526.
- (5) McGrath, J. (1970), p. 266.
- (6) *Ibidem*, p. 267.
- (7) Viney, L.L. y Clarke, A.M. (1974), p. 305.
- (8) Osóris-Alvarado, A. (1985, diciembre), p. 5.

CAPITULO IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CAPÍTULO IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. EXPERIENCIAS VIVIDAS EN EL ALBERQUE "EDUARDO MOLINA"

Es indudable el hecho de que una vez pasados los días de 1985, la población vivió momentos de crisis. La magnitud de estos eventos, en un primer momento, originó confusión y desorganización entre los habitantes de la Cd. de México. Sin embargo, no tardaron en aparecer las respuestas de solidaridad y ayuda espontánea por parte de la población civil. Se formaron inmediatamente brigadas de apoyo que cumplieron diferentes funciones como: rescate de víctimas que se encontraban bajo los escombros; preparación de alimentos y suministro de agua; recolección de víveres, ropa y medicamentos; organización y asistencia en albergues; y atención médica y psicológica a damnificados.

Estas tareas fueron realizadas principalmente por aquella parte de la población que resultó afectada indirectamente. Los que vivíamos lejos de las zonas donde habían ocurrido derrumbes y que nos habíamos enterado de la tragedia a través de la televisión y el radio, experimentamos diferentes reacciones: sorpresa, incredulidad, tristeza, miedo e incertidumbre.

A falta de una organización gubernamental visible, diferentes instituciones y organizaciones se unieron en la búsqueda de soluciones o alternativas para hacer frente a la situación de caos que imperaba en esos momentos.

No fue sino hasta una semana después y ante la solicitud de psicólogos clínicos, que con un grupo de amigos nos dirigimos a la facultad de Psicología de la UNAM para ofrecernos como voluntarios. De ahí nos enviaron a un albergue de Tlatelolco, localizado en el Deportivo "Mariano Azuela", con la finalidad de llevar a cabo una detección de necesidades de las personas que se encontraban alojadas. Esta información serviría de base para la elaboración de programas destinados a proporcionar ayuda integral tomando en cuenta los aspectos médicos y psicológicos. Muchas de estas personas se negaban a dar información debido a que se quejaban de que en ocasiones anteriores habían ido representantes de la UNAM a pedir la misma información y que no veían ningún resultado ni apoyo concreto, "sólo nos prometen y no cumplen".

Ante esta situación nos sentíamos impotentes, no porque no pudiéramos clasificar medicinas o preparar alimentos, sino porque en nuestra calidad de psicólogos clínicos recién egresados, nos sentíamos incapaces de otorgar la ayuda psicológica que la gente requería. Un aspecto importante de todo conocimiento radica en su aplicación, nosotros carecíamos de la suficiente experiencia y aún de conocimientos específicos para manejar la situación. En estas circunstancias nuestros sentimientos oscilaban entre la tristeza y la impotencia.

Días después asistimos a un curso intensivo impartido en la Facultad de Psicología por el Dr. Armando Hanes. Versaba sobre la intervención en crisis y nuestras esperanzas de contar con herramientas suficientes para poder ayudar estaban puestas en él.

Posteriormente fuimos enviados al albergue "Eduardo Molina" como parte de un grupo interdisciplinario que constaba de médicos, odontólogos, trabajadores sociales, enfermeras y psicólogos.

Las principales tareas a realizar consistían en: la organización de actividades dentro del albergue (limpieza, alimentación, vigilancia, etc.), se trataba de que todos estuvieran activos haciendo algo; la asignación de res-

ponsabilidades; el cuidado de los niños; asistencia médica y odontológica. En el aspecto psicológico se incluía de manera especial el tratar de evitar en lo posible el desarrollo de trastornos. La técnica empleada consistió en ayudar a la gente a expresar sus vivencias y sentimientos sobre el desastre. A pesar de tener clara el objetivo, resultó sumamente difícil llevarlo a cabo; aún a nosotros nos era embarazoso el poder desahogarnos.

Por otro lado, es importante señalar que pese a los esfuerzos realizados, no se alcanzó la organización que permitiría a los albergados convivir con el menor número de problemas que en situaciones similares surgen. La limpieza dejaba mucho que desear, ya que la mayoría no asumió ni la responsabilidad de asear el área adyacente a los cuartos que ocupaban para dormir.

En lo que se refiere a la alimentación, en un primer momento, les era proporcionada por un grupo religioso proveniente de E.U.A. que se estableció en el deportivo. Los damnificados sólo tenían que formarse para recibir sus alimentos, sin tomar parte en la elaboración de los mismos; una vez que se retiró este grupo, la preparación de la comida estuvo a cargo de un grupo de mujeres, sin permitir la rotación de dicha tarea tal y como en un principio se había establecido. Esto provocaba fricciones y riñas pues esta actividad otorgaba poder.

La mayoría de los varones adultos y muchas de las mujeres se mantenían fuera del albergue durante el día pues sus actividades consistían en trabajar y/o buscar una solución a su problema de vivienda; pues todos ellos sufrían derrumbes y la consecuente pérdida de sus hogares.

Dado que las escuelas circundantes resultaron dañadas, había una gran cantidad de niños sin tareas específicas. Con ellos fue más fácil organizar actividades. Entre ellas destacan la elaboración de un periódico mural, en el cual los niños eran libres de dibujar lo que quisieran. Es de suma importancia destacar que la mayoría dibujó situaciones relacionadas con el sismo, como casas y edificios cayéndose, gente corriendo y llorando. Creemos que

Fue la única ocasión que estos niños tuvieron para expresar sus emociones. Otra actividad consistió en montar una ofrenda de Día de Muertos.

De las actividades realizadas en el albergue se rindió un informe semanal a la Facultad de Psicología. Aquí nos seguían dando asesoramiento e incluso sesiones en las cuales pudimos descargar tanto las propias vivencias durante los sísmos, como nuestras experiencias y frustraciones en el albergue.

Cuando las personas lo requerían, se acercaban a alguno de nosotros para hablar acerca de la situación del desastre. En este sentido, a nivel individual, tuvimos la sensación de poder ayudar lo que no ocurrió a nivel grupal.

Permanecimos en el albergue por espacio de tres meses, al final de los cuales, se propuso a los albergados un programa de autogestión en el que ellos tenían que tomar la responsabilidad de la organización y toma de decisiones dentro del albergue, así como la de buscar soluciones viables a su problema de vivienda y reorganización de su vida. Resulta decir que este programa también fracasó.

Frente a la sensación de que se pudo hacer algo más y con el objeto de recabar información que sirviera de base para el desarrollo posterior de programas preventivos permanentes en la comunidad, surgió la inquietud de llevar a cabo una investigación que nos brindara mayor conocimiento sobre las vivencias y reacciones individuales de las personas que resultaron damnificadas.

2. PLANTAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Es de suma importancia conocer los efectos psicológicos que produjeron los sísmos de 1985 en la Ciudad de México pues además y debido a la falta de información acerca de estos efectos, surge la necesidad de llevar a cabo un estudio en el cual se detectaran los síntomas que se presentan con mayor frecuencia en las personas afectadas.

Contemplando dicho propósito la presente investigación se dividió en dos fases. La primera fase consistió en obtener información sobre las experiencias vividas durante los sismos de 1985, así como de la sintomatología desarrollada en un grupo de personas damnificadas. Durante la segunda fase se hizo la comparación entre este primer grupo de personas damnificadas y otros dos grupos. Uno de éstos estuvo formado por personas que durante un lapso de tiempo de tres años no habían experimentado otro sismo, el otro lo formaron personas que estuvieron expuestas a un sismo leve.

CAPITULO V. METODO

CAPÍTULO V. METODO

1. FASE I

En esta primera fase, el problema en el cual se centró el estudio fue el siguiente:

¿Cuáles son los síntomas físicos y psicológicos del estrés provocado por los sismos de septiembre de 1985, en las personas que han sufrido pérdidas materiales (parciales o totales) pertenecientes a los albergues "Eduardo Molina", "Zacatecas" y "Guanaajuato"?

1.1. HIPOTESIS

Hipótesis de Trabajo:

Las personas pertenecientes a los albergues "Eduardo Molina", "Zacatecas" y "Guanaajuato", que hayan sufrido pérdidas materiales (parciales o totales), presentan síntomas del Síndrome de Estrés Posttraumático, después de ocurrido los sismos de septiembre de 1985.

H₀:

Después de ocurrido los sismos de 1985 no se presentan síntomas del Síndrome de Estrés Posttraumático, en las personas que han sufrido pérdidas materiales (parciales o totales) y que se encuentran alojadas en los albergues.

H₁:

Después de ocurridos los sismos de 1985 se presentan síntomas del Síndrome de Estrés Posttraumático, en las personas que han sufrido pérdidas materiales (parciales o totales), que se encuentran alojadas en los albergues ya mencionados.

1.2. CATEGORIAS CONCEPTUALES

Indicadores: Los sismos de septiembre de 1985.
 Síntomas físicos y psicológicos del estrés provocado por los sismos de 1985 que se presentan con mayor frecuencia en las personas que sufrieron pérdidas materiales (parciales o totales) y que se encuentran en los albergues antes mencionados.

1.3. DEFINICION DE CATEGORIAS

Entendiéndose sismos como cualquier indicativo de enfermedad (física y psicológica) de origen subjetivo manifestada después del desastre.

1.3.1. SINTOMAS FISICOS (CON POSIBLE ORIGEN PSICOLOGICO)

a) Dolor de cabeza, b) náuseas, c) dolor de estómago, d) sudoración, e) temblor, f) mareo, g) incontinencia de esfínteres, h) tensión muscular.

1.3.2. SINTOMAS PSICOLOGICOS

Confusión: "trastorno de la conciencia caracterizado por aturdimiento, perplejidad, desorientación, trastornos de las funciones asociativas y pobreza de ideas." (1)

Ansiedad: "sensación de posible peligro, un estado emocional de aprehensión, incertidumbre o inseguridad que puede ser producida por "

- situaciones que simbolizan peligro o por conflictos y tensión -
nas internas." (2)
- Miedo:** "emoción que se experimenta en respuesta a un estímulo que forma parte de la realidad y constituye una amenaza inmediata - para el individuo o presagia un peligro real." (3)
- Pánico:** "estado emocional en el cual el miedo alcanza un grado extremo y se acompaña de elementos confusionales e irracionales. Inseguridad extrema, suspicacia y tendencia a la proyección y desorganización." (4)
- Pérdida de la memoria:** "trastorno disociativo, provocado por la angustia, en donde se bloquea el recuerdo de sucesos circunscritos." (5)
- Negación (del Evento):** "mecanismo de defensa por medio del cual las percepciones conscientemente intolerables son ignoradas o insuficientemente apreciadas." (6)
- Insomnio:** "imposibilidad de dormir o dificultad prolongada para conciliar el sueño." (7)
- Hiperactividad:** "actividad psicomotora aumentada o exageración en la necesidad de estar ocupado." (8)
- Hipoactividad:** "actividad psicomotora disminuida." (9)
- Sentimientos de Culpa:** "estado afectivo consecutivo a un acto que el sujeto considera reprensible." (10)
- Pensamientos Intrusivos:** "reaparición persistente de pensamientos desagradables." (11)
- Agresividad:** "tendencia caracterológica a atacar, a buscar la discusión o pelearse." (12)
- Depresión:** "estado caracterizado por alteraciones del estado de ánimo y de la afectividad. Sus manifestaciones son un profundo sentimiento de tristeza, acompañado a menudo de soledad, disminución de la autoestima y autoidealización." (13)
- Melancolía:** "estado patológico de depresión, caracterizado por la trisada, los autoreproches, la lentificación del pensamiento y la inhibición motora." (14)

- Alteraciones Sexuales:** "cambios de la Respuesta Sexual, tales como aumento o disminución del deseo sexual, incompetencia eréctil y/o anorgasmia." (15)
- Irritabilidad:** "estado afectivo en el cual el sujeto se vuelve iracundo, - difícil y agresivo física y verbalmente." (16)
- Falta de Atención:** "incapacidad para concentrar la conciencia en un objeto." (17)
- Atenia:** "sensación de debilidad, cansancio, desaliento, lentitud." (18)
- Bulimia:** "trastorno que se caracteriza por un apetito voraz." (19)
- Ideas Suicidas:** "representación mental de atentar contra la propia vida." (20)
- Intentos Suicidas:** "atentar contra la propia vida." (21)
- Ideas Delirantes:** "pensamientos falsos originados por una alteración mental, son incorregibles." (22)
- DAMNIFICADO:** "persona que ha sufrido daño, lesión o perjuicio." (23)
- ALBERGUE:** "lugar donde una persona se hospeda; asilo." (24)

1.3.3. SÍNTOMAS A IDENTIFICAR EN EL SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Todos los síntomas antes definidos, tienen un referente concreto y se relacionan directamente con los sistemas particulares del estrés posttraumático -descrito con anterioridad- que se enuncia a continuación:

- "Recuerdos desagradables, recurrentes e imágenes del acontecimiento;
- Sueños desagradables y recurrentes sobre el acontecimiento;
- conductas y sentimientos súbitos que aparecen como si el agente traumático operara de nuevo;
- malestar psicológico intenso al exponerse a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático, como puede ser incluso su aniversario;
- esfuerzos para evitar los pensamientos o las sensaciones asociadas con el trauma;
- esfuerzos para evitar las actividades o las situaciones que provocan el

- recuerdo del trauma;
- incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma (amnesia psicógena);
- distracción marcada del sueño en las actividades significativas;
- sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás;
- afecto restringido;
- sensación de apartamiento del futuro;
- dificultad para conciliar o mantener el sueño;
- irritabilidad o explosiones de ira;
- dificultades para la concentración o afectación de la memoria;
- hipervigilancia;
- respuesta de alarma exagerada;
- reactividad fisiológica frente a la exposición a aquellos acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático." (26)

3.4. MUESTRA

La población estuvo formada por la totalidad de las personas que se encontraban alojadas en tres diferentes albergues de la Co. de México:

1. Albergue "Eduardo Molina" localizado en Av. Ing. Eduardo Molina Núm. 81 Col. Morelos, Deleg. Venustiano Carranza.
2. Albergue "Izacatecas" ubicado en Izacatecas Núm. 4 Col. Roma, Deleg. - Cuauhtémoc.
3. Albergue "Guajuato" situado en Guajuato Núm. 20 Col. Roma, Deleg.- Cuauhtémoc.

La elección de estos albergues estuvo determinada por la accesibilidad - que se tuvo a los mismos.

La muestra estuvo formada por 65 damnificados, entendiéndose por damnificado aquella persona o personas que han sufrido daño, lesión o perjuicio a raíz de los sismos de 1985, y que cumplan con las siguientes características:

1. Encontrarse alojado en cualquiera de los albergues mencionados.
2. Que hayan sufrido pérdidas materiales (parciales o totales).
3. Que supieran leer y escribir.

3.4.1. TIPO DE MUESTREO

Debido a lo anterior el tipo de muestreo se consideró no probabilístico - intencional.

Se estableció al inicio de la investigación la obtención de un mínimo de 50 sujetos por albergue, sin embargo, a pesar de que se tuvo acceso a los mismos, fue difícil la recolección de datos debido a que la mayoría de las personas se encontraban disponibles sólo por la noche, para durante el día acudían a su trabajo o realizaban los trámites para la recuperación de su vivienda. Por otro lado, varias personas se rehusaron a proporcionar la información requerida. De esta manera la muestra final quedó constituida de la siguiente forma:

- 12 personas del albergue "Eduardo Molina"
- 24 personas del albergue "Zacatecas"
- 20 personas del albergue "Guanajusto"

El presente estudio se encuentra en la categoría de Expost-facto, debido a que la investigación se llevó a cabo después de la ocurrencia de los sísmos, por lo que no se hizo la introducción de ningún tratamiento, ni manipulación de variables.

El diseño de la primera fase correspondió al de una sola muestra, ya que de acuerdo al propósito del estudio el interés se centró en conocer la presencia y tipo de síntomas que manifestaron los damnificados.

1.5. ESCENARIOS

Dado que se trató de un estudio de campo, la aplicación de los instrumentos se hizo en los mismos albergues donde se localizaba la muestra. Se define albergue como el lugar de asilo temporal para las personas que resultaron damnificadas como consecuencia de los sismos de 1985.

1.6. INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron para la obtención de la información fueron: un cuestionario diseñado específicamente para la investigación y la escala SCL-90-R (Symptom Checklist - 90 - Revised).

- 1) El cuestionario que se administró se compone de cuatro apartados:
 - a) Datos generales del sujeto (nombre, edad, sexo, escolaridad, etc.), además de los familiares como número de miembros de la familia.
 - b) Descripción del evento: dónde se localizaba el individuo en el momento del sismo, y si presentó síntomas físicos y/o psicológicos posteriormente a la ocurrencia del desastre.
 - c) Información sobre las expectativas que tenían los sujetos, en ese momento, hacia el futuro: si esperabas ayuda por parte del gobierno, etc.
 - d) Consecuencias mediatas al sismo: alteraciones en la salud física y/o mental.

El formato del cuestionario se caracterizó por tener preguntas abiertas y cerradas; con un total de 74 preguntas (Ver apéndice 1). Su administración se realizó de manera individual y estuvo a cargo de las investigadoras, con una duración de aproximadamente una hora por aplicación.

- 2) El SCL-90-R es una escala de autoevaluación clínica, que mide el comportamiento sintomático de las personas. Esta compuesta por nueve escalas:

1. Somatización formada por 12 reactivos.
2. Obsesivo-Compulsivo formada por 10 reactivos.
3. Sensibilidad Interpersonal formada por 9 reactivos.
4. Depresión formada por 13 reactivos.
5. Ansiedad formada por 10 reactivos.
6. Hostilidad formada por 8 reactivos.
7. Fobia formada por 7 reactivos.
8. Ideación Paranoide formada por 6 reactivos.
9. Síntomas Psicóticos formada por 10 reactivos.

Además se incluyen siete reactivos adicionales, que se refieren a perturbaciones en el sueño y el apetito.

7. EL SOL-90-R (SYMPTOM CHECKLIST - 90 - REVISED)

Dentro de la medición en psicología, los instrumentos autoadministrados poseen ciertas ventajas que recomiendan su uso, aunque también presentan ciertas limitaciones. Una de las más importantes ventajas radica en que las escalas autoadministradas proporcionan información a través de la persona que experimenta directamente el fenómeno, rasgo o característica a evaluar. En ocasiones los observadores se ven limitados al reportar versiones sobre la experiencia de los sujetos basándose sólo en su conducta o respuesta verbal. El ahorro de tiempo en la administración y calificación representa una segunda ventaja. Otra más consiste en que estas medidas han demostrado ser altamente sensitivas a un amplio rango de formas de tratamiento (Berger, et al; 1974).

Por otro lado, la principal desventaja de los autoreportes estriba en que es difícilmente que la persona puede y describirá verdídicamente sus síntomas y conductas relevantes. En ocasiones, las características defensivas del sujeto le impedirán hacerlo, en otras el trastorno mismo, o incluso el deseo de complacer al médico, a pesar de estos problemas es innegable que este tipo de instrumentos proporcionan una información valiosa. Además algunos autores han encontrado evidencia de concordancia significativa entre el observar

dar clínico y el auto-reporte de los individuos (Schwab, Bialow y Halzer, 1967; Williams, Barlow y Agras, 1972).

Dentro de los instrumentos que tienen como una de sus características el ser autoadministrado, se encuentra el SCL-90-R (Symptom Checklist - 90 - Revised) (Ver apéndice 2). Fue elaborado en 1973 por Leonard R. Derogatis, es el que se ha considerado un inventario multidimensional de síntomas que el sujeto contesta por sí mismo.

El SCL-90-R consta de 90 ítems que reflejan la presencia de diversos síntomas constituidos en nueve áreas principales. Las instrucciones requieren que el sujeto indique, en una escala de cinco puntos que va desde "ninguna" hasta "extrema", qué tanto un determinado sistema lo ha molestado durante cierto período de tiempo que puede ser establecido por el administrador. Cada reactivo tiene a la derecha una línea en la cual se coloca el número que corresponde al grado de molestia que presenta el sujeto. La calificación se realiza de la siguiente manera: 1. sumatoria de los puntajes por escala, 2. sumatoria total de la escala, 3. se obtienen tres índices generales de molestia considerada por los autores como grado de "distress".

En condiciones típicas, al sujeto se lo instruye para que sepa cómo o de qué forma llenar el formato. Las dudas que surgen respecto al procedimiento o interpretación de la escala son resueltas por el técnico-administrador; sin embargo, esta persona de ninguna manera debe interferir con las características de auto-reporte del procedimiento.

En el SCL-90-R el manejo del tiempo es flexible por lo que se puede usar con diferentes límites temporales. Lo anterior facilita la investigación para conocer cómo afecta el paso del tiempo en la naturaleza del cuadro sintomático.

El inventario se compone de nueve subescalas y una adicional (Ver apéndice 3);

- I. **SOMATIZACION:** Esta área enfoca la percepción de una disfunción corporal. Pone énfasis en los sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratorio y otros con marcada mediación autónoma. Se incluyen dolores de cabeza y espalda, así como dolor y malestar localizado en músculo liso grueso y otros equivalentes somáticos de ansiedad. Se forman los ítems número 1, 4, 17, 22, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58.
- II. **OBSESIVO-COMPULSIVO:** Aquí se reflejan comportamientos que pueden ser identificados con el síndrome clínico de este nombre. Se representan pensamientos, impulsos y acciones que son experimentados como constantes, necesarios e irresistibles por el individuo, pero son de naturaleza ego-distónica e indeseable. Se incluyen también comportamientos indicativos de una dificultad cognoscitiva más general (ejemplo "mente en blanco", "problemas de memoria"). Se forma por los ítems número 3, 9, 10, 26, 38, 45, 46, 51, 55, 65.
- III. **SENSIBILIDAD INTERPERSONAL:** Los síntomas que fundamentan este punto se centran en sentimientos de inadecuación e inferioridad personal, especialmente en comparación con otros individuos. Desaprobación de sí mismo, sentimientos de inquietud y un malestar marcado durante las interacciones interpersonales son característicos; así como una atenuada autoconciencia y expectativas negativas respecto a la comunicación interpersonal. Los ítems número 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 y 73 forman parte de esta subescala.
- IV. **DEPRESION:** Se refleja un amplio rango de los concomitantes del síndrome clínico depresivo. Comprende síntomas de anorexia, así como de falta de interés en actividades, falta de motivación y pérdida de energía vital. Se incluyen sentimientos de desesperanza, pensamientos suicidas y otros correlativos cognoscitivos y somáticos de depresión. Se conforma de los siguientes ítems: 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79.
- V. **ANSIEDAD:** Se representan una serie de síntomas y comportamientos asociados clínicamente con una alta manifestación de ansiedad. Indicadores generales son inquietud, "nerviosismo" y tensión; signos somáticos adicionales como temblor; y aspectos cognoscitivos también se incluyen.

- Hay ítems que manifiestan una "libre ansiedad flotante" y ataques de pánico. También se encuentra un ítem referente a sentimientos disociativos. Está conformada por los ítems número 2, 17, 23, 31, 39, 57, 72, 76, 80, 86.
- VI. HOSTILIDAD: Esta área incluye pensamientos, sentimientos y acciones que son características del afecto negativo del estado de cólera. Se refleja agresión, irritabilidad, cólera y resentimiento. Los ítems que la forman son el 11, 24, 53, 74, 81.
- VII. FÓBIA: Los estados fóbicos se definen en esta escala como la respuesta de miedo persistente a una persona, lugar, objeto o situación específicos, la cual es caracterizada por ser irracional y desproporcionada al estímulo y que provoca una conducta de evitación o escape. Los ítems se centran en las patognomónicas y más características manifestaciones del comportamiento fóbico. La conforman los ítems número 15, 25, 47, 50, 70, 75, 82.
- VIII. IDEACIÓN PARANOÍDE: Aquí se representa el comportamiento paranoíde fundamentalmente como un desordenado modo de pensamiento. Las características cardinales como son el pensamiento proyectivo, hostilidad, suspicacia, sentimientos de grandezga, egocentrismo, miedo de perder la autonomía y concepciones falsas se ven como los aspectos primarios de este desorden. Los ítems número 3, 18, 43, 68, 76, 83 la forman.
- IX. SÍNTOMAS PSICÓTICOS: Esta subescala se desarrolló como una forma de representar el área de acuerdo a un continuo de la experiencia humana. Los ítems indican tanto el estilo de vida esquizoide como el primer rango de síntomas de esquizofrenia: alucinaciones, pérdida del pensamiento, control externo del pensamiento e inserción del pensamiento externo. Esta subescala refleja un continuo graduado desde la alienación interpersonal leve, hasta la evidencia de psicosis. Se forma de los ítems 7, 16, 35, 62, 77, 84, 87, 88, 90.

La subescala adicional se compone de siete ítems más que reflejan principalmente trastornos del sueño y del apetito, entre otros.

Si bien el origen del SCL-90-R es relativamente reciente (1973), éste se desarrolló a partir del Hopkins Symptom Checklist (HSCL), un instrumento que ha sido utilizado durante aproximadamente 30 años (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth y Covi, 1974). El HSCL consta de 58 ítems que abarcan las cinco primeras áreas contenidas también en el SCL-90-R y se desarrolló principalmente como una medida de criterio en exámenes psicoterapéuticos con medicamentos. Más tarde, se realizaron pequeñas variaciones en el número y contenido de las escalas (Raskin, Schullerberandt, Rating, McLean, 1970; Rickels, Lipman, Garcia et al, 1972). No fue sino hasta el año de 1973 cuando quedaron integradas cuatro nuevas áreas (hostilidad, fobia, obsesión-compulsión y síntomas psicóticos) al formato original formándose así el SCL-90. Posteriormente este último instrumento fue revisado una vez más dando como resultado la forma "revisada" (R) que es utilizada a la fecha.

Un gran número de estudios se han llevado a cabo con todas estas variantes del instrumento para establecer su confiabilidad y validez. Se han realizado varias investigaciones en las que se ha sometido al HSCL al análisis factorial y en las que ha quedado establecida su validez de construcción, confirmando las cinco áreas primeras como sus factores subyacentes (Williams et al, 1968; Derogatis et al, 1970; Prusoff y Klerman, 1970; Rickels et al, 1972).

En cuanto a la validez de criterio, se ha evaluado la sensibilidad que posee el instrumento a los efectos producidos por tratamientos con fármacos. Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth y Covi (1974) presentan una extensa bibliografía de estos estudios.

Por su parte, el SCL-90-R no se ha quedado atrás en suscribir una serie de estudios sobre su validez y confiabilidad. En cuanto a la sensibilidad del instrumento a factores extrínsecos, Derogatis, Lipman, Covi y Rickels (1971) encontraron la consistencia de las tres primeras áreas (somatización, obsesivo-compulsivo y sensibilidad interpersonal) en diferentes clases sociales,

En otras investigaciones se ha señalado de igual manera, que estos nueve factores son factibles de ser generalizados independientemente del género (Derogatis y Cliney, 1977) y clasificación diagnóstica (Derogatis, Lipman, Covi y Rickels, 1972). También se ha revelado su sensibilidad discriminativa en pacientes con cáncer (Craig y Beloff, 1974) y disfunciones sexuales (Derogatis, Meyer y Gallant, 1974).

La estructura factorial del SCL-90-R ha sido investigada con grupos heterogéneos de pacientes externos psiquiátricos (Clark y Friedman, 1983; Hoffman y Dwehall, 1978; Evenson, Holland, Hektz y Tasia, 1980) y con internos (Holcomb, Adams y Ponder, 1982). También es importante mencionar los estudios de validación convergente con el MMPI (Derogatis, Rickels y Spil, 1973).

Por otro lado, se ha confirmado la alta confiabilidad test-retest e interna de la escala (Derogatis, Lipman y Covi, 1972). Finalmente, se han obtenido las normas para el SCL-90-R: la forma A basada en 1002 pacientes externos psiquiátricos y la forma B basada en 971 personas "normales"; huelga enfatizar las investigaciones que se encuentran en desarrollo para obtener las normas de otros grupos clínicos (adolescentes, pacientes médicos, etc.).

El SCL-90-R ha sido diseñado como una medida de sintomatología general y puede usarse tanto en el área clínica como en investigación. En cuanto a esta última Derogatis et al (1973) señalan que puede emplearse en aquellos estudios donde el principal criterio de interés involucre la valoración de una configuración sintomática.

Otra serie de estudios ha utilizado el SCL-90-R como instrumento principal para medir sea sintomatología o niveles de estrés después de la ocurrencia de un suceso (Taylor y Fraser, 1982; Wilkinson, 1983; Murphy, 1984).

Hasta aquí se han mencionado las diversas investigaciones que fundamentan la validez y confiabilidad del instrumento en cuestión. En seguida se pasará a describir el análisis que se realizó con el SGI-SD-R en el presente estudio.

Se realizó un análisis de reactivos por reactivo donde se utilizaron dos muestras (una tomada en 1988 y otra en 1989; ver Fase II). Del total de sujetos se tomaron los 15 puntajes más altos y los 15 más bajos. Con estos subgrupos se obtuvo el poder discriminativo de cada reactivo, determinado por medio de la prueba "T" de Student, la cual proporciona las diferencias entre las medias de dos grupos.

Después de haber realizado este análisis, de los 90 reactivos originales que componen la escala, sólo 77 de ellos discriminaron significativamente con $p < 0.05$; descartándose los 13 restantes (ver tabla 1).

Para obtener la confiabilidad del instrumento se llevó a cabo el procedimiento de Correlación por Mitades, el cual proporciona un coeficiente de Consistencia Interna.

Se obtuvieron las medias, varianzas y desviaciones estándares de la primera mitad del instrumento, de la segunda mitad y del instrumento completo.

En la parte I de la escala se obtuvo un coeficiente Alphas de Cronbach de 0.83. El mismo resultado se obtiene en la parte II del instrumento. Esto significa que cada una de las partes es consistente en sí misma.

La correlación entre las dos partes dio como resultado un índice de 0.80 y un índice de Bittman de 0.94. Lo cual quiere decir que el instrumento es en su totalidad consistente.

Dado lo sorpresivo del mismo de 1988, la premura con que tenían que ser recolectados los datos (por la oportunidad de acceso a los albergues), el

Tabla 1. Total de reactivos que presentaron un grado significativo ($p = 0.05$) de discriminación en cada una de las escalas del SOL-80-R

FACTORES	NUMERO DE ITEMS	TOTAL DE ITEMS POR ESCALA
1. SOMATIZACION	1, 4, 17, 27, 28, 36, 37, 53, 56, 58.	11
2. OBSESIVO-COMPULSIVO	3, 12, 26, 31, 38, 51, 55.	7
3. SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	6, 22, 34, 39, 41, 48, 59.	6
4. DEPRESION	8, 14, 16, 20, 21, 25, 29, 32, 33, 44, 71.	13
5. ANSIEDAD	2, 17, 23, 25, 35, 37, 52, 59, 61.	9
6. HOSTILIDAD	11, 24, 33, 37, 54, 62.	6
7. FURIA	24, 36.	2
8. ISOLACION PASIVIDAD	4, 18, 43, 56, 70, 80.	6
9. SINTOMAS PSICOTICOS	63, 77, 84, 85, 87, 88, 90.	7
10. REACTIVOS ADICIONALES	19, 44, 50, 60, 89.	5
TOTAL DE ITEMS POR CATEGORIA DE ESCALAS		72

debe de tener "a la mano", por escrito de alguna manera, el instrumento de esta gran asociación, y la posibilidad de servir a los fines de la presente investigación (ordenar la sintomatología principal de los diagnosticados), se tomó la decisión de utilizarlo conjuntamente con el cuestionario diseñado - especialmente para la escala.

3. PROCEDIMIENTO

Para la obtención de datos, con la muestra de diagnosticados, se cubrieron los siguientes pasos:

1. Se solicitó autorización de acceso a los albergues mencionados, previa descripción de la investigación a realizar, a las autoridades pertinentes.
2. Una vez que se contó con el permiso para la obtención de la información, se solicitó la colaboración de las personas que se localizaban en ese momento en el albergue; ya que la gran mayoría se encontraba realizando diversas actividades. Esta participación fue voluntaria, con las personas que accedieron a cooperar, en su mayoría mujeres. Se estableció previamente un rapport adecuado, además se les explicó de manera breve el propósito de la investigación.
3. Inmediatamente después se entregó el SCI-80-P a cada una de las personas y se les indicó que leyeran cuidadosamente las instrucciones. En los casos en los que no quedó clara la forma de responder el instrumento, una de las investigadoras procedía a leer en voz alta. Una vez aclaradas todas las dudas, las personas contestaron la escala.
4. Al término de la aplicación se recogía el instrumento y se verificaba que no hubieran omisiones. En los casos en los que se presentaron éstas, se observó que se debió a la falta de comprensión de algún reactivo, por lo cual se les explicaba en otras palabras el significado de éste.
5. En lo que respecta al cuestionario, éste fue administrado por cada una de las investigadoras de manera individual, con el objeto de obtener la mayor cantidad de información posible y de que ésta fuera lo más veraz.
6. Una vez que se completó la aplicación de ambos instrumentos, se agradeció la colaboración prestada para este fin, tanto a los participantes como a las autoridades.

La recolección de la información se llevó a cabo tres meses después de ocurridas las sismos, durante los meses de diciembre de 1986 y enero de 1987.

4. FASE II

Con el objeto de completar este estudio y una vez que se identificaron los sistemas característicos en el grupo de damnificados, era importante ver las diferencias con otros grupos.

El problema en el que se centró esta segunda fase consistió en:

¿Cuáles son las diferencias que se presentan entre un grupo de damnificados después del sismo de 1985, un grupo de personas sin previa exposición a un fenómeno natural similar tres años después (1988), y un grupo de personas expuestas a un sismo de menor intensidad (en abril de 1989), en cuanto a los síntomas reportados por ellos mismos?

De acuerdo a lo anterior se desprende la siguiente hipótesis.

4.1. HIPÓTESIS

Hipótesis de Trabajo:

Hubo diferencias en la presencia de síntomas entre las personas damnificadas de los sismos de 1985, las personas que estuvieron expuestas a un fenómeno natural de menor intensidad (sismo) en 1989 y las personas que no estuvieron expuestas a eventos similares durante un lapso de tres años (1988).

H_0 :

No existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de síntomas entre las personas damnificadas de los sismos de 1985, las personas que estuvieron expuestas al sismo de abril de 1989 y las personas que no estuvieron expuestas a eventos similares durante un lapso de tiempo de tres años (1988).

H_1 :

Si existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de síntomas entre las personas damnificadas de los sismos de 1985, las personas que estuvieron expuestas al sismo de abril de 1989 y las personas que no estuvieron expuestas a eventos similares durante un lapso de tiempo de tres años (1988).

4.2. CATEGORÍAS CONCEPTUALES

Las mismas de la Fase I. Además de los indicadores de cada grupo que a continuación se describen.

4.3. MUESTRA

Tres años después de ocurridos los sismos después de 1985, se eligió una muestra conformada por 30 sujetos en 1988, que reunían las siguientes características:

1. Que supieran leer y escribir.
2. Que no hubieran sufrido pérdidas humanas, ni materiales en los sismos de 1985.
3. Sin la previa exposición a un desastre natural similar desde la ocurrencia de los sismos de 1985, a la fecha de aplicación del SOU-90-R (septiembre-octubre de 1988).

Por otro lado, seis meses después de esta segunda aplicación se presentó la oportunidad de recolectar nuevamente información. El día 25 de abril de 1988 tuvo lugar un sismo que golpeó una vez más la Ciudad de México. A pesar de que han seguido ocurriendo pequeños temblores (recuérdese que el D.F. y el área conurbada, se encuentran localizados en una zona altamente sísmica no se había presentado alguno cuya intensidad fuera de 3 grados en la escala de Mercalli y magnitud de 3.9 en la escala de Richter, como lo fue el referido sismo. Si bien estas medidas no alcanzaron las registradas en 1985, el sismo fue percibido conscientemente por los habitantes de la Cd. de México, causando temor, alarma y en algunos casos pánico como se pudo constatar en la información proporcionada por los medios de comunicación masiva. Ante estos hechos, se obtuvo una tercera muestra de 30 sujetos en mayo de 1989 con las dos características siguientes:

1. Que supieran leer y escribir.
2. Que hubieran percibido conscientemente el sismo ocurrido el 25 de abril de 1988.

4.3.1. TIPO DE MUESTREO

En estos dos últimos casos el muestreo fue de tipo no probabilístico - intencional.

La segunda fase se encuentra en la categoría de tipo Expost-facto, sin la introducción de ningún tratamiento ni manipulación de variables.

El diseño de la investigación en esta fase entró en la categoría de tres muestras independientes, obteniéndose las diferencias entre las mismas con respecto a los síntomas.

4.4. PROCEDIMIENTO

El procedimiento que se llevó a cabo consistió en solicitar la cooperación de personas que reunían las características mencionadas para contestar el SOL-90-R; señalándoles el propósito de la investigación. La recolección de la información se llevó a cabo en su lugar de trabajo o en su domicilio particular.

Con la información proporcionada por este dos grupos se pudo obtener la discriminación por rectivo de la escala SOL-90-R y, por otro lado, las comparaciones entre ambos grupos y el grupo de damnificados, con la finalidad de conocer las diferencias entre los síntomas reportados por los individuos.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Kolb, L.C. (1965), p. 137.
 (2) *Ibidem.* p. 469.
 (3) *Ibidem.*
 (4) Caso, A. (1964), p. 95.
 (5) Kolb, L.C. *Op. Cit.* p. 492.
 (6) *Ibidem.* p. 105.
 (7) Enciclopedia de la Psicología. (1965), p. 150.
 (8) Kolb, L.C. *Op. Cit.* p. 113.
 (9) *Ibidem.*
 (10) Enciclopedia de la ... *Op. Cit.* p. 77.
 (11) Kolb, L.C. *Op. Cit.* p. 125.
 (12) Caso, A. *Op. Cit.* p. 108.
 (13) Enciclopedia de la ... *Op. Cit.* p. 82.
 (14) *Ibidem.* p. 172.
 (15) Masters, M.H., Johnson, V.E. y Kolondy, R.C. (1967), p. 748.
 (16) Fish, F. (1972), p. 93.
 (17) Enciclopedia de la ... *Op. Cit.* p. 38.
 (18) Segatore, L. (1978), p. 153.
 (19) Enciclopedia de la ... *Op. Cit.* p. 90.
 (20) Kolb, L.C. *Op. Cit.* p. 114-119.
 (21) *Ibidem.*
 (22) Caso, A. *Op. Cit.* p. 148.
 (23) Del Toro y Disberg, M. (1960), p. 316.
 (24) *Ibidem.* p. 42.
 (25) American Psychiatric Association. (1968), p. 300-301.

CAPITULO VI. RESULTADOS

CAPÍTULO VI. RESULTADOS

El análisis estadístico se realizó por medio del paquete estadístico SPSS, (Statistical Package for the Social Sciences, Nie, Hull, Jenkins, Bent y - Steinhilber, 1975).

1. FASE I

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

En primer lugar el análisis de los datos se llevó a cabo a través de la - utilización de la estadística descriptiva, obteniéndose de esta manera las - principales características sociodemográficas, así como la experiencia sobre los - síntomas que presentó la muestra estudiada. Estos resultados se detallan a - continuación.

Se observó que el rango de EDAD de los sujetos era amplio, ya que comprén - día de los 14 a los 36 años; de los cuales el mayor porcentaje (48%) corres - ponde de los 14 a los 23 años. El 85.6% tenía entre 14 y 40 años, y 14.4% - restante entre 41 y 36 años. Encontrándose que el promedio de edad fue de - 20.1, con una desviación estándar de 14.3. (Ver tabla 2)

TABLA 2. Frecuencia de las EDADES de los sujetos diagnosticados

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
14 - 23	26	48
24 - 33	13	23.4
34 - 43	9	16.2
44 - 53	3	5.4
54 - 63	4	7.2
64 - 73	0	0
74 - 76	1	1.8
TOTAL	59	100 %

En cuanto al SEXO de los sujetos el 56.1% pertenecían al sexo femenino, - mientras que el 33.9% correspondían a sexo masculino.

En cuanto al ESTADO CIVIL, la distribución fue la siguiente: un 40% de - solteros, 40% casados y el 20% restante en la categoría de otro (divorciado, viudo o unión libre).

Del total de la muestra el 14% se definió como AMA DE CASA, el 23% como - ESTUDIANTE, y el 43% complementario como TRABAJADORES.

Con respecto a la ESCOLARIDAD, el 30% contaba con estudios de primaria; el 21% con estudios de secundaria; 16% tenía estudios de nivel técnico; el 14% había concluido el bachillerato; 9% había cursado estudios profesionales; mientras que sólo el 8% manifestó no tener ningún grado escolar, sin embargo sabía leer y escribir.

En lo que se refiere a la RELIGION se observó que el 86% profesaba la religión católica; mientras que sólo el 7% declaró profesar otra diferente, de igual manera, el 7% manifestó no ejercer ninguna.

El 68% indicó que su VIVIENDA era rentada, el 20% manifestó otra condición y sólo el 12% declaró que su vivienda era propia.

Se consideró importante conocer el número de miembros que HABITABAN la vivienda hasta el día del temblor. La tabla 3 muestra la frecuencia y el porcentaje de habitantes por vivienda, así por ejemplo en un 5.4% de las viviendas sólo había una persona; obsérvese que los porcentajes más altos corresponden de tres a ocho habitantes por vivienda.

TABLA 3. Número de miembros que HABITABAN la misma casa el día del temblor

NÚMERO DE MIEMBROS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
1	3	5.4
2	3	5.4
3	12	21.4
4	4	7.1
5	7	12.5
6	5	8.9
7	8	14.3
8	6	10.7
9	3	5.4
10	3	5.4
11	1	1.8
12	1	1.8
TOTAL	56	100 %

EXPERIENCIAS SOBRE EL SISMO

En lo referente a las experiencias sobre el sismo se consideraron como variables muy importantes el lugar donde se encontraban los individuos el día del temblor, con cuántos se encontraban, que pensamientos tuvieron en el momento en que ocurrió el sismo, así como el estado emocional reportado por ellos mismos.

En cuanto al LUGAR donde se encontraba el sujeto el día del temblor se observó que el 76.6% estaba en su casa, el 12.5% se encontraba en la calle y el 10.9% sintió el temblor en su lugar de trabajo o en escuela. (Ver tabla 4)

TABLA 4. LUGAR donde se encontraban los damnificados el día del temblor

LUGAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
CASA	49	76.6
CALLE	7	12.5
TRABAJO O ESCUELA	6	10.9
TOTAL	62	100 %

La tabla 5 muestra CON QUIÉNES se encontraban los entrevistados el día del sismo.

TABLE 5. Personas con quienes se encontraban los damnificados el día del temblor

CON QUIENES SE ENCONTRABAN	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
FAMILIARES	44	78.2
SOLO	6	10.7
COMPAÑEROS O AMIGOS	4	7.1
TOTAL	54	100 %

En cuanto a los PENSAMIENTOS que tuvieron los sujetos en el momento en que sucedió el desastre y que fueron expresados verbalmente durante la aplicación del cuestionario se obtuvo lo siguiente. Debido a la diversidad de formas de expresión se hizo una categorización de las respuestas de los sujetos, las cuales se muestran agrupadas en la tabla 6.

En primer término, se muestra que el 21.4% reportó no haber pensado en nada; el 12.5% manifestó haber pensado en sus familiares; otro 12.5% en que iba a morir; el 10.7% en que se iba a acabar el mundo; otro 10.7% pensó que se trataba de un fenómeno natural. Los demás pensamientos obtuvieron porcentajes menores a 10%.

Tabla 6. Frecuencias de los FENÓMENOS que tuvieron los damnificados en el momento del temblor

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
MAMA	--	17	21.6
EN RELACION A OTROS	* FAMILIARES	7	12.5
	* TRANQUILIDAD DE A SI MISMO Y A LOS DEMÁS	2	3.6
	* AYUDAS A OTROS	1	1.6
BUSCA PROTECCION	* SALIR DEL LUGAR DONDE SE ENCONTRABA	3	5.4
	* BUSCAR LUGAR SEGURO	3	5.4
EXPLICACION DE LA SITUACION	* FIN DEL MUNDO	6	10.7
	* FENÓMENO NATURAL	6	10.7
	* BOMBARDEO	1	1.6
	* NO ENTENDEA QUE SUCEDEA	2	3.6
POSIBLES CAUSAS O PREVISIONES	* QUE IRA A MORIR	7	12.5
	* CAIDA DE EDIFICIOS O CASAS	4	7
	* QUEERER ATRAPAR	1	1.6
NO NECESITA	--	1	1.6
TOTAL		56	100 %

Un rubro igualmente relevante indica el ESTADO EMOCIONAL de los damnificados en el momento del sismo, expresado verbalmente por éstos durante la aplicación del cuestionario. Comprende el SENTIR del sujeto en relación a su estado fisiológico, conductual y cognoscitivo. Los puntajes obtenidos muestran que el 71.4% sintió miedo durante la ocurrencia del terremoto; 14.3% no sintió nada; 7.1% se sintió ansioso; 3.6% sintió tristeza; finalmente el 1.6% sintió menos. (Ver tabla 7)

Tabla 7. Frecuencia de las principales EMOCIONES Y SENSACIONES físicas que sintieron los damnificados en el momento del temblor

QUE SENTIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
NADA	2	14.3
MIEDO	40	71.4
ANSIEDAD	4	7.1
TRISTEZA	2	3.6
MENOS	2	3.6
TOTAL	60	100 %

EXPERIENCIA PREVIA AL SISMO

En cuanto a la EXPERIENCIA PREVIA de los damnificados con respecto a la ocurrencia de los sismos anteriores a los de septiembre de 1985, el 80% manifestó que había sentido otros otros temblores, y el 20% restante que nunca había sentido ninguno.

En relación a la atribución del temblor los sujetos opinaron acerca de las CAUSAS por las cuales sucede un temblor. En la tabla 8 se observa que el 85.4% atribuyó al temblor a un fenómeno natural, un 23.2% manifestó no saber las causas, el 12.5% lo atribuyó a un castigo de Dios, y el 8.9% a un fenómeno

no inducido por el hombre (pruebas nucleares, perforaciones petroleras).

Tabla 6. Frecuencias de las CAUSAS del sismo según los damnificados

ATRIBUCIÓN DEL SISMO	FRECUENCIA	PORCIENTAJE %
FENÓMENO NATURAL	31	55.4
FENÓMENO INDUCIDO POR EL HOMBRE	6	10.9
CASTIGO DE DIOS	7	12.5
NO SE	13	23.2
	TOTAL	56
		100 %

Bajo el rubro de PRIMERA REACCIÓN se hace referencia al comportamiento que exhibe, tanto el estado emocional como las respuestas motoras que presentaron los individuos durante la ocurrencia del sismo. La distribución de los puntajes muestra que en el 26.8% la primera reacción fue salir del lugar donde se encontraba; el 21.4% buscó protección para sus familiares; en el 17.9% la primera reacción fue de miedo, otro 12.5% reaccionó con sorpresa y confusión; en el 8.9% experimentó ansiedad; en el 7.1% la primera reacción fue la de correr; para otro 7.1% fue buscar un lugar seguro; y sólo el 3.6% se hizo y reió. (Ver tabla 6)

Tabla 9. Frecuencias de las PRIMERAS REACCIONES que tuvieron los damnificados al experimentar el temblor

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
REACCIONES CONDUCTUALES	* SALIR DEL LUGAR DONDE SE ENCONTRABA	15	26.8
	* CORRER	4	7.1
	* PROTEGIDOS A FAMILIARES	12	21.4
	* BUSCAR LUGAR SEGURO	4	7.1
	* HONDARSE Y BEZAR	2	3.6
REACCIONES EMOCIONALES	* ANSIEDAD	5	8.9
	* MIEDO	9	12.5
	* COMPLICION/ SORPRESA	7	12.6
		Total 56	100 %

Las REACCIONES SUBSECUENTES indican cuales fueron los comportamientos que presentaron los damnificados después de conocer los sismos. Se observó lo siguiente: 28.6% no hizo nada; 19.6% tranquilizó a sus familiares; 8.9% presentó fricciones; otro 8.9% asusto; el resto de los comportamientos obtuvieron porcentajes menores. (Ver Tabla 10)

TABLA 10. REACCIONES que tuvieron los damnificados una vez pasado el sismo

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %	
REACCIONES CONDUCTUALES	* BUSCAR INFORMACION SOBRE LO SUCEDIDO	3	5.4	
	* TRANQUILIZAR A FAMILIARES	11	19.6	
	* PELAR	3	5.4	
	* PRESTAR AYUDA	3	5.4	
REACCIONES EMOCIONALES	* ANSIEDAD	4	7.1	
	* TRISTEZA	5	8.9	
	* MIEDO	5	8.9	
	* CONFUSION	4	7.1	
	* PERDIDA DE LA CONCIENCIA	1	1.8	
	* LLORAR	1	1.8	
NADA	—	16	28.6	
		TOTAL	50	100 %

En la tabla 11 aparecen la frecuencia y porcentaje de los DAÑOS SUFRIDOS por los damnificados después de haber sucedido los sismos. Como puede observarse, el mayor porcentaje (91.11) reportó no haber sufrido ningún daño.

TABLE 11. DAÑOS SUFIDOS por los damnificados, reportados por ellos mismos

TIPO DE DAÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
NINGUNO	50	91.1
FÍSICOS	4	7.4
EMOCIONALES	1	1.8
TOTAL	55	100 %

En la tabla 12 se muestran los dos tipos de pérdidas que reportaron los damnificados: la primera se refiere a las PERDIDAS HUMANAS sufridas, en donde se encontró que 71.4% no tuvo ninguna pérdida. En cuanto a las PERDIDAS MATERIALES, el 57.3% tuvo pérdidas totales; mientras que el 42.9% sufrió pérdidas parciales en sus viviendas.

TABLE 12. Porcentajes de las PERDIDAS HUMANAS Y MATERIALES, sufridas por los damnificados

TIPO DE PÉRDIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HUMANAS		
+ NINGUNA	40	71.4
+ FAMILIARES	4	10.7
+ AMIGOS/ COMPAÑEROS	10	17.9
MATERIALES		
+ TOTALES	33	57.3
+ PARCIALES	24	42.9
TOTAL	55	100 %

En el siguiente apartado se señalan los LUGARES a donde se dirigieron los damnificados después de verificar los daños sufridos en sus viviendas y antes de acudir al albergue. El 82.15 acudió directamente al albergue, y sólo 14.25 fue a casa de sus familiares antes de ir al albergue. (Ver tabla 13)

Tabla 13. Frecuencias que indican los LUGARES a donde se dirigieron los sujetos inmediatamente después del sismo y antes de acudir al albergue

LUGAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
CASA DE FAMILIARES	6	14.3
CASA DE AMIGOS	1	1.8
OTRA CIUDAD	1	1.8
DIRECTO AL ALBERGUE	48	82.1
TOTAL	56	100 %

Una vez ocurridos los sismos, los damnificados recibieron AYUDA de varias instancias como puede observarse en la tabla 14. El 32.15 recibió ayuda por parte de sus familiares; el 23.25 reportó no haber recibido ayuda; mientras que el 18.61 recibió ayuda de instituciones gubernamentales, de igual forma que otro 18.65 recibió ayuda de diversas instituciones privadas.

TABLA 14. Reporte de los damnificados sobre la AYUDA recibida por parte de otras personas o instituciones

AYUDA RECIBIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
FAMILIARES	14	32.3
AMIGOS	3	6.4
VECINOS	—	—
INST. GUBERNAMENTALES	11	25.0
INST. PRIVADAS	11	25.0
NO RECIBIO AYUDA	13	29.2
TOTAL	54	100 %

OPINIONES Y EXPECTATIVAS SOBRE LA SITUACION DEL PAIS UNA VEZ OCURRIDOS LOS SISMOS

De acuerdo con los rubros explorados en el instrumento, se pidió a los damnificados su opinión sobre el papel del gobierno, sus esperanzas de una mejor organización, la responsabilidad sobre la situación económica y social del país, y sus expectativas sobre la situación del país. En la tabla 15 se muestran la frecuencia y porcentaje a cada uno de los conceptos anteriores.

1. En el primer apartado se pidió a los damnificados su opinión acerca del PAPEL desempeñado por el gobierno después de ocurridos los sismos. Se encontró que el 57.14 opinó que el gobierno no actuó adecuadamente después de ocurrido el desastre, el 39.31 opinó que sí lo hizo, y sólo el 3.64 se abstuvo de opinar.

2. Al plantearse la posibilidad de la ocurrencia de situaciones similares en el futuro, se preguntó a los individuos sobre sus ESPERANZAS de una mejor organización tanto de las autoridades como de la población civil, encontrándose que: el 62.64 expresó esperanzas de una mejor organización por ambas partes; el 19.66 manifestó no tener esperanzas de una mejor organización; mientras que sólo el 12.58 y el 5.91 señalaron tener esperanzas de una mejor organización por parte de la comunidad y por parte del gobierno, respectivamente.

3. La información obtenida en el siguiente rubro indica las diferentes instancias a las que los damnificados atribuyeron la RESPONSABILIDAD sobre la situación económica y social del país después de ocurridos los sismos. El 50% atribuyó esta responsabilidad al gobierno, el 21.4% la atribuyó a toda la población incluyéndose a sí mismo y el 17.9% no la atribuyó a nadie. Es interesante observar que el 10.7% atribuyó la responsabilidad a la población sin incluirse a sí mismo.

4. Con referencia a las EXPECTATIVAS de los damnificados acerca de la situación económica y social futura del país, se encontró que el 50% de la muestra opinó que sería una situación difícil, el 28.6% tenía la esperanza de que mejoraría y el 19.6% manifestó incertidumbre hacia el futuro.

TABLE 16. Frecuencia de las OPINIONES Y EXPECTATIVAS que tuvieron los damnificados sobre la situación del país después de los sismos

OPINIONES Y EXPECTATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
1. ACTUO ADECUADAMENTE EL GOBIERNO DESPUES DE OCURRIDOS LOS SISMOS:		
* SI	32	38.3
* NO	32	57.1
* SIN OPINION	2	3.6
TOTAL	66	100 %
2. ESPERANCIAS DE UNA MEJOR ORGANIZACION EN CASOS SIMILARES:		
* POR PARTE DEL GOBIERNO	3	5.4
* POR PARTE DE LA COMUNIDAD	7	12.0
* POR AMBAS PARTES	35	62.5
* SIN ESPERANZA	11	19.6
TOTAL	66	100 %
3. ATRIBUCION DE RESPONSABILIDAD SOBRE LA SITUACION DEL PAIS DESPUES DE LOS SISMOS:		
* NADIE TIENE LA RESPONSABILIDAD	10	17.9
* POBLACION INCLUYENDOME A MI	12	21.4
* EL GOBIERNO TIENE LA RESPONSABILIDAD	28	50
* POBLACION SIN INCLUYERME A MI	6	10.7
TOTAL	66	100 %
4. EXPECTATIVAS SOBRE LA SITUACION FUTURA DEL PAIS:		
* FUTURO INCIERTO	11	19.6
* ESPERANZA DE QUE MEJORE	18	32.0
* SITUACION DIFICIL	30	50
* SIN OPINION	1	1.8
TOTAL	66	100 %

En la tabla 16 aparecen la frecuencia de conflictos interpersonales reportados por las damnificadas.

El ámbito en el cual, con más frecuencia reportaron los sujetos haber sentido **CONFLICTOS INTERPERSONALES**, fue el familiar con un 30.4%.

TABLA 16. Frecuencia de **CONFLICTOS**, reportados por las damnificadas, en las relaciones familiares, laborales y con amistades ocurridas después de los sismos de 1985.

CONFLICTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
NINGUNO	36	64.3
LABORALES	2	3.6
FAMILIARES	17	30.4
AMISTADES	1	1.8
TOTAL	56	100 %

También se registraron los **EFECTOS** que los mismos sujetos percibieron haber sufridos en su personalidad como consecuencia del sismo. Los resultados muestran que el 53.6% no percibió ningún efecto; el 17.9% manifestó haber revalorado su vida; 7.1% reportó inseguridad, así como irritabilidad. Es importante señalar que en un caso (1.8%) se presentó regresión "comportarse como niña chiquita". (Ver tabla 17)

TABLE 17. EFECTOS de los ruidos sobre la personalidad de los damnificados reportados por ellos mismos

EFECTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
NINGUNO	30	53.6
INSEGURIDAD	4	7.1
REVALORACION DE LA VIDA	10	17.9
REFLEXION SOBRE LA MUERTE	1	1.8
ADQUISICION DE MAYOR RESPONSABILIDAD	3	5.4
DESINTERES EN LAS COSAS	2	3.6
REGRESION "COMPORTARSE COMO NIÑA CHISQUITA"	1	1.8
IRRITABILIDAD	4	7.1
ANSIEDAD	3	5.4
TOTAL	56	100 %

En la tabla 18 se observa la percepción de la salud física y/o mental reportada por los ruidos damnificados después de hacer una comparación entre sus síntomas inmediatos y mediatos. Se observó que el 47.9% reportó haberse sentido igual, el 32.9% se sentía mejor y el 25% restante se sentía peor.

TABLE 18. PERCEPCION de la salud física y mental reportada por los damnificados durante la semana anterior a la aplicación del cuestionario

PERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SE HA SENTIDO MEJOR	16	36.1
SE HA SENTIDO PEOR	16	35
SE HA SENTIDO IGUAL	24	52.9
TOTAL	56	100 %

Además se obtuvo información acerca del TIPO DE SUEÑOS que se presentaron en los entrevistados como consecuencia del sismo. Nótese que la frecuencia de los sueños relacionados con el sismo alcanzó un porcentaje de 28.65 con - tra un 23.23 en donde los sueños no tenían relación con el sismo. (Ver Tabla 19)

TABLE 19. Frecuencias de los SUEÑOS relacionados con el sismo reportados por los damnificados

TIPO DE SUEÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
RELACIONADOS CON EL SISMO	16	28.6
SIN RELACION CON EL SISMO	17	33.2
NO SE ACUERDA	3	5.4
NO HA TENIDO SUEÑOS	24	42.9
TOTAL	56	100 %

En otro apartado del cuestionario se registraron aquellos SÍNTOMAS FÍSICOS que las personas reportaron haber presentado después de los sísmos. Debido a que cada sujeto manifestó sufrir más de un síntoma, el total de respuestas vertales sobre los sísmos ascendió a 166. En la tabla 20 se muestra la categorización de tales respuestas, en donde se puede ver que el mayor porcentaje de síntomas (35.4%) que se presentaron corresponde a los trastornos del equilibrio, el 21.6% corresponde a la presencia de tensión muscular, el 14.4% manifestó trastornos del sistema digestivo y el 14.4% señala dolor de cabeza; los demás síntomas presentan porcentajes menores a 14.

TABLA 20. Frecuencias de los SÍNTOMAS FÍSICOS, reportados por los damnificados, experimentadas en un período de tiempo comprendido entre la ocurrencia de los sísmos y la aplicación del cuestionario (tres meses)

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
TRASTORNOS DEL SISTEMA DIGESTIVO	* NAUSEA	16	9
	* DOLOR DE ESTOMAGO	17	10.2
TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO	* TIRBOLLO	31	18.6
	* VAREO	29	16.8
DOLOR DE CABEZA	--	24	14.4
SUDORACION	--	9	5.4
INCONTINENCIA DE ESFINTERIS	--	6	3.6
TENSION MUSCULAR	--	36	21.6
		TOTAL	166
			100 %
TOTAL DE CASOS: 64			
$\chi^2 = 38.62$			

Referente a los SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS que presentaron los damnificados - después de los sismos, se obtuvo un total de 240 reportes verbales de los 58 sujetos que conforman la muestra. Las frecuencias se distribuyeron como sigue: el 17.8% corresponde a trastornos del pánico, 15.4% al miedo, el 12.9% a trastornos de la conciencia; las demás frecuencias obtuvieron menores puntajes. (Ver tabla 21)

En cuanto a las CONSECUENCIAS MEDIATAS se registraron tanto los síntomas físicos como los psicológicos que se presentaron durante un lapso de tres - meses después de ocurridos los sismos. El total de respuestas verbales - fueron 255 en los mismos 58 casos, en donde la distribución es la siguiente: el 31.8% corresponde a la categoría de hostilidad; siguió en orden descendente, la depresión, trastornos del sueño, pensamientos intrusivos y trastornos del apetito, las frecuencias menores aparecen en la tabla 22.

TABLE 21. Frecuencias de los SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS, reportados por los denunciados, experimentados en un período de tiempo de tres meses, comprendido entre la ocurrencia de los sismos y la aplicación del cuestionario

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRASTORNOS DE LA CONCIENCIA	* CONFUSION	31	19.9
TRASTORNOS DE LA MEMORIA	* PERDIDA DE LA MEMORIA	11	4.5
TRASTORNOS DEL SUEÑO	* INSOMNIO	18	7.5
	* SUEÑOS ANTES DEL SUENTO SOBRE EL EVENTO	23	9.8
REACCIONES CONDUCTUALES	* HIPERACTIVIDAD	8	3.3
	* HÍPOACTIVIDAD	10	4.1
ANSIEDAD	- - -	37	18.4
MIEDO	- - -	12	5
NEGACION DEL EVENTO	- - -	5	2
NECESIDAD DE ESTAR SOLO	- - -	11	4.5
CULPABILIDAD	- - -	4	1.6
ESTADO DE SHOCK	- - -	8	3.3
PENSAMIENTOS INTRUSIVOS	- - -	27	11.2
	TOTAL	266	100 %

TOTAL DE CASOS: 56

$R^2 = 97.62$

TABLA 22. Frecuencias de las CONSECUENCIAS MEDIATAS en los diagnosticados después del mismo

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOSTILIDAD	* AGRESIVIDAD	13	5
	* "MAL CARACTER"	21	8.2
	* IRRITABILIDAD	22	8.6
DEPRESION	* DEPRESION	27	10.5
	* MELANCOLIA	9	3.5
	* INTENTOS DE SUICIDIO	3	1.1
	* IDEAS SUICIDAS	7	2.7
TRASTORNOS DEL SUEÑO	* INSOMNIO	17	6.6
	* SUEÑOS ANGSTIOSOS		
	SEGUN EL EVENTO	20	8.6
TRASTORNOS DEL APETITO	* ANOREXIA	15	5.8
	* BULIMIA	6	2.3
TRASTORNOS DE LA ATENCION	* FALTA DE ATENCION Y CONCENTRACION	13	5
TRASTORNOS DE LA MEMORIA	- - -	10	3.9
IDEAS PARANOIDES O DELIRANTES	- - -	2	0.7
PENSAMIENTOS INTRUSIVOS	- - -	24	9.4
ALTERACIONES SEXUALES	- - -	11	4.3
CULPABILIDAD	- - -	6	2.3
ASTENSIA	- - -	13	7.4
DISMINUCION	- - -	6	2.1
	TOTAL	293	100 %
TOTAL DE CASOS: 56		$\chi^2 = 79.31$	

El siguiente paso del análisis estadístico, se basó en el uso de la estadística inferencial. Así, para obtener las diferencias entre la frecuencia de los síntomas físicos, psicológicos y las consecuencias mediatas se calculó la χ^2 Bondad de ajuste, a un nivel de significancia de 0.05. Se encontró que en los Síntomas Físicos ($\chi^2 = 18.81$; $p = .05$) lo cual indica que sí hay diferencias estadísticamente significativas en la presentación de éstos, observándose que el síntoma que con mayor frecuencia se presentó fue tensión muscular, en segundo lugar temblor y en tercer lugar mareo.

En lo que se refiere a los Síntomas Psicológicos ($\chi^2 = 97.82$; $p = .05$) lo que indica que sí existen diferencias estadísticamente significativas en la presentación de éstos, observándose que el síntoma que con mayor frecuencia se presentó fue ansiedad, en segundo término miedo y en tercero confusión.

En cuanto a las Consecuencias Mediatas se obtuvo una $\chi^2 = 79.31$; $p = .05$ lo cual indica que sí hay diferencias estadísticamente significativas en la presentación de éstas, observándose que el síntoma que se presentó con mayor frecuencia fue depresión, siguiendo en orden descendente, los pensamientos intrusivos, irritabilidad y sueños angustiosos sobre el sismo.

2. FASE II

Para hacer la comparación entre el grupo de los damnificados durante los sismos de 1985, el grupo de personas que estuvo expuesto a un sismo de menor intensidad y magnitud en 1989 y las personas que no estuvieron expuestas a eventos similares durante un lapso de tres años (1988), se utilizó el Análisis de Varianza con los resultados obtenidos en el SCL-90-R. Este análisis proporciona la razón F, la cual se utiliza para comparar tres o más medias de muestras independientes. Debido a que esta razón F sólo señala la diferencia global entre grupos, también se utilizó la prueba a posteriori de SCHEFFE con el fin de indicar donde se encontraban las diferencias significativas entre estas medias. Los resultados muestran lo siguiente:

El factor de SOMATIZACION obtuvo una $F_{(2,113)} = 4.77$ con una $p = 0.01$ lo que significa que sí hay diferencias significativas entre los tres grupos. En este mismo factor, la media del GRUPO de 1988 ($\bar{X} = 0.29$) es significativamente más baja que la del GRUPO de 1985 ($\bar{X} = 0.65$) y que la del GRUPO de 1989 ($\bar{X} = 0.72$). Esto quiere decir que el GRUPO de 1988 presentó menor SOMATIZACION que los otros dos grupos.

Con respecto al grupo de síntomas bajo el rubro de OBSESIVO-COMPULSIVO se encontró una $F_{(2,113)} = 3.08$ con una $p = 0.04$ indicando que hay diferencias significativas entre los grupos. Por el contrario, si bien la razón F indicó en el primer análisis la presencia de diferencias significativas entre los tres grupos; la prueba de Scheffe, que es más rigurosa, no señaló diferencias entre pares de grupos en cuanto a la presencia de síntomas en este factor, al nivel de 0.05. Sin embargo este síntoma no forma parte del Síndrome de estrés posttraumático, por lo que no se tomará en cuenta.

Otro factor del SCL-90-R corresponde a la SENSIBILIDAD INTERPERSONAL en donde se observó una $F_{(2,113)} = 4.15$ con una $p = 0.01$ indicando que también hay diferencias significativas entre los tres grupos. En el siguiente análisis se observó que la media del GRUPO de 1988 ($\bar{X} = 0.36$) es significativamente más baja que la media del GRUPO de 1985 ($\bar{X} = 0.74$), esto indica que el GRUPO de 1988 presentó síntomas disminuidos de SENSIBILIDAD INTERPERSONAL comparativamente con el GRUPO de 1985.

Con una $F_{(2,113)} = 6.00$ y una $p = 0.00$ se encontró que los grupos difieren en la presencia de síntomas de DEPRESION. Al tener el GRUPO de 1988 una media más baja ($\bar{X} = 0.32$) que los GRUPOS de 1985 ($\bar{X} = 0.71$) y 1989 ($\bar{X} = 0.77$) en el factor de DEPRESION, se infiere que el primer grupo (1988) presenta menores síntomas depresivos que los dos últimos (1985 y 1989).

Un grupo de síntomas importantes a discutir corresponde a la ANSIEDAD en donde nuevamente se manifiestan diferencias significativas entre los tres grupos con una $F_{(2,113)} = 7.70$ y una $p = 0.00$. Al comparar las medias median-

En la prueba de Scheffe se observó que el GRUPO de 1988 tuvo una $\bar{X} = 0.78$, la cual resultó significativamente más baja que la media del GRUPO de 1985 ($\bar{X} = 0.78$). (Esto significa que el primer grupo referido (1988) presentó menos ANSIEDAD que el último (1985)).

En cuanto al factor HOSTILIDAD se observaron también diferencias significativas entre las muestras, lográndose una $F_{(2,113)} = 4.47$ y una $p = 0.01$. El GRUPO de 1988 presentó menos síntomas que el GRUPO de 1989 ya que sus medias son $\bar{X} = 0.25$ y $\bar{X} = 0.73$ respectivamente, es decir, son significativamente diferentes respecto a la HOSTILIDAD.

Los síntomas FÓBICOS obtuvieron una $F_{(2,113)} = 4.33$ y una $p = 0.01$ mostrando diferencias entre los tres grupos. En este punto el GRUPO de 1988 obtuvo una media más baja ($\bar{X} = 0.25$) que la media del GRUPO de 1985 ($\bar{X} = 0.64$), es decir, presentó menores síntomas FÓBICOS.

A su vez el factor PARANOIDA señala las diferencias entre los grupos al haberse obtenido una $F_{(2,113)} = 3.01$ con una $p = 0.05$. La prueba Scheffe, no mostró diferencias entre pares de grupos en el factor de PARANOIDA; lo mismo que los síntomas del factor OBSESIVO-COMPULSIVO, que tampoco son parte del síndrome de estrés posttraumático.

Con referencia a los síntomas PSICÓTICOS se encontró una vez más que los tres grupos difieren significativamente pues se obtuvo una $F_{(2,113)} = 5.25$ y una $p = 0.00$. Por un lado, el GRUPO de 1988 presentó menos síntomas PSICÓTICOS que los GRUPOS de 1989 y 1985. La media del GRUPO de 1988 ($\bar{X} = 0.48$) y la del GRUPO de 1985 ($\bar{X} = 0.47$) resultaron más altas que la media del GRUPO de 1989 ($\bar{X} = 0.13$).

Finalmente, el SCL-90-R consta de una escala formada por síntomas ADICIONALES donde se observó una $F_{(2,113)} = 4.76$ con una $p = 0.01$ lo cual indica que los grupos presentan diferencias en la presencia de tales síntomas. En esta escala se observa de nuevo que el GRUPO de 1988 obtuvo una media más

baja ($\bar{X} = 0.281$) que el GRUPO de 1989 ($\bar{X} = 0.74$), o sea, el GRUPO de 1988 tuvo menos síntomas ADICIONALES que el GRUPO de 1989.

Todas estas diferencias fueron significativas estadísticamente al nivel de 0.05. Es importante observar que no se manifestaron diferencias significativas entre el par formado por los GRUPOS de 1985 y 1989. En la tabla 23 se resumen los resultados del análisis de variancia. Respecto a cada síntoma o factor, la F, la probabilidad de estar, y las medias para el GRUPO 1 (1985), el GRUPO 2 (1989) y el GRUPO 3 (1988).

TABLA 23. Análisis de variancia obtenido entre cada uno de los grupos (1985, 1989 y 1988) para la escuela SCL-90-R

FACTOR	F	PROBABILIDAD	\bar{X}_1	\bar{X}_2	\bar{X}_3
1. SOMATIZACION	4.77	0.01	0.66	0.72	0.29
2. OBSESIVO- COMPULSIVO	3.68	0.04	—	—	—
3. SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	4.15	0.03	0.74	0.63	0.36
4. DEPRESION	6.00	0.00	0.71	0.77	0.32
5. ANSIEDAD	7.70	0.00	0.75	0.62	0.28
6. HOSTILIDAD	4.47	0.01	0.61	0.73	0.25
7. FOLIA	4.33	0.01	0.64	0.33	0.25
8. PARANOIDA	3.01	0.05	—	—	—
9. SINTOMAS PSICOTICOS	6.25	0.00	0.47	0.46	0.13
10. ADICIONALES	4.76	0.01	0.61	0.74	0.28

* Nivel de significancia: 0.05 en la prueba a posteriori de Scheffe.

CAPITULO VII. DISCUSION

CAPITULO VII. DISCUSION

Después de que los datos fueron procesados y descritos estadísticamente se analizó la información obtenida.

De acuerdo a la hipótesis propuesta en la FASE I del estudio, se observaron en el grupo de damnificados, algunos de los síntomas característicos del Síndrome de estrés posttraumático, establecidos en el DSM-III-R (1986).

En primer lugar, los síntomas reportados por los damnificados se manifestaron inmediatamente después de la ocurrencia de los sismos del 19 y 20 de septiembre de 1985.

Un criterio importante en el diagnóstico de estrés posttraumático lo constituye la experiencia persistente del hecho traumático. Ésta se observó en los entrevistados a través de la presencia de pensamientos intrusivos y sueños angustiosos sobre el sismo; síntomas manifestados con alta frecuencia y como parte de las CONSECUENCIAS MEDIATAS.

La falta de capacidad general de respuestas se puso de manifiesto con la presencia de altos niveles de depresión. En menor grado se observaron alteraciones sexuales, específicamente disminución del deseo sexual.

En cuanto a los síntomas que suponen el aumento de activación se encontraron, en los damnificados, con incidencia alta los siguientes: insomnio, -

irritabilidad, falta de atención y concentración, y afectación de la memoria.

El tiempo es otro factor a considerar en el diagnóstico de este trastorno, por lo que es importante señalar que estos síntomas persistían aún en el momento de la aplicación de los instrumentos -tres meses después de los síntomas-. Si bien la presencia de los síntomas se detectó en el tiempo que se -realizó, no se sabe en qué momento éstos desaparecieron o si perduraron, dado que no fue posible hacer un seguimiento con el grupo de damnificadas, pues -al desaparecer los albergues y reincorporarse a su vida cotidiana, se perdió todo contacto, además no se contó con registros que proporcionaran información veraz sobre su nuevo domicilio.

De esta manera los síntomas más frecuentemente presentados por los damnificadas fueron:

Síntomas físicos:

1. tensión muscular;
2. temblor;
3. mareos;
4. dolor de cabeza;
5. dolor de estómago;
6. náuseas;
7. sedación;
8. incontinencia de esfínteres;

Síntomas psicológicos:

1. ansiedad;
2. miedo;
3. confusión;
4. pensamientos intrusivos;
5. sueños angustiosos sobre el sísmo;
6. insomnio;
7. pánico;
8. necesidad de estar solo y pérdida de la memoria;
9. hiperactividad;
10. hiperactividad y parálisis;

11. negación del evento;
12. culpabilidad;

Consecuencias mediatas:

1. depresión;
2. pensamientos intrusivos;
3. irritabilidad y sueños angustiosos sobre el sismo;
4. mal carácter;
5. astenia;
6. insomnio;
7. anorexia;
8. agresividad, falta de atención y concentración;
9. alteraciones sexuales;
10. trastornos de la memoria;
11. melancolía;
12. dismenorreas;
13. ideas suicidas;
14. culpabilidad;
15. tentos suicidas;
16. ideas delirantes.

La presencia de estos síntomas coinciden con los encontrados en varias investigaciones sobre desastres, donde se analizó el Síndrome de estrés post-traumático. Una de estas investigaciones la llevaron a cabo Taylor y Frazer (1982) quienes encontraron en víctimas de un accidente aéreo, ansiedad y depresión principalmente y en menor frecuencia tensión, inquietud y trastornos del sueño.

Por su parte, Wilkinson (1983) encontró que los principales síntomas experimentados por todos aquellos que se involucraron de alguna forma en el derrumbe de un hotel fueron: recuerdos repetitivos del desastre, tristeza, fatiga y sentimientos recurrentes como ansiedad y depresión, y sueños acerca del desastre.

En otra investigación conducida por Lima et al (1988) con población latinoamericana, en víctimas de un desastre natural, se reporta también la presencia del síndrome de estrés posttraumático, y de síntomas como depresión, trastornos por ansiedad generalizada, abuso de alcohol y fármacos. Para Lima et al todos estos síntomas representan los intentos funcionales del yo para obtener algún grado de reorganización después del impacto traumático. Cuelló (1986) coincide en que estos síntomas se han encontrado en aproximadamente el 60% de las víctimas de los sismos acaecidos en la Ciudad de México durante 1985.

Cabe señalar que a pesar de haberse encontrado similitudes en la existencia de estos síntomas en los estudios revisados, no se están haciendo comparaciones lineales entre los mismos pues hay diferencias entre la población mexicana y las poblaciones tomadas como muestras en estas investigaciones. Las diferencias en los datos reportados se deben también al tipo de la presente investigación, que corresponde a un estudio descriptivo.

En este sentido, es fundamental conocer los principales rasgos de los damnificados en cuanto a sus aspectos demográficos y a las experiencias vividas durante y después de los sismos.

Los damnificados tenían un rango amplio de edad, pues abarcaba de los 14 a los 76 años, con un promedio de 30 años. La mayoría pertenecía al sexo femenino. En relación al tipo de ocupación que desempeñaban, la mayoría eran trabajadores y amas de casa con baja escolaridad (estudios de nivel primario). La mayor parte de los damnificados profesaba la religión católica. Un porcentaje alto de las personas reportó que su vivienda era rentada. Además, el número de miembros que estaban en la misma casa el día del sismo eran en promedio tres personas.

Las experiencias que tuvieron la mayor parte de los damnificados fueron las siguientes: en el momento del sismo estaban en su casa en la compañía de

su familia. Sus pensamientos en ese momento fueron desde "nada" hasta "me voy a morir" o "se está acabando el mundo", pasando por la referencia y preocupación por sus familiares. Su estado emocional era de miedo.

Las primeras reacciones fueron:

En términos de comportamiento: salir del lugar donde se encontraban, buscar protección para sus familiares, correr y buscar un lugar seguro, hincarse y rezar.

En términos emocionales: sorpresa y confusión, y ansiedad y/o miedo.

Después del sismo y al hacerse evidente la situación de crisis que prevalecía entre los damnificados al haber sufrido -en el menor de los casos- la pérdida de su vivienda se dieron una serie de conductas de enfrentamiento, entre las cuales predominaron las siguientes: tranquilizar a sus familiares, buscar información sobre lo sucedido, prestar ayuda y rezar. Sin embargo, es importante señalar que aproximadamente una tercera parte de estas personas no hizo nada, no tuvo ninguna conducta, ni efectiva ni alguna considerada como no efectiva con la que pudiera hacer frente a la situación.

Entre las reacciones emocionales subsiguientes predominaron el miedo, la ansiedad, la confusión, y apareció también la tristeza. Sobre la percepción subjetiva que tuvieron los damnificados sobre sus propios daños, la mayoría manifestó no haber sufrido daños físicos. No obstante, es relevante mencionar que esta misma mayoría señaló no haber sufrido daños de tipo emocional. En cuanto a las pérdidas sufridas casi la mitad tuvo pérdidas materiales totales, mientras que el resto sufrió pérdidas parciales. Entre los entrevistados pocos sufrieron pérdidas humanas.

Al verificar que sus viviendas no podían seguir habitadas la mayoría se dirigió directamente al albergue más cercano a su lugar de residencia, sólo una minoría recurrió a sus familiares antes de dirigirse al albergue. La ayuda que en términos generales recibieron los damnificados se proporcionó, en orden descendente por: familiares, instituciones gubernamentales e instituciones privadas. Una parte de la muestra manifestó no haber recibido

ayuda de ninguna especie después del sismo.

Otro aspecto importante fue la experiencia en un desastre de características similares. En este punto una gran mayoría indicó haber sentido otros - temblores, sin embargo ninguno de tales dimensiones.

En cuanto a las causas posibles del sismo, la mayoría de los individuos lo explicaban como un fenómeno natural; un menor porcentaje lo atribuyó a un "castigo de Dios".

En cuanto a las opiniones y expectativas que expresaban los damnificados sobre la situación del país. Cerca de la mitad de la muestra opinó que el - gobierno no actuó de una manera "adecuada". Sin embargo, la mayoría exteriorizó sus esperanzas de que en una situación similar se tendría una mejor - organización, en donde participaran tanto las autoridades como la población en general. La atribución de responsabilidad sobre la situación general - económica y social- del país recayó en el gobierno, opinión que expresó el 50% de los damnificados. Finalmente, y sobre sus expectativas de futuro en - cuanto a la situación general del país, la mitad concibió en que sería una situación "difícil".

Una gran parte indicó no haber tenido problemas interpersonales como consecuencia del sismo. La parte que sí manifestó tenerlos, los identificaron - dentro de su ámbito familiar. A su vez, aproximadamente la mitad de la muestra tampoco reveló el haber sufrido algún efecto en sus personalidades. Al - hacer una comparación entre los síntomas inmediatos y mediatos reportados, - menos de la mitad expresó sentirse igual, es decir, en estas personas los - síntomas prevalecieron.

Por último, cerca de la cuarta parte de la muestra dijo haber tenido sus - los relacionados con el sismo, en contraste con el resto que señaló no haber tenido sueños de ningún tipo.

Hasta aquí se han descrito las características más importantes de los damnificados, ahora se presenta el análisis de las mismas.

Un punto importante a resaltar en estas características concierne a la capacidad adaptativa de las personas.

Entre otras cosas, una de las peculiaridades del mismo consistió en su impredecibilidad. A pesar de que la mayoría de la población de la Ciudad de México conoce el hecho de que vive en una zona de alto riesgo sísmico, se tiende a subvalorar el peligro potencial de la ocurrencia de un desastre. Estas dos situaciones impidieron que los individuos pudieran prepararse previamente para hacer frente a la situación.

Debido a ello, cualquier acción solamente se lleva a cabo durante y después del desastre. Dentro de las respuestas durante el terremoto se incluyeron ajustes de emergencia efectivos, tales como, salir del lugar donde se encontraban, buscar protección para sus familiares, correr y buscar un lugar seguro. También hubo conductas de enfrentamiento poco efectivas para salvar la integridad física, como es el caso de síncarse y rezar, pero que, sin embargo, son consideradas como adaptativas en el sentido de que reducen la ansiedad y permiten a algunas personas retener la esperanza. Bajo estas circunstancias, el rezar es visto como una forma de conducta de apego (Henderson y Kosteck, 1977). Otra conducta de apego es el caso de los miembros de una misma familia que se despidieron hasta haberse reunido unos con otros después de los sismos.

Por otro lado, cuando un evento que produce estrés es tan repentino que elimina el potencial para prepararse, esto es, cuando no se tiene una advertencia previa acerca del desastre, o cuando el individuo se le tranquiliza falsamente; suprime la angustia por medio de la negación o expresa optimismo excesivo o euforia de las advertencias, la reacción subsiguiente producida por el estrés es más profunda que en los individuos que se prepararon debido al modo anticipatorio.

Entre las reacciones subsiguientes al desastre, se encontraron conductas - de enfrentamiento efectivas y no efectivas como tranquilizar a los familiares, buscar información sobre lo sucedido, prestar ayuda y rezar. Esto concuerda con lo señalado por Jackson (1981) al estudiar la respuesta ante los terremotos.

El estado emocional que predominó después de suceder los sismos osciló entre la tristeza, la confusión y la ansiedad ante la situación de crisis - que se vivió en la ciudad. Estas reacciones concuerdan con las descritas por Cohen (1985) durante la fase de choque.

Lo anterior (comportamiento y estado emocional) es importante porque tanto el comportamiento como los aspectos cognoscitivos, también explican el desarrollo y prevalencia de síntomas posteriores. Según Cameron (1982) y Fentchel (1985), si es posible la acción directa o si se puede expresar el enojo agresivamente o si el miedo provoca una fuga inmediata, se disipa y consume la energía movilizada en las reacciones viscerales. De no haber sido posible a través de la expresión o acción, se produce una amplia gama de alteraciones fisiológicas. Sin bien los desórdenes psicopatológicos son considerados por algunos autores como maladaptaciones (Cameron, 1982), en un principio logran algo que el sujeto no conseguiría por otros medios: descargar su ansiedad.

Hubo una gran variedad de reacciones que se identificaron en los damnificados, sin embargo, parte de ellos también señalaron no haber hecho ni sentido de nada. Según el DSM-III-R (1982), un sistema importante en el diagnóstico del trastorno por estrés posttraumático es el evitar todos aquellos estímulos que se encuentran asociados con la situación traumática, en este caso los sismos. Así por ejemplo, la gente suele evitar hablar o recordar el estímulo traumático para evitar de esta manera cualquier sensación relacionada con lo ocurrido.

Esta interacción está basada en el Síndrome de respuesta al estrés - propuesto por Horowitz (1971), en el cual uno de los componentes principales

es la negación como mecanismo de defensa ante la estimulación abrumadora del aparato psíquico; el ejemplo en este caso es "no sentí nada". Esto explica el hecho de que la mayoría de los sujetos haya declarado no haber tenido conflictos interpersonales, ni haber sufrido daño emocional, ni ningún otro efecto sobre su personalidad como consecuencia del sismo.

Este mecanismo de defensa, característico de la neurrosis traumática (Freud, 1920; Fenichel, 1966; Furman, 1980) también se reporta por Cruz Lobo (1989) a nivel individual, grupal y social, como consecuencia de los sismos de 1985.

Como ya ha sido señalado, la organización de la población se instrumentó rápida y eficazmente, siendo sustituida tiempo después, por la organización de instituciones privadas y públicas. En este momento se empezó a evaluar el impacto del desastre.

En lo que se refiere a la ayuda que recibieron los damnificados, el mayor porcentaje la obtuvo de sus familiares, mientras que aproximadamente una quinta parte la recibió de instituciones gubernamentales, y otra quinta parte de instituciones privadas. Este aspecto se relaciona, de alguna manera, con el sistema de apoyo social que puntualiza la preponderancia de los vínculos que se establecen entre los individuos y los grupos para brindar tanto apoyo emocional como material (Caplan, 1974).

Entonces, la opinión de aquellos a quienes van dirigidos los programas proporciona retroalimentación necesaria para evaluar la efectividad de dichos programas. ¿Qué sucede entonces cuando se observa que aproximadamente la mitad de los entrevistados estimó que el gobierno no actuó adecuadamente después de los sismos, imputándose además la responsabilidad total sobre la situación tanto económica como social que imperaba en esos momentos en el país?

Según a Coelli (1983), los ataques que se suscitan contra la autoridad -en este caso representada por el gobierno- pueden explicarse como una de las formas para evadir los sentimientos de culpa que provoca la situación. Según Wilkinson (1983), las personas que se sienten al menos parcialmente responsables -lo sean o no- por la muerte o perjuicio de un pariente o amigo experimentan sentimientos de culpa. También se presentan tales sentimientos cuando los individuos estuvieron involucrados en la situación de desastre y resultaron lesionados.

Sin embargo, tomando en cuenta que un desastre resulta de la interacción del sistema humano con los factores medioambientales, es importante estar conscientes de la parte de responsabilidad que toca a todos y cada uno de los habitantes de la comunidad.

Si bien la negación fue el principal mecanismo de defensa que se encontró, y que es característico tanto del síndrome de respuesta al estrés como de la neurosis traumática, obviamente no resultó ser el único.

La regresión se puso de manifiesto en un poco más del cuarenta por ciento de los damnificados cuando reportaron no haber tenido sueños de ningún tipo después de los sismos. También se hizo patente un caso de regresión en una adolescente de 16 años, quien expresó como efecto sobre su personalidad, haberse comportado "como niña chiquita". Los fenómenos regresivos, de acuerdo a Fenichel (1966), se deben a una pérdida general de diferenciación de las funciones superiores, pues la energía se dirige a la función de controlar el exceso de estimulación provocado por un hecho traumático. Se puede encontrar desvalimiento, dependencia pasiva y rasgos orales cuando falla el intento de control activo. Este tipo de control se presenta principalmente en personas con tendencia a responder de esta forma aún antes del trauma.

Es interesante señalar que, al recolectar la información por medio del cuestionario, muchas personas aprovecharon la ocasión para hablar y expresar sus sentimientos sobre el sismo, cosa que no habían tenido oportunidad de hacer anteriormente. Esto es de suma importancia si se considera que la

posibilidad de "ventilar" la experiencia traumática es necesaria para evitar el desarrollo de patología posterior. El efecto terapéutico de esta medida se ha hecho patente y forma parte del método de intervención en Crisis (Grösman, 1973; National Institute of Mental Health, 1978; Palacios et al., 1986).

En cuanto a la hipótesis enunciada en la FASE II del estudio, los resultados indicaron la presencia de diferencias entre los tres grupos en relación a los síntomas reportados; a excepción de los síntomas obsesivo-compulsivo y paranoicos como ya se mencionó en el capítulo de resultados.

Como era de esperarse, las diferencias en cuanto a la experiencia previa ante un evento altamente estresante, se hicieron notar en los síntomas desarrollados.

El GRUPO de 1985 (damnificados) manifestó toda la serie de reacciones vigtas en la FASE I de este análisis, como consecuencia de su exposición al desastre provocado por los sismos. Pues no sólo vieron amenazada su vida y la de sus familiares y amigos, sino que también perdieron sus hogares y pertenencias. Esto en sí mismo constituyó una fuerte demanda del medio ambiente físico y social, ante la cual no estaban preparados.

El GRUPO de 1988 tuvo otras características. Pertenecía a la población general que vivió la experiencia de los sismos, pero la información sobre su sintomatología se le solicitó tres años después de dichos eventos. Es decir, los síntomas que reportaron no estuvieron correlacionados con la ocurrencia previa inmediata de algún evento que alcanzara tales dimensiones y por tanto resultara altamente estresante. Además, este grupo no sufrió pérdidas humanas ni materiales en 1985.

El GRUPO de 1989 lo constituyeron personas que también habían vivido los sismos de 1985 sin haber sufrido ninguna pérdida y que experimentaron conscientemente el sismo ocurrido el 25 de abril de 1989.

Los resultados del análisis demostraron que los GRUPOS de 1985 y 1989 desarrollaron mayores síntomas de tipo somático, depresivo y psicótico que el GRUPO de 1988. A su vez, el GRUPO de 1985 tuvo mayores síntomas relacionados con la sensibilidad interpersonal y la ansiedad que el GRUPO de 1988. (*)

Por su parte, el GRUPO de 1988 tuvo mayores síntomas de tipo hostil que el GRUPO de 1986. (*)

Tanto la teoría del estrés como la teoría psicoanalítica (que habla de neurosis traumática) y la psicología del desastre coinciden en afirmar que el tipo de reacciones que presentan los individuos como consecuencia de un desastre dependen de la interacción de varios factores entre los que se encuentran la predisposición individual al daño psicológico y la magnitud del evento estresante.

Los factores individuales se pusieron de manifiesto en la variabilidad de las reacciones observadas en los damnificados. Sin embargo, al hacer la comparación entre los grupos que tuvieron la experiencia previa de un evento estresante con el grupo que no tenía tal experiencia en un periodo de tiempo inmediato, es evidente que los primeros presentan mayor sintomatología que el último. En este sentido, el desastre provocado por los sismos es considerado un evento altamente estresante que produce reacciones que incluyen trás tanto físicos como psicológicos.

La falta de diferencias en la sintomatología reportada por los dos grupos que tuvieron como antecedentes previo inmediato la experiencia de un sismo (GRUPO 1985 y GRUPO 1988), puede explicarse por el hecho de que al volver a percibir conscientemente los movimientos telúricos, se evocó la tragedia producida cuatro años antes. Llegando a la memoria recuerdo de la experien-

* Las subescalas FORBIA y SINTOMAS ADICIONALES no se tomaron en cuenta ya que después de la discriminación por reactivo sólo quedaron formadas por dos y cinco ítems respectivamente. Derogatis (1970, 1974, 1977) ha señalado que para que un factor sea considerado como tal debe estar constituido mínimamente por seis ítems.

cia vivida, y el temor a ver amenazada nuevamente la vida suscitó la aparición de síntomas antes no presentes como se constata en el GRUPO de 1988. En este caso, las diferencias en intensidad y magnitud de los sísmos no fueron determinantes en el desarrollo de la sintomatología.

A nivel teórico y práctica, los hallazgos aquí presentados constituyen uno de los primeros intentos por recolectar información sistemática sobre las reacciones emocionales y el impacto psicológico de los sísmos en los damnificados. Se pide por tanto, que sirva de antecedente para futuras investigaciones, pues hace falta mayor conocimiento al respecto, también es un antecedente útil para la creación de programas en salud en casos de desastres. Así mismo, se espera motivar la revisión y seguimiento de los programas ya existentes.

Hay que recordar que un desastre resulta de la interacción entre un evento medioambiental y el sistema de vida humano. De aquí se desprende que ante la ausencia de planeación es probable que los trastornos psicológicos ya precipitados por el desastre en sí se incrementen. Incluso, el manejo inapropiado que una comunidad haga de la situación de desastre puede precipitar su propia forma de experimentar el estrés resultante (Hartsoogh, 1982).

Para la realización de programas preventivos hay que tomar en cuenta una serie de aspectos, entre ellos el económico. Tomando como referencia a Lima et al (1988), se conoce que los desastres no necesariamente los sísmos ocurren con mayor frecuencia en los países en vías de desarrollo, y que éstos representan un problema importante en materia de salud pública, tocando el aspecto psicológico.

Aún cuando, la ocurrencia de un desastre no guardara ninguna relación con el subdesarrollo como afirma Lima. Las consecuencias que tiene un desastre de tipo y magnitud similares es totalmente distinta en países desarrollados que en países en vías de desarrollo. Es decir, en países en vías de desarrollo como el nuestro las normas de seguridad para construcción o no son

tan respetadas o no son tan estrictas; no se trabaja con la población en programas de prevención o simulación de desastres; no hay presupuesto para tales programas; por tanto, los efectos de un desastre no se prevén sino que se multiplican porque los factores de riesgo se multiplican.

Es necesario detectar prioridades así como establecer el tipo de población a la que van dirigidos los programas preventivos. Shigpee, Bradford y Gregory (1962) enfatizan el hecho de que todas las personas involucradas de algún modo en los desastres, y no sólo las víctimas o el personal de rescate, reciban atención. Esto es aplicable a la Ciudad de México ya que toda su población se vió, en mayor o menor grado, afectada por lo ocurrido el 19 de septiembre de 1985. Sin embargo, es un hecho, que las víctimas posibles pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos merecen prioridad en la atención primaria en salud (Lima et al. 1986).

Por todo esto, es importante que los programas no sólo enfoquen su atención a los momentos durante y después de los desastres, sino que también dirijan sus acciones hacia la prevención, por una sola razón: los habitantes de la Ciudad de México tienen una alta probabilidad de volver a experimentar, en cualquier momento, un nuevo sismo con sus consecuentes alteraciones económicas, sociales y por supuesto, psicológicas. Todo lo que se pueda hacer antes puede salvar más vidas que las acciones posteriores.

En este último punto, el psicólogo como profesional de la salud tiene una tarea muy importante para desempeñar.

El análisis hecho hasta el momento comprende los conceptos espuestos en el marco teórico de esta investigación. Como se ha visto, las teorías del trauma psicológico y del estrés brindan una explicación a la aparición de síntomas posteriores al terremoto de 1985, así como a las conductas de enfrentamiento que se suscitaron.

Sin embargo, debe recordarse la existencia de otros enfoques que abordan los mismos fenómenos desde puntos de vista diferentes. Esta situación enriquece el conocimiento al proporcionar explicaciones alternativas y muy frecuentemente complementarias. Este es el caso de la solidaridad presentada por los habitantes de la Ciudad de México en conjunto.

Recuérdese que, y siguiendo la misma base teórica que fundamenta este estudio, autores como Gueli (1986) y Cohen (1985) describen no sólo el comportamiento y los síntomas esperados en los individuos como consecuencia de algún desastre; sino que también describen los comportamientos y reacciones esperadas en la población general o a nivel "social". La explicación de este comportamiento social es la misma que para el comportamiento individual, sin embargo, conceptos como trauma y negación son aplicables en ambos casos.

Peró la forma de conceptualizar los fenómenos sociales; en donde lo "social" no es el mero resultado de la suma de los individuos, sino una entidad que los trasciende con características propias. En este sentido se entienden los fenómenos como la organización espontánea que tuvo la población civil después de ocurrir el sismo.

Momentos después de presentarse el desastre las personas se organizaron para alcanzar una meta que en esos instantes se volvió común: salvar vidas. Ayudar se volvió una prioridad compartida por todos los habitantes de la ciudad.

Esta situación colectiva, supera las individualidad, es decir, en esos momentos no importaban las diferencias de clase, rango o ideología; fue entonces cuando surgió la solidaridad.

Peró esta situación, característica de la condición gregaria del hombre, no duró mucho tiempo. Y las diferencias no se hicieron esperar. Pasados los primeros momentos la ayuda no se proporcionó de la misma forma que al principio. No todas las zonas fueron auxiliadas para rescatar personas que aún

permanecían con vida bajo los escombros.

Incluso no en todos los lugares conformados como albergues se dió una verdadera organización. Sólo se podía ver un conglomerado de personas desconocidas y asustadas. La forma en que estos grupos de dañificados enfrentaron el desastre también está en relación a su condición previa. Existen los llama- dos "dañificados estructurales", es decir, aquellas personas que aún antes de la ocurrencia del terremoto ya se encontraban "dañificados" debido a la serie de carencias y perjuicios que les imponía el pertenecer a las estratos más bajas de la estructura social del país. El grupo de albergados en el deportivo "Edoardo Malina" pertenece a este tipo; y recuérdese que todo intento por hacer respetar el reglamento interno, e incluso establecer un programa de autogestión tuvo, en general, poco éxito.

En contraste, los dañificados pertenecientes a los albergues "Zacatecas" y "Guanajuato" hicieron patente su forma diferente de enfrentar el desastre. Los hombres se organizaron para resolver conjuntamente su problema de vivienda, creando juntas de vecinos que los representaban ante las autoridades correspondientes. Las mujeres, por su parte, se las ingeniaron para realizar diferentes trabajos manuales, como "hechudos", que vendían de alguna forma para ayudarse a solventar -aunque fuera mínimamente- sus gastos.

En dichas circunstancias estas personas tuvieron muchas cosas en común: habían perdido sus hogares, en algunos casos familiares o amigos, sus pertenencias, y además tenían miedo.

Y no sólo ellos. Todos los habitantes de la Cd. de México compartimos estos sentimientos: impotencia, vulnerabilidad, tristeza, miedo. Los medios masivos de comunicación se encargaron de extender la opinión pública. El desastre, sus características y consecuencias entraron a formar parte del lenguaje cotidiano de los ciudadanos a partir de entonces.

Según Rodríguez Moreno (1987) cuando el miedo pasa de ser individual a ser colectivo, cuando pasa de ser privado a ser público, surge entonces la solidaridad.

Todos estos conceptos sustentan la Teoría de la Representación Social propuesta por Moscovici (1985) y constituye el enfoque más importante de la psicología social de los últimos tiempos.

Sin pretender profundizar en materia, sólo se ha querido esbozar el hecho de que un mismo fenómeno puede ser abordado a partir de varios enfoques teóricos, y que sus explicaciones lejos de contradecirse se complementan.

El avance de la ciencia no debe prescindir de ella.

1. CONCLUSIONES

1. Las personas damnificadas pertenecientes a los albergues "Eduardo Molina", "Zacatecas" y "Guanaajuato" presentaron síntomas de repetición del evento traumático (sismo), alteraciones en la capacidad de respuesta, aumento de la activación, todos ellos considerados característicos del trastorno por estrés posttraumático (DSM-III-R, 1988).
2. Debido a que estos síntomas se desarrollaron a partir de la ocurrencia de los sismos de septiembre de 1985, y de la magnitud e intensidad alcanzados por los mismos, estos eventos se consideran agentes estresantes universales. La comparación entre los damnificados de 1985, el grupo que vivió un segundo sismo en 1989 y el grupo sin la experiencia de un sismo durante un lapso de tres años sustenta también este punto, ya que se encontró mayor sintomatología desarrollada por los grupos de 1985 y 1989 que por el grupo de 1988.
3. La diversidad en la sintomatología y en las conductas de enfrentamiento presentada por el grupo de damnificados pone de manifiesto las diferencias individuales en las reacciones ante el desastre.
4. Es necesaria una mayor investigación esta área en México para plantearse programas preventivos.
5. El fenómeno de los desastres debe ser analizado tanto a nivel individual como a nivel social; a través de diversos enfoques que permitan una mayor comprensión y enriquezcan la base de conocimientos acerca de tales eventos.

2. APORTACIONES

De la presente investigación se derivan las aportaciones siguientes:

1. Dar a conocer la escala SCL-90-R (Symptom Checklist - 90 - Revised) y obtener el poder discriminativo de cada reactivo y su índice de confiabilidad.
2. La elaboración del cuestionario que sirve de base, como formato, para la recopilación de datos en casos similares.
3. Identificar las principales reacciones y experiencias que se presentaron a raíz de los sismos de 1985, en un grupo de damnificados, personas particularmente afectadas por el desastre.
4. Contribuir con un conjunto de fundamentos para la elaboración de futuros programas tanto de prevención como de intervención en crisis, con la finalidad de preservar la salud integral de aquellos involucrados en un desastre.
5. Servir de base para futuros estudios comparativos en el campo de los desastres, particularmente en nuestro país.

3. LIMITACIONES

1. El número de casos de la muestra fue limitado lo que impidió hacer comparaciones y generalizaciones entre albergues.
2. El contar sólo con el índice de discriminación por reactivo y la confiabilidad de la escala SCL-90-R.
3. La falta de información antecedente sobre desastres de esta naturaleza (sismos) y las reacciones psicológicas a éstos, particularmente en población mexicana.
4. La falta de indicadores específicos para la identificación y registro de síntomas en el cuestionario.
5. La dificultad en la comprensión de algunos términos utilizados en la escala SCL-90-R.
6. La imposibilidad de llevar a cabo un seguimiento con los damnificados debido a la información poco verídica sobre su reubicación domiciliaria posterior.
7. Dado que el sismo es un desastre natural impredecible, una de las características del estudio consistió en ser de tipo retrospectivo (Expost-Facto) lo que impidió la evaluación integral y más amplia del desastre.

4. SUGERENCIAS DE INVESTIGACION

1. Validar y adaptar el SCL-90-R en población mexicana.
2. Llevar a cabo un seguimiento de las personas damnificadas para conocer la prevalencia y/o remisión de los trastornos posteriores al sismo de 1985.
3. Conocer las diferencias entre el tipo de reacciones que presentan diferentes grupos (víctimas, damnificados, personal de rescate), en diferentes zonas afectadas.
4. Conocer la incidencia de otras variables en el desarrollo de trastornos post-desastre, como por ejemplo, el apoyo social proporcionado por la comunidad.
5. Evaluación de la forma en que los habitantes de la Ciudad de México perciben el peligro de la futura ocurrencia de un sismo y las medidas preventivas para enfrentarlo.
6. Investigar sobre los aspectos psicosociales consecuentes a un sismo, por ejemplo, cambios en las pautas de interacción familiar.
7. Evaluar los programas existentes de prevención e intervención en crisis.
8. Contemplar aspectos psicosociales de organización e impacto antes, durante y posteriores a la ocurrencia de un sismo.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

- Albrecht, T.L. y Adelman, M.B. (1984). Social support and life stress. New directions for communication research. Human Communication Research, 11 (1), 3-32
- Alonso-Fernández, F. (1979). Enciclopedia de la psicología y pedagogía. Madrid: Sedmay.
- American Psychiatric Association. (1988). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 1984-III-Revisado. México: El Manual Moderno.
- Berley, H. (1974). Angustia y trastornos neuróticos. Barcelona: Herder.
- Barton, A.H. (1969). Communities in disaster. A sociological analysis of collective stress situations. Nueva York: Doubleday.
- Baum, A. (1988, abril). Disasters, natural and otherwise. Psychology Today, 22 (4), 57-60
- Bellier, D., Edelberg, A. y Quiroga, A. (1982). Una experiencia interdisciplinaria de trabajo en comunidad ante una situación de emergencia social (guerra de Malvinas). Temas de Psicología Social, 111-133
- Bolt, B.A. (1986). Terremotos (2a. ed.). Barcelona: Orbis.
- Bowlby, J. (1983). La pérdida afectiva. Buenos Aires: Paidós.
- Brown, F.G. (1980). Principios de la medición en psicología y educación. México: El Manual Moderno.
- Buckner, E. (1984). Stress: the internal crises. International Journal for Advancement of Counseling, 2, 111-124
- Canocho, E.D. y Hernández, S.R. (1987). Depresión en una muestra de alto riesgo. Revisión de la escala para la automedición de la depresión (EAMD). Tesis inédita de licenciatura. Fac. Psicología. UNAM: México.

- Campbell, D. y Stanley, J. (1963). Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cameron, M. (1982). Desarrollo y psicopatología de la personalidad. México: Trillas.
- Comas-Forgas, R. et al (1987). Psicología para casos de desastre. México: Psa-México.
- Caso, M.A. (1984). Fundamentos de psiquiatría (3a. ed.). México: Limusa.
- Echén, J. (1980). Structural consequences of psychic trauma: a new look at "beyond the pleasure principle". International Journal of Psycho-Analysis, 61, 421-432
- Cohen, R.E. (1985, febrero). Reacciones individuales ante desastres naturales. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 98 (2), 171-180
- Corro, J. (1985, noviembre). El movimiento imprevisible. Información Científica y Tecnológica, 7 (110), 16-22
- Cruz-Loeb, R. (1985). Duelo y melancolía en situaciones de crisis. Tesis inédita de Licenciatura. Fac. Psicología. UNAM: México.
- Cuevas, J. (1985). Explicación psicológica de la zona de desastre. Desorganización social previa al sismo. Apuntes.
- Darison, G. y Neale, J. (1983). Psicología de la conducta anormal: enfoque clínico experimental. México: Limusa.
- Derogatis, L.R. y Clesary, P. (1977). Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL-90. British Journal of Sociological and Clinical Psychology, 16, 347-356
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S. y Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. Psychopharmacology Bulletin, 9, 13-27
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H. y Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self report symptom inventory. Behavioral Science, 19, 1-15

- Ehrlich, G.E. (1985). La muerte, tragedia de la vida. Información Científica y Tecnológica, 7 (110), 43-48
- Elerza, H. (1987). Estadística para ciencias del comportamiento. México: Harla.
- Enciclopedia de la Psicología Oséas. (1985). Barcelona: Oséas.
- Evans, R.M. (1978, septiembre). Life change and illness: illness behavior of males in the recovery period of a natural disaster. Journal of Health and Social Behavior, 19, 326-342
- Ey, H., Bernard, P. y Brissot, C. (1978). Tratado de psiquiatría (8a. ed.). Barcelona: Toray-Masson.
- Eysenck, H.J. (1983). Manual de psicología anormal. México: El Manual Moderno.
- Fanichiel, D. (1968). Teoría psicoanalítica de las neurosis. Argentina: Paidós.
- Fish, F. (1972). Psicopatología clínica. Signos, síntomas en psiquiatría. México: Alaph.
- Frederick, C.J. (1980). Effects of natural vs. human-induced violence upon its victims. Evaluation and change, 71
- Freud, S. (1976). Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Friesema, et al (1977). Long-range social impacts. En Friesema, et al. Aftermath. Communities after natural disasters (pp. 87-116). California: International Sociological Association.
- Furman, E. (1980). On trauma: when is the death of a parent traumatic? Manuscrito. Cleveland Center for Research in Child Development, The Hanna Perkins Therapeutic Nursery School and Kindergarten, and the Dept. of Psychiatry, Case Western Reserve School of Medicine.
- García, R.E. (1988, diciembre). Plan de emergencia contra desastres naturales. Información Científica y Tecnológica, 8 (120), 41-42
- Garmezy, N. (1981). Children under stress: perspective on antecedents and correlates of vulnerability and resistance to psychopathology. En Rubin, A. et al. Explications in personality (pp. 196-269). Nueva York: Wiley.

- Hartsoogh, D.M. (1982, julio). Planning for disaster: a new community outreach program for mental health centers. Journal of Community Psychology, 10, 255-264
- Henderson, S. y Bostock, T. (1977). Coping behaviour after shipwreck. British Journal of Psychiatry, 133, 15-20
- Herrera, M. (1986, diciembre). Lo que no es posible olvidar. Información Científica y Tecnológica, 8 (129), 52-54
- Hendricks, R. (1974, diciembre). Stress response syndromes. Character style and dynamic psychotherapy. Archives of General Psychiatry, 31, 789-791
- Jackson, E.L. (1981, julio). Response to earthquake hazard. The west coast of North America. Environment and Behavior, 13 (4), 387-416
- Jannay, J., Masuda, R. y Holmes, T. (1977, junio). Impact of a natural catastrophe on life events. Journal of Human Stress, 22-34
- Kerlinger, F. (1981). Enfoque conceptual en la investigación del comportamiento. México: Interamericana.
- Kolb, L.C. (1977). Psiquiatría clínica moderna. México: Científica La Prensa Médica Mexicana.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). Intrín y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez-Roca.
- Levi, L. (Ed.) (1971). Society, stress and diseases: the psychosomatic environment and psychosomatic diseases. Londres: Buford University Press.
- Levin, J. (1979). Fundamentos de estadística en la investigación social (2a. ed.). México: Harla.
- Leyva, J.A. (1985, noviembre). Predecir es mucho decir. Causas efectos y suposiciones de los símos. Información Científica y Tecnológica, 7 (110), 15-18
- Lima, en el (1989). La atención primaria en salud mental en las víctimas del desastre de Armenia, Colombia. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 36, 13-22

- Maldonado, S. y O'Brien, K.F. (1987, mayo). Acute posttraumatic stress disorder in victims of a natural disaster. Journal of Nervous and Mental Disease, 175 (5), 288-292.
- Meyer, A. (1970). Principios de la psicopatología. México: McGraw-Hill.
- Masters, W.S., Johnson, V.E. y Kolondy, R.E. (1987). La sexualidad humana (4a. ed., vol. 1). Barcelona: Bruguas.
- May, R. et al (1968). La angustia normal y patológica. Buenos Aires: Paidós.
- McCaughy, S.L. (1989, septiembre). On coast guard collision at sea. Journal of Human Stress, 11 (3), 42-46.
- McFarlane, A.C. (1984, diciembre). Life events, disasters and psychological distress. Mental health in Australia, 1 (13), 4-6.
- McGrath, J.E. (1970). Social and psychological factors in stress. Illinois: Holt, Rinehart and Straton.
- Rescovich, S. (1986). Psicología social. Buenos Aires: Paidós.
- Murphy, S.A. (1974). Coping, vulnerability, and resilience in childhood. En DeGelo et al (Eds.), Coping and adaptation (pp. 69-100). Nueva York: Basic.
- Murphy, S.A. (1984). Perceptions of stress, coping, and recovery one and three years after a natural disaster. Issues in Mental Health Nursing, 5 (2), 69-77.
- Murphy, S.A. (1984). Stress levels and health status of victims of a natural disaster. Research in Nursing and Health, 7, 205-215.
- Nyager, V. (1971). Psychosocial stressors and psychosomatic responses. In Levi, L. (Ed.). Society, stress and disease: the psychosomatic environment and psychosomatic diseases (pp. 254-267). Oxford: Oxford University Press.
- Oliverio, D. y Hoffmann, R. (1987). Assessment of psychological reactions in disaster victims. Journal of Community Psychology, 15, 157-167.
- Organización de Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (1985). Daños causados por el movimiento telúrico en México y sus repercusiones sobre la economía del país. México.

Organización de Naciones Unidas. Consejo Económico Social. (1986). Daños causados por el movimiento telúrico en México y sus repercusiones sobre la economía del país. México.

Drlonkaja, G. (1971). Stress and psychiatry reactions- a review of contemporary social research. In Levi, I. (Ed.). Society, stress and disease: the psychosomatic environment and psychosomatic diseases (pp. 247-253). Londres: Oxford University Press.

Ducós-Alvarado, A. (1985, diciembre). Psicología del desastre y teoría de la crisis. Información Científica y Tecnológica, 2 (111), 5-8

Page, J.D. (1982). Manual de psicopatología. Barcelona: Paidós.

Palacios, A. et al (1985). The traumatic effect of mass communication in Mexico City earthquakes: crisis intervention and preventive measures. International Review of Psycho-Analysis, 13 (3), 279-293

Pick, S. (1981). Cómo investigar en ciencias sociales. México: Trilían.

Pines, M. (1979, enero). Supervida. Psychology Today, 53-63

Powell, B. y Pentec, E. (1983, julio). Psychological distress following a natural disaster: a one-year follow-up of 88 flood victims. Journal of Community Psychology, 11, 269-276

Rabkin, J. y Struening, E. (1976, diciembre). Life events, stress and illness. Science, 195, 1012-1020

Rodríguez, M.F. (1987). La experiencia psicosocial de niños en el contexto de la Representación Social de la crisis. Tesis inédita de Licenciatura. Fac. Psicología. UNAM: México.

Russell, D. (1978). International relations in communities under stress. En Quarantelli, E.L. (Ed.). Disasters: theory and research (pp.49-64). California: International Sociological Association.

Sarnason, J. y Spielberger, D. (1975). Stress and anxiety. Washington: Hemisphere.

Schur, M. (1953). The ego in anxiety. En Lowenstein, E. Drives, affects, behaviour (pp. 115-120). Nueva York: Internat. Univ. Press.

- Selye, H. (1973). The evolution of the stress concept- stress and cardiovascular disease. En Levi, L. (Ed.). Society, stress and disease: the psychosomatic environment and psychosomatic diseases (pp. 296-310). Londres: Oxford University Press.
- Selye, H. (1976). Stress in health and disease. Boston: Butterworths.
- Shippes, G., Bradford, R. y Gregory, L. (1982). Community perceptions of natural disasters and post-disaster mental health service. Journal of Community Psychology, 10, 23-28
- Shuttle, R., DeGood, D. y Schwartz, D. (1986). Psychological dimensions of distress in chronic pain patients: a factor analytic study of symptom checklist-90 responses. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54 (6), 636-642
- Siegel, S. (1979). Estadística no paramétrica. México: Trillas.
- Sierles, F., Chen, J., McFarland, R. y Taylor, M.A. (1983, septiembre). Posttraumatic stress disorder and concurrent psychiatry illness: a preliminary report. American Journal of Psychiatry, 140 (9), 1177-1179
- Taylor, A.J. y Fraser, D.C. (1982, diciembre). The stress of post-disaster body handling and victim identification work. Journal of Human Stress, 4-12
- Tazieff, M. (1986). Cuando la tierra tiembla (2a. ed.). México: Siglo XXI.
- Tejada, A. (1985, noviembre). ¿Cómo medir un sismo? Magnitud, intensidad y aceleración. Información Científica y Tecnológica, 7 (116), 25-28
- Tonda, J. (1985, noviembre). Las características del temblor. Información Científica y Tecnológica, 7 (116), 7-14
- Tonda, J. (1986, diciembre). México: zona de alta sismicidad. Información Científica y Tecnológica, 8 (123), 13-16
- Valdés, M. y De Flores, T. (1985). Psicobiología del estrés. Barcelona: Martínez-Roca.

- Valencia, M. (1985, noviembre). Reacciones psicológicas ante un desastre. Información Científica y Tecnológica, 2 (110), 50-52
- Viney, L.L. y Clarke, A.M. (1974). Children coping with crises: an analogue study. British Journal of Sociological and Clinical Psychology, 13, 305-313
- Weiss, D.S., Harwitz, M.J. y Wolner, N. (1984). The stress response rating scale: a clinician's measure for rating the response to serious life-events. British Journal of Clinical Psychology, 23, 212-215
- Wigman, A. y Timberlake, L. (1984). Earthquakes. Natural disasters: acts of God or acts of man? Psychology Today, 21-26
- Wilkinson, C. (1983, septiembre). Aftermath of a disaster: the collapse the Hyatt Regency Hotel signals. American Journal of Psychiatry, 140 (9), 1134-1138

A P E N D I C E S

**CUESTIONARIO SOBRE EL ESTRÉS COMO EFECTO PSICOLÓGICO
DEL TERREMOTO DEL 19 DE SEPTIEMBRE DE 1985**

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE _____

EDAD _____ **SEXO** _____ **ESTADO CIVIL** _____

OCCUPACION _____ **ESCLARIDAD** _____

RELIGION _____

DOMICILIO PARTICULAR _____

DOMICILIO DEL ALBERGUE _____

DOMICILIO TENTATIVO _____

DOMICILIO DEL LUGAR DE TRABAJO Y TELEFONO _____

NOMBRE DE DOS PERSONAS CERCANAS (FAMILIAR O AMIGO)

NOMBRE _____ **NOMBRE** _____

DIRECCION _____ **DIRECCION** _____

TELEFONO _____ **TELEFONO** _____

LUGAR DE APLICACION _____

FECHA DE APLICACION _____

NOMBRE DEL APLICADOR _____

DATOS FAMILIARES

MIEMBROS QUE HABITABAN LA MISMA CASA EL DIA DEL TEMBLOR (19 DE SEPTIEMBRE DE 1985).

NOMBRE	EDAD	SEXO	OCCUPACION	GRADO DE PARENTESCO	COOPERA AL GASTO FAMILIAR
--------	------	------	------------	---------------------	---------------------------

La casa en la que habitaba es: propia _____ rentada _____
 Número de habitantes de la misma casa _____
 Tiempo de vivir en la ciudad _____
 Trabajo actual _____

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

Lugar donde se encontraba el día del temblor:

Casa _____ Calle _____ Trabajo o escuela _____

Se encontraba con _____

¿qué pensó en ese momento? _____

¿qué sintió en ese momento? _____

SÍNTOMAS FÍSICOS

Dolor de cabeza _____

Náuseas _____

Dolor de estómago _____

Sudoración _____

Temblor _____

Mareo _____

Incontinencia
de esfínteres _____

Tensión _____

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

Confusión _____

Ansiedad/angustia _____

Miedo _____

Pánico _____

Hiperactividad _____

Hipoactividad _____

Parálisis _____

Pérdida de la memoria _____
 Culpeabilidad _____
 Negación del evento _____
 Estado de shock _____
 Insomnio _____
 Sueños angustiosos _____
 Necesidad de estar solo _____
 Pensamientos desagradables _____

¿Había sentido otros temblores? _____

¿A qué atribuye el terremoto? _____

¿Cuál fue su primera reacción? _____

¿Cuáles fueron sus reacciones subsiguientes? _____

¿Sufrió daños en su persona? _____

En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____

¿Hubo pérdida de familiares o seres queridos y/o amigos? _____

¿Sufrió pérdidas materiales? _____

En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____

En caso de pérdida o evacuación de su casa, ¿a dónde se dirigió? _____

¿De quién recibió ayuda? _____

Familiares _____ amigos _____ vecinos _____

instituciones gubernamentales _____ instituciones privadas _____

¿Piensa usted que el gobierno actuó adecuadamente en este caso del temblor? _____

¿Tiene esperanzas de que el gobierno o la comunidad de México se organice mejor para casos similares? _____

¿Cómo ve usted el futuro de nuestro país? _____

¿Dónde piensa que tiene más responsabilidad en la situación actual en México? _____

CONSECUENCIAS MEDIATAS

¿Hubo alteraciones en su salud física? _____

¿Hubo alteraciones en su estado emocional? _____

En caso afirmativo, indique qué síntomas:

Agresividad _____

Depresión _____

Mal carácter _____

Melancolía _____

Alteraciones sexuales _____

Falta de atención _____

Intentos suicidas _____

Ideas suicidas _____

Pensamientos desagradables _____

Insomnio _____

Anorexia _____

Bulimia _____

Defectos en la memoria _____

Culpeabilidad _____

Sueños angustiosos _____

Astenia _____

Ideas paranoicas _____

Dismenorrea _____

¿Ha tenido conflictos en sus relaciones interpersonales?

Con familiares _____ con amistades _____ con compañeros _____

¿Qué efecto tuvo en su personalidad el sismo? _____

¿Cómo se ha sentido? Mejor _____ igual _____ peor _____

¿Ha tenido sueños? _____

En caso afirmativo, relate su sueño más importante después del sismo _____

ESCALA SOL-90-R

NOMBRE _____ EDAD _____
 SEXO _____ ESTADO CIVIL _____ FECHA _____
 NOMBRE DEL APLICADOR _____

INSTRUCCIONES

A continuación hay una lista de problemas y quejas que las personas tienen a veces. Lea cada una cuidadosamente y seleccione, de acuerdo a la escala que se indica, qué tanto MALESTAR HA TENIDO DURANTE LOS ÚLTIMOS _____ MESES INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Escriba claramente el número de su respuesta en la línea de la derecha; no deje ninguna pregunta sin contestar. Si cambia de opinión borre la primera contestación completamente.

LEA EL EJEMPLO ANTES DE EMPEZAR

GRADO DE MOLESTIA
 DEBIDO A
 DOLOR DE CUERPO 4

GRADO DE MOLESTIA:
 0 NINGUNA
 1 UN POCO
 2 MODERADAMENTE
 3 BASTANTE
 4 EXTREMA

1. DOLOR DE CABEZA
2. NERVIOSISMO O TEMBLOR INTERNO
3. PENSAMIENTOS DESAGRADABLES QUE NO LO DEJAN
4. DESPALLECIMIENTO O VERTIGO
5. PÉRDIDA DE INTERÉS O PLACER SEXUAL
6. CRITICAN CON LAS PERSONAS
7. IDEA DE QUE ALGUIEN LE ESTA CONTROLANDO SUS PENSAMIENTOS
8. SIENTE QUE OTROS TIENEN LA CULPA DE CASI TODOS SUS PROBLEMAS ..
9. DIFICULTAD PARA RECORDAR COSAS
10. PREOCUPADO POR DESCUIDOS O POR DERRAMAR COSAS
11. SE SIENTE MOLESTO O IRRITADO
12. DOLORS EN EL PECHO O EN EL CORAZÓN
13. MIEDO A LOS ESPACIOS ABIERTOS O AL ESTAR EN LA CALLE
14. SE SIENTE SIN ENERGÍA O CON LENTITUD
15. PENSAMIENTOS DE TERMINACION DE SU VIDA
16. ESCUCHA VOCES QUE OTROS NO OYEN
17. ESTREMECIMIENTOS
18. SIENTE QUE NO PUEDE CONFÍAR EN LA MAYORÍA DE LA GENTE
19. MAL APETITO
20. ACCESOS DE LLANTO
21. TIMIDEZ O INCOMODIDAD ANTE EL SEXO OPUESTO
22. SIENTE QUE PUEDE SER ATRAPADO
23. MIEDOS REPENTINOS SIN CAUSA APARENTE
24. EXPLOSIONES TEMPERAMENTALES QUE NO PUEDE CONTROLAR
25. MIEDO DE SALIR SOLO DE SU CASA
26. SE SIENTE CULPABLE POR COSAS
27. DOLOR EN LA PARTE BAJA DE LA ESPALDA
28. SENSACION DE BLOQUEO PARA HACER LAS COSAS
29. SENTIMIENTOS DE SOLEDAD
30. SENTIMIENTOS DE TRISTEZA
31. ESTA DEMASIADO PREOCUPADO POR COSAS DIVERSAS
32. POCO INTERÉS EN LAS COSAS
33. SE SIENTE MIEDOSO

34. SE OFENDE FACILMENTE
35. SIENTE QUE OTRAS PERSONAS LE LEEN LA MENTE
36. SIENTE QUE NO LO COMPRENDEN O NO LE TIENEN SIMPATIA
37. SIENTE QUE LA GENTE ES POCO AMIGABLE O QUE NO LES CAE BIEN
38. TIENE QUE HACER LAS COSAS LENTAMENTE PARA ASEGURARSE DE QUE ESTAN BIEN HECHAS
39. PALPITACIONES
40. NAUSEAS O ESTOMAGO REVUELTO
41. SE SIENTE INFERIOR A OTROS
42. DOLORS MUSCULARES
43. SIENTE QUE LO VIGILAN O QUE HABLAN DE USTED
44. DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO
45. TIENE QUE CHECAR O RECHECKAR LAS COSAS QUE HACE O REALIZA
46. DIFICULTAD PARA TOMAR DECISIONES
47. MIEDO A VIAJAR EN TRENES, AUTOBUSES O METRO
48. SIENTE QUE SE LE VA LA RESPIRACION
49. BOCHORNOS O ESCALOFRIOS
50. TENER QUE EVITAR ALGUNOS LUGARES, ACTIVIDADES O COSAS DEBIDO A QUE LE PROVOCAN TEMOR
51. SE LE BLOQUEA LA MENTE
52. ESTREMECIMIENTOS U HORMIGUEO EN PARTES DE SU CUERPO
53. SIENTE QUE ALGO SE LE ATORA
54. DESESPERANZA ANTE EL FUTURO
55. PROBLEMA PARA CONCENTRARSE
56. DEBILIDAD EN PARTES DE SU CUERPO
57. SE SIENTE TENSO O ACCLERADO
58. SENSACION DE PESADEZ EN LAS PIERNAS O BRAZOS
59. IDEAS DE MUERTE O DE QUE SE VA A MORIR
60. HA ESTADO COMIENDO DE MAS
61. INCONFORMIDAD CUANDO ALGUIEN LO ESTA MIRANDO O HABLANDO DE USTED
62. PENSAMIENTOS QUE NO RECONOCE COMO PROPIOS
63. IMPULSO DE GOLPEAR, DAÑAR O HERIR A ALGUIEN
64. SE DESPIERTA MUY TEMPRANO POR LAS MAÑANAS
65. ACCIONES REPETITIVAS TALES COMO TOCAR, CONTAR O LAVAR
66. SUEÑO INTRANQUILO

67. IMPULSO DE ROMPER O ESTRELLAR COSAS
68. TIENE IDEAS O CREENCIAS QUE OTRAS PERSONAS NO COMPARTEN
69. SE SIENTE INCOMODO CON OTROS
70. SE SIENTE INCOMODO EN MULTITUDES TALES COMO EN CENTROS
COMERCIALES O EN EL CINE
71. SENSACION DE QUE TODO ES UN GRAN ESFUERZO
72. ACCESOS DE TERROR O PANICO
73. SE SIENTE INCOMODO AL COMER O BEBER EN PUBLICO
74. SE METE FRECUENTEMENTE EN DISCUSIONES
75. SE SIENTE HORRIDO AL QUEDARSE SOLO
76. SIENTE QUE NO LE RECONOCEN SUS LOGROS
77. SE SIENTE SOLO AUN EN COMPAÑIA DE OTROS
78. SE SIENTE TAN INTRANQUILO QUE NO PUEDE ESTAR QUIETO
79. SIENTE QUE NO VALE NADA COMO PERSONA
80. SENSACION DE QUE ALGO MALO LE VA A PASAR
81. GRITAR O TIRAR COSAS
82. MIEDO A DESMAYARSE EN PUBLICO
83. SIENTE QUE LA GENTE SE APROVECHA DE USTED SI SE DEJA
84. PENSAMIENTOS SEXUALES QUE LE MOLESTAN MUCHO
85. IDEA DE QUE MERECE QUE LO CASTIGUEN POR SUS PECADOS
86. PENSAMIENTOS O IMAGENES ATERRORIZANTES
87. IDEA DE QUE ALGO MALO ESTA PAGANDO EN SU CUERPO
88. NO SENTIRSE CERCAÑO A NINGUNA OTRA PERSONA
89. SENTIMIENTOS DE CULPA
90. IDEA DE QUE SU MENTE ESTA MAL

COMPOSICION FACTORIAL DEL SOL-90-R

SOMATIZACION

- 1. Dolor de cabeza.
- 4. Desfallecimientos o vértigo.
- 12. Dolores en el pecho o en el corazón.
- 27. Dolor en la parte baja de la espalda.
- 40. Náuseas o estómago revuelto.
- 42. Dolores musculares.
- 48. Siente que se le va la respiración.
- 49. Bochornos o escalofríos.
- 52. Entumecimientos u hormigueos en partes de su cuerpo.
- 53. Siente que algo se le atora.
- 56. Debilidad en partes de su cuerpo.
- 58. Sensación de pesadez en las piernas o brazos.

OBSESIVO-COMPULSIVO

- 3. Pensamientos desagradables que no lo dejan.
- 9. Dificultad para recordar cosas.
- 10. Preocupado por descuidos o por derramar cosas.
- 28. Sensación de bloqueo para hacer las cosas.
- 38. Tiene que hacer las cosas lentamente para asegurarse de que están bien hechas.
- 45. Tiene que chequear o rechequear las cosas que hace o realiza.
- 46. Dificultad para tomar decisiones.
- 51. Se le bloquea la mente.
- 55. Problema para concentrarse.
- 65. Acciones repetitivas tales como tocar, contar o lavar.

SENSIBILIDAD INTERPERSONAL

- 6. Crítica con las personas.
- 21. Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto.
- 34. Se ofende fácilmente.
- 36. Siente que no lo comprenden o no le tienen simpatía.
- 37. Siente que la gente es poco amigable o que no les cae bien.
- 41. Se siente inferior a otros.
- 61. Inconformidad cuando alguien lo está mirando o hablando de usted.
- 69. Se siente incómodo con otros.
- 73. Se siente incómodo al comer o beber en público.

DEPRESIÓN

- 5. Pérdida de interés o placer sexual.
- 14. Se siente sin energía o con lentitud.
- 15. Pensamientos de terminación de su vida.
- 20. Accesos de llanto.
- 22. Siente que puede ser atrapado.
- 26. Se siente culpable por cosas.
- 29. Sentimientos de soledad.
- 30. Sentimientos de tristeza.
- 31. Está demasiado preocupado por cosas diversas.
- 32. Poco interés en las cosas.
- 54. Desesperanza ante el futuro.
- 71. Sensación de que todo es un gran esfuerzo.
- 79. Siente que no vale nada como persona.

ANSIEDAD

- 2. Nerviosismo o temblor interno.
- 17. Estremecimientos.
- 23. Miedos repentinos sin causa aparente.
- 33. Se siente miedoso.
- 39. Palpitaciones.

- 57. Se siente tenso o acelerado.
- 72. Accesos de terror o pánico.
- 78. Se siente tan intranquilo que no puede estar quieto.
- 80. Sensación de que algo malo le va a pasar.
- 86. Pensamientos o imágenes aterradoras.

HOSTILIDAD

- 11. Se siente molesto o irritado.
- 24. Explosiones temperamentales que no puede controlar.
- 63. Impulso de golpear, dañar o herir a alguien.
- 67. Impulso de romper o estrellar cosas.
- 74. Se mete frecuentemente en discusiones.
- 81. Gritar o tirar cosas.

FOBIA

- 13. Miedo a los espacios abiertos o al estar en la calle.
- 25. Miedo de salir solo de su casa.
- 47. Miedo a viajar en trenes, autobuses o metro.
- 50. Tener que evitar algunos lugares, actividades o cosas debido a que le provocan temor.
- 70. Se siente incómodo en multitudes tales como en centros comerciales o en el cine.
- 76. Se siente nervioso al quedarse solo.
- 82. Miedo a desmayarse en público.

IDEACION PARANOIDE

- 8. Siente que otros tienen la culpa de casi todos sus problemas.
- 18. Siente que no puede confiar en la mayoría de la gente.
- 40. Siente que lo vigilan o que hablan de usted.
- 60. Tiene ideas o creencias que otras personas no comparten.

- 76. Siente que no le reconocen sus logros.
- 83. Siente que la gente se aprovecha de usted si se deja.

SINTOMAS PSICOTICOS

- 7. Idea de que alguien le está controlando sus pensamientos.
- 16. Escucha voces que otros no oyen.
- 35. Siente que otras personas le leen la mente.
- 82. Pensamientos que no reconoce como propios.
- 77. Se siente solo aún en compañía de otros.
- 84. Pensamientos sexuales que le molestan mucho.
- 85. Idea de que merece que lo castiguen por sus pecados.
- 87. Idea de que algo malo está pasando en su cuerpo.
- 88. No sentirse cercano a ninguna otra persona.
- 90. Idea de que su mente está mal.

SÍNTOMAS ADICIONALES

- 19. Mal apetito.
- 44. Dificultad para conciliar el sueño.
- 59. Ideas de muerte o de que se va a morir.
- 60. Ha estado comiendo de más.
- 64. Se despierta muy temprano por las mañanas.
- 66. Sueño intranquilo.
- 88. Sentimientos de culpa.