



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA

MODELO DE INTERVENCION EN CRISIS:
EL HURACAN ISIDORE

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

LISA WARN CRUZ

DIRECTORA: M.C. MA. ISABEL HARO RENNER



MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2004



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

A Roxana, por haberme iniciado en esto.

A mi familia, por su apoyo durante estos formativos años de estudio.

Índice

Contenido	Página
Introducción	5
Antecedentes	5
Antecedentes de la Atención Breve y de Emergencia	7
Aproximación Histórica del inicio de la Terapia Breve y de Urgencia para el Trastorno de Estrés Postraumático	7
Nuevas direcciones	12
Acercamiento histórico en México de la utilización de modelos de intervención psicológica	16
Influencias Teóricas para el estudio de la intervención en crisis psicológica	17
Enfoque de la intervención desde el punto de vista de la prevención	18
Capítulo 1	
La naturaleza del desastre	19
Para definir al desastre, es necesario definir fenómeno natural	19
¿Qué es un Fenómeno Natural?	19
¿Qué es y Cómo se Produce un Desastre Natural?	20
¿Cuándo es peligroso un fenómeno natural?	20
¿A qué se Denomina una Situación Vulnerable?	21
¿Cómo prevenir los desastres?	23
¿Qué es un desastre?	24
Fases del Desastre	29
Secuencia cíclica de los desastres	29
Antes del desastre	30
Durante el desastre	30
Después del desastre	31
Interrelación de las etapas	31
Capítulo 2	
Desastre y crisis	33
Los desastres	34
Crisis	37
Definiciones de los componentes de la teoría de la Crisis	38
Consecuencias cognitivas de los cambios en el ambiente	39

Desorganización y desequilibrio	41
Vulnerabilidad y reducción de defensas	41
Trastorno en el enfrentamiento	42
Límites de tiempo	43
Resolución de la crisis	45
Personas como sistemas	47
Entorno de la crisis	49
Las funciones de los sistemas	50
Estados de estabilidad	50
Equifinalidad	50
Secuencia de reacciones ante el desastre	51
Capítulo 3	
Trastornos de angustia	53
Miedo y ansiedad	57
Criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno de estrés agudo	62
Capítulo 4	
Diferencias individuales, de grupo y estilos de enfrentamiento	67
Evaluación cognitiva	67
Factores personales que afectan la evaluación cognitiva	71
Evaluación de la amenaza	70
Evaluación primaria	71
Evaluación secundaria	72
Control	73
Compromiso	74
Creencias	74
Enfrentamiento	76
Relación del enfrentamiento con la ocurrencia del desastre	81
Capítulo 5	
Psiquiatría comunitaria	83
Tipos de estudios	84
Fiabilidad y validez diagnóstica	84

Bioestadística	85
Consideraciones generales sobre la estadística	86
Fundamentos de los centros comunitarios de salud mental	86
Compromiso	86
Servicios	87
La atención a largo plazo	87
Control del caso	88
Participación Comunitaria	88
Consulta	88
Evaluación e investigación	88
La prevención	89
Prevencción primaria	89
Prevencción secundaria	90
Prevencción terciaria	90
Desinstitucionalización	90
Acercamiento a los conceptos para definir un modelo de atención comunitaria	90
Capítulo 6	
Modelos de terapia breve y de emergencia	93
Influencias teóricas para el estudio de la intervención en crisis psicológica	93
Enfoque de la Intervención desde el punto de vista de la Prevención	93
Historia Clínica	94
Evaluación diagnóstica	96
Elementos para establecer el apoyo a través de la terapia grupal	97
Guía de evaluación	100
Evaluación de las condiciones sociales	100
Relajación	101
Capítulo 7	
Recopilación de información para entender el desastre ocurrido en Yucatán	105
Resumen	126
Capítulo 8	
Reporte de la atención brindada en la comunidad de Sahcabá	127
Introducción	127

Antecedentes	129
Condiciones geográficas y sociodemográficas de Sahcabá	129
Condiciones desencadenantes del desastre en Sahcabá	129
Reporte de lo sucedido en Sahcabá durante la tormenta	130
Reporte del trabajo realizado	131
Antecedentes	131
Diagnóstico	132
Método	132
Reporte de la sesión	134
Resultados	141
Discusión	144
Conclusiones	145
Bibliografía	149

Introducción

En el presente trabajo se reportan los antecedentes y resultados de la atención psicológica que se dio en la comunidad de Sahcabá, en Yucatán, por la Brigada de Intervención en Crisis Psicológica a Víctimas de Desastres Naturales y Violencia Urbana después que el huracán Isidore causara estragos en la zona. Este trabajo se realizó entre el 4 y el 10 de Noviembre de 2003.

Antecedentes

El 29 de septiembre entró en las costas del sureste mexicano el huracán Isidore ocasionando grandes pérdidas a los estados de Yucatán y Campeche. Por este motivo, el Gobierno del Estado de Yucatán solicitó a la Universidad Autónoma de Yucatán ayuda para atender a los pobladores afectados a través de las diferentes escuelas con las que cuenta. Con este fin, se organizaron brigadas multidisciplinarias para atender a las poblaciones afectadas durante y después del desastre.

Entre las facultades llamadas a prestar la atención estaba la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán. La magnitud del desastre sobrepasaba su capacidad de atención, por la falta de experiencia en el tema y de planeación en prevención. Así, solicitó el apoyo a Protección Civil de la Universidad Nacional Autónoma de México, quien, a su vez, solicitó la intervención de la Facultad de Psicología de la propia Universidad Nacional Autónoma de México para la atención psicológica y la capacitación en atención a víctimas de desastres.

La atención psicológica era una prioridad en la atención a las víctimas, debido a que sin ella es muy difícil iniciar las actividades de reconstrucción, que semanas después deberían llevar a cabo los pobladores de este lugar. Asimismo debe considerarse que después de un evento traumático, mucha gente sufre de Trastorno de Estrés Agudo y Trastorno de Estrés Postraumático (TEA y TEPT), ambos considerados por el "Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales" como trastornos de ansiedad. Si estos trastornos no se atienden a tiempo dejan secuelas en la población que pueden dañar el desempeño laboral, académico, social y familiar de quienes los sufren.

Este tipo de atención mejora las condiciones afectivas de los pobladores, así como su situación emotiva, lo que les permitirá trabajar e iniciar la reconstrucción. Además, sirve como prevención secundaria para las secuelas del Trastorno de Estrés Agudo y Trastorno de Estrés Postraumático como trastornos de ansiedad y depresión.

La atención brindada se basa en un modelo cognitivo-conductual desarrollado en México, con influencia de diferentes autores nacionales, algunos de ellos investigadores de la propia Universidad Nacional Autónoma de México y extranjeros. Este modelo utiliza estrategias verbales y no verbales para hacer frente a los eventos traumáticos de la población y aminorar la carga afectiva que el desastre provoca entre las víctimas de los desastres.

Antecedentes de la Atención Breve y de Emergencia

Durante mucho tiempo no se les dio la atención psicológica requerida a las víctimas con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), porque no se conocían las consecuencias del mismo y por tanto no se consideraba necesario hacerlo. Actualmente, sabemos que el TEPT deja secuelas en niños y adultos y por tanto se requiere personal psicológico calificado que brinde la atención necesaria a quien lo sufre.

Proporcionar la debida atención requiere de personal capacitado, que haya adquirido las habilidades necesarias que le permitan realizar una intervención rápida y eficiente, debido a que, en muchas ocasiones, los afectados tienen poco tiempo para atender sus necesidades psicológicas. Las víctimas de desastre se enfrentan, con mucha frecuencia, a la necesidad inmediata de reconstruir sus viviendas y aún sus comunidades, si permanecen en sus lugares de origen; de establecerse en otros o de rehacer su vida afectiva para las labores diarias a las que están sometidos.

Para quienes se dedican a brindar este tipo de atención es importante conocer brevemente la historia de la atención en crisis con el fin de entender por qué durante tanto tiempo no se dio esta atención.

Aproximación Histórica del inicio de la Terapia Breve y de Urgencia para el Trastorno de Estrés Postraumático

A través del tiempo, mucha gente ha dado atención breve y de emergencia a personas que sufren alguna crisis. Existen diferentes versiones sobre la intervención breve y de emergencia; en los siguientes párrafos se revisarán los trabajos compilados de tres autores: Judith Herman, Leopold Bellack y Karl Slaikeu, quienes son los principales autores sobre el tema.

Para Judith Herman, el inicio del estudio del trauma se inicia en la Salpêtrière, con Charcot y sus mujeres afectadas por histeria; continúa con Freud y se asocia con diferentes movimientos políticos, incluido el feminista, que pugna por un mejor trato hacia las mujeres. Según esta autora, la gran contribución de Charcot fue haber catalogado a estas mujeres como enfermas, lo que dio luz a la atención de los padecimientos psiquiátricos (Herman, J., 1992).

En este resumen se retoma la línea que se traza desde las intervenciones hechas por Charcot hasta las hechas a raíz de la Primera y Segunda Guerra Mundiales, sin tomar en consideración los movimientos políticos y el feminista.

Charcot inicia sus estudios sobre la histeria con mujeres internas en la Salpêtrière, muchas de ellas indigentes, prostitutas o enfermas mentales abandonadas por sus familias, cuyo único recurso para sobrevivir eran los manicomios de la época. Charcot estudiaba la histeria, motivo por el que es considerado un iniciador de la intervención en crisis: muchas de estas mujeres eran víctimas de los abusos de los demás por las situaciones de carencia que vivían en sus casas o en la calle.

Dos alumnos de Charcot, Sigmund Freud y Pierre Janet continúan el trabajo realizado en la Salpêtrière para encontrar las causas de la histeria, lo que lleva a Freud a iniciar los primeros estudios del psicoanálisis.

Freud opinaba que el trauma psicológico sufrido durante la primera infancia es el desencadenante de la histeria. En un trabajo realizado con Breuer, también alumno de Charcot, ambos autores hablan de las reminiscencias de las histéricas.

En el trabajo realizado en 1896, **La etiología de la histeria**, Freud, a través de la observación de las experiencias tempranas de sus pacientes, asegura que su histeria es producto del abuso sexual, el cual se considera como un mal endémico de nuestra sociedad. Pero pronto abandona esta idea, cuando la sociedad, escandalizada, lo acusa de poco serio en sus estudios. A partir de esta época, deja de creer en la veracidad de las experiencias relatadas por sus pacientes y se inclina a pensar que éstas son producto de la imaginación y del deseo de ser poseídas por figuras paternas, lo que lo llevará, más adelante, a la teoría del complejo edípico. Según Herman, Freud visualiza una sociedad incapaz de entender, por razones sociales y religiosas, su teoría, por lo que decide cambiarla, aunque no es lo suficientemente claro si él mismo deja de creer en ella.

Durante la Primera Guerra Mundial se observa que algunos soldados tienen reacciones semejantes a las que presentan las mujeres histéricas, lo que lleva

a una revisión de la histeria y a abrir una nueva línea de investigación relacionada con las secuelas de la guerra.

Las autoridades y los médicos militares empiezan a observar estos síntomas histéricos junto con el hecho de que los soldados "se quiebran" en las batallas en números aterradores. El valor social de los soldados los mantenía, muchas veces, de manera obligada, en las batallas. Sin embargo, ante la constante exposición en el campo de batalla, empiezan a sufrir de padecimientos mentales. Los problemas psiquiátricos eran tan severos que obligaban al ejército a repatriar, en grandes números, a los soldados, tanto que estas repatriaciones representaban enormes bajas. Las autoridades militares comenzaron a disfrazar las cifras por baja psiquiátrica para evitar que la gente se desmoralizara, aunque existe un estimado de un 40% de bajas por este motivo.

Al principio, se creía que los síntomas que aquejaban a los soldados se debían a causas físicas. El psicólogo británico, Charles Myers examinó a los primeros afectados y concluyó que los efectos provenían del choque ocasionado por las granadas, por lo que lo llamó "shell shock", aunque pronto se descubrió que algunos soldados que no habían estado expuestos a las explosiones también sufrían el síndrome. Este es el inicio del estudio que llevan a cabo diferentes psiquiatras respecto al trastorno, lo que los lleva a la observación de que la causa del padecimiento son los períodos prolongados de exposición a la muerte violenta de sus compañeros. Y, como en el estudio de la histeria, se inicia una gran controversia respecto del origen del padecimiento. Mientras algunos creen que éste se debe a la debilidad moral de los pacientes, otros afirman que la causa es un desequilibrio psíquico en individuos con una buena estructura de personalidad.

Estas discusiones llevan a los investigadores a reconocer un padecimiento propio de la guerra al que denominan "neurosis de combate" o "neurosis de guerra". Uno de los investigadores innovadores de esa época es W. H. R. Rivers, que atendió a un paciente con una técnica nueva dentro de los estándares usados en la época. El tratamiento tradicional en estos casos era obligar al paciente a regresar a la guerra, después de un tratamiento aversivo

en el que se le inducía a pensar que los combatientes que no sufrían el trastorno o que negaban sus síntomas eran héroes. Contraria a esta posición, Rivers tomó un paciente al que alentaba a hablar de sus sentimientos y de su estado; con este tratamiento el paciente mostró notable mejoría y a partir de entonces se consideró esta vía para futuras intervenciones.

También se demostró con este tratamiento que el padecimiento no obedecía a los valores inculcados sobre el patriotismo o la victoria, sino al amor que sentían los soldados por sus camaradas.

Una vez terminada la guerra, el interés por el padecimiento declinó, a pesar de la cantidad de veteranos de guerra afectados: la población civil no quería saber nada de ellos ni de la guerra.

Años después, el psicoanalista Abraham Kardiner trata pacientes con neurosis de combate en la clínica del Veterans' Bureau con pobres resultados. Pero el tratamiento en particular de uno de sus pacientes lo lleva a hacer inferencias sobre lo que les ocurre a estos veteranos. Este paciente, al cabo de un año, le agradece por haberle dedicado tiempo y le explica el poco apoyo que reciben quienes sufren de este tipo de padecimiento. Como resultado de esta experiencia y la suya propia durante la niñez (de pobreza, maltrato y la muerte de su madre), Kardiner hace inferencias sobre el trastorno.

En 1941, publica **The Traumatic Neurosis of War**, donde analiza distintos síntomas del estrés postraumático, particularmente la amnesia de los acontecimientos en el campo de batalla. Además, retoma el tema de la falta de voluntad de la que los psiquiatras acusaban a los pacientes y que les confería la autoridad para devaluarlos.

Durante la Segunda Guerra Mundial resurge el interés por la neurosis de guerra, y, con las investigaciones hechas sobre los detonantes del padecimiento, se retoman los estudios de Rivers.

En 1947, Kardiner revisa el texto de 1941 con Herbert Spiegel, un psiquiatra recién llegado del campo de batalla, quien había trabajado con los soldados. En este estudio y los de otros autores, se describe cómo la compenetración entre el soldado y su unidad de combate disminuye los efectos del trastorno,

por lo que se recomienda mantener la unión de la unidad de combate y evitar su separación. Asimismo, se retoma la técnica de "curar hablando", usada por Charcot, Breuer, Janet y Freud para los síntomas de la histeria. Para llevar a cabo este tratamiento, se inició la prescripción de amital sódico, con el que se inducía a los pacientes a hablar sobre sus experiencias en el campo de batalla. Muchos investigadores cuestionaron este manejo terapéutico, con el argumento de que la medicación no regresaba las experiencias al consciente, por tanto el resultado sería pobre, y así fue. En realidad, los resultados fueron elocuentes cuando la guerra terminó: quienes regresaban a sus casas presentaban amnesia de combate. Una vez terminada la guerra, nuevamente se olvidó el padecimiento.

Después, durante la guerra de Vietnam, en 1970, se retoma el estudio del Trastorno de Estrés Postraumático, aunque, en esta ocasión, son los mismos veteranos quienes se hacen cargo de su estudio y tratamiento a través de grupos de autoayuda, a los que invitaban a psiquiatras para que los apoyaran, y donde compartían sus experiencias de guerra. Gracias a estas organizaciones, a finales de 1970 se describe el padecimiento y se le relaciona con la exposición al combate.

Según Eduardo H. Cazabat, "en 1952 aparece la primera edición del DSM, años en que los psiquiatras norteamericanos estaban tratando activamente veteranos de la Segunda Guerra y de Corea. En esa primera edición se incluyó el diagnóstico 'reacción a gran estrés' (gross stress reaction), que describía los síntomas de aquellos individuos expuestos a situaciones de estrés intolerable. 'Misteriosamente', en la segunda edición del DSM, publicada en 1968, durante uno de los picos de la guerra de Vietnam (la ofensiva del Tet), esa clasificación desapareció, y fue reemplazada por la de 'trastorno adaptativo de la vida adulta'.

El movimiento feminista por la liberación de la mujer que se desarrolló en los años 70 atrajo la atención a una realidad oculta por siglos: la de la violencia doméstica y sexual contra las mujeres y los niños. Hasta ese momento, hablar de la violencia sufrida por mujeres y niños en la 'intimidad' de su hogar, sólo conducía a mayor vergüenza, humillación y descreimiento. El silencio impuesto

por el miedo y la vergüenza sólo perpetuaba la condición, dejando impunes a los agresores.

Los estudios realizados mostraron que las víctimas de la violencia sexual y doméstica presentaban síntomas similares a los de los veteranos de guerra. Esto llevó nuevamente a estudiar el fenómeno del abuso sexual infantil, encontrándose una realidad aterradora: según algunas encuestas, una de cada cuatro mujeres había sido violada, una de cada tres abusada sexualmente. En 1971 se llevó a cabo un evento sobre los efectos de la violación, organizado por las New York Radical Feminists. Poco después Ann Burgess y Linda Holstrom publicaron su trabajo pionero sobre síndrome de Trauma por violación (rape trauma syndrome). En 1979 Leonore Walker introduce el término de 'síndrome de mujer golpeada' (battered woman syndrome).

Sólo después del triunfo del movimiento de los veteranos en 1980, quedó claro que las mujeres y niños violados, abusados y/o golpeados, sufrían del mismo trastorno que los veteranos.

En 1985 fue fundada, por iniciativa de Charles Figley, la que hoy se llama ISTSS (International Society for Traumatic Stress Studies), la primera sociedad internacional de profesionales dedicados al estudio del Trauma Psicológico, editada por el Journal of Traumatic Stress desde 1987.

Nuevas direcciones

Muchas son las posibles direcciones de desarrollo del estudio de las múltiples manifestaciones del Trauma. Algunas de las más importantes son las que se detallan a continuación.

Actualmente se estudia el impacto de vivir en comunidades que se asemejan a zonas de guerra. Garbarino ha comparado el efecto de las comunidades violentas en Estados Unidos con otros países. Sus hallazgos apuntan en el sentido de que los niños que viven en comunidades con un alto nivel de violencia como Belfast, ciudades de Mozambique, etc., presentan síntomas de estrés postraumático, igual que los niños que viven en comunidades y barrios violentos dentro de las ciudades de Estados Unidos.

Otro de los temas que actualmente se investigan es la transmisión transgeneracional del trauma, especialmente en la tercera generación de las víctimas del Holocausto, línea de trabajo desarrollada principalmente por Yael Danieli.

Los efectos del hostigamiento (bullying) han quedado en evidencia en varios episodios de niños y adolescentes que atacaron indiscriminadamente, con armas de fuego, a sus compañeros de estudios, y es un tema de importancia al que se le está dedicando la mayor atención." (Cazabat, E. H., 2000).

Mientras, para Bellack, pionero en una de las técnicas de psicoterapia breve y de emergencia para atender a las víctimas de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), ésta tiene su origen en el trabajo llevado a cabo con las personas que atendió después de la Segunda Guerra Mundial en un centro comunitario. Para Slaikeu, en cambio, el inicio de este tipo de terapia es el incendio de un centro nocturno, el Coconut Grove, en Boston, en noviembre 28 de 1942.

Según Slaikeu, son Eric Lindemann y sus colaboradores quienes inician el trabajo de terapia breve de urgencia como consecuencia del ya citado incendio. Además, es este autor quien considera al clero y otros asistentes comunitarios como apoyo para la gente afligida. Es esta idea la que da lugar al "Centro de Ayuda en Relaciones Humanas de Wellesley (Boston), en 1948, uno de los primeros centros comunitarios de salud mental notable por concentrarse en la terapia breve del entorno de la psiquiatría preventiva" (Slaikeu, K. A., 2000).

A partir de los resultados ofrecidos por Lindemann, Gerald Caplan concluyó que "un examen a la historia de los pacientes psiquiátricos muestra que, durante ciertos períodos de crisis, el individuo parece haber enfrentado sus problemas de manera desajustada y haber salido menos saludable de lo que había sido hasta antes de la crisis" (Caplan, 1964, pg 35). Así, "Si una investigación de pacientes psiquiátricos adultos concluyera que las crisis o transiciones tratadas en forma deficiente conducen a desorganizaciones y enfermedad mental subsecuentes, entonces la prevención debería contemplarse por transiciones del desarrollo en la infancia y la adultez temprana" (Slaikeu, K. A., 2000). Con base en trabajos de Erikson, Caplan

incluyó la estructura del desarrollo, que habla sobre la habilidad de los seres humanos de crecer o desarrollarse a partir de las transiciones durante la vida. Gracias a esta teoría, Caplan identifica "los recursos personales y sociales en la determinación de si las crisis del desarrollo resultarían en un mejoramiento o empeoramiento" (Slaikeu, K. A., 2000).

De esta forma, para Caplan, la manera de enfrentar las crisis está relacionada con la forma como la persona ha superado crisis anteriores o períodos de transición. Estos antecedentes lo llevarían a implantar un servicio psiquiátrico preventivo que facilitara el crecimiento positivo y aminorara las consecuencias que deterioran el estado psíquico de una persona a través de la prevención primaria. Para este fin se inició el adiestramiento de diversos practicantes comunitarios en el manejo de la desorganización.

El tema de la crisis se aborda de lleno en un capítulo posterior, debido a que es necesario definirla y hacer algunas consideraciones sobre sus características, así como sus relaciones con el tipo de cultura en la que se presenta y el perfil psicológico de cada quien.

Durante la década de 1960, se inician, en Estados Unidos, los programas de prevención del suicidio con servicios telefónicos de urgencia, que se convertirían, rápidamente, en "una intervención dirigida a proporcionar ayuda para una gran variedad de crisis" (Slaikeu, 1990). Aunque la atención de urgencia brindada era telefónica, el servicio estaba destinado a intervenir en el lugar mismo del incidente si fuera necesario. Esta atención se brindaba durante todos los días del año, las veinticuatro horas del día.

Además, también en Estados Unidos, se implantan los centros de psiquiatría comunitarios, que facilitarían la atención desde un punto de vista preventivo para detener los avances de las enfermedades psiquiátricas sin que las personas atendidas tuvieran que ingresar en los hospitales. Algunas ventajas de no ingresar a las personas son:

- El costo del internamiento en una clínica u hospital, son, en Psiquiatría, elevados económica y socialmente.

- Desde el punto de vista social, la ganancia de no internar a una persona es que no se le "etiqueta" como paciente psiquiátrico.

Durante las décadas de 1960 y 1970 aparecen publicados, como resultado de la atención a personas en crisis y sus familiares, diversos artículos sobre la intervención psicológica en individuos y familiares de individuos que enfrentan una crisis. El interés por este tipo de publicaciones y la preocupación por este tipo de pacientes, se llevó a cabo por prestadores de servicios de salud como enfermeras, psicólogos, médicos, trabajadores sociales y psiquiatras.

Además de la evaluación a los centros ya existentes, algunos organismos dirigieron sus esfuerzos a la instauración de servicios de urgencia psicológica de bajo costo de operación, los que se lograron por la brevedad de la terapia: se daban alrededor de seis sesiones de psicoterapia para aminorar los costos. Los resultados fueron elocuentes: las personas atendidas en este esquema de terapia tuvieron efectos benéficos inmediatos y a mediano y largo plazo, lo que redujo costos médicos a mediano y largo plazo.

"Más allá de la necesidad de economizar, de cualquier modo, el interés renovado en la intervención en crisis fue catalizado por la sugestividad del concepto de crisis: El dolor emocional y el sufrimiento están limitados en tiempo y puede, potencialmente, haber resultados positivos o negativos a largo plazo." (Slaikeu, K.A., 2000).

Para Bellack, en cambio, la intervención en crisis se inicia con la atención que daba a los veteranos de la Segunda Guerra Mundial, afectados psicológicamente. Posteriormente, estuvo en un centro de rehabilitación de tuberculosos y enfermos cardíacos, brindando atención psiquiátrica y participó en la implantación de los ya citados servicios comunitarios psiquiátricos. Bellack nos deja su experiencia durante los años que hizo intervenciones y su modelo, que se revisará más adelante.

La anterior revisión histórica de los modelos desarrollados en Estados Unidos nos hace reflexionar sobre varios puntos:

Acercamiento histórico de la utilización, en México, de modelos de intervención psicológica

En México no se había considerado necesario desarrollar modelos de intervención en crisis psicológica debido a que nuestro país no participó, de manera activa, en la guerra y nunca se habían presentado eventos catastróficos que requirieran una intervención de esta naturaleza. Si estos eventos existieron, no se utilizaron modelos de intervención o no se había detectado que la atención se diera a través de modelo alguno.

No es sino hasta después de los terremotos de 1985, que afectaron a varios estados del país, que se recoge la necesidad de desarrollar un modelo para intervenir entre la población afectada.

Durante el desastre, la Facultad de Psicología de la UNAM participó de una manera muy activa, gracias a que contaba con una base de datos que recolectaba información sobre las personas desaparecidas, muertas u hospitalizadas, lo que favoreció que la comunidad universitaria de esta Facultad se sensibilizara e iniciara labores de ayuda psicológica para la población afectada, aunque en esos momentos nadie diera cuenta de la utilización de modelos en otros lugares del mundo.

Durante las primeras horas después de sucedido el primer temblor, la población civil y los medios de comunicación hicieron hincapié sobre la capacidad de la población de solidarizarse con el dolor de miles de familias que habían perdido a sus familiares, o que no sabían dónde se encontraban, ni en qué condiciones. En esta época, los psicólogos no hablaban de redes sociales ni de estilos de enfrentamiento, un concepto que ya Lazarus y Folkman habían descrito cuando suceden las tragedias (Lazarus, R. y Folkman, 1984).

Sin embargo, con el tiempo, se haría la revisión de los modelos de intervención en crisis desarrollados en otros países y se desarrollarían algunos en México, en nuestra Facultad, por investigadores como el doctor Juan José Sánchez Sosa, la doctora Laura Hernández, el doctor Benjamín Domínguez, el licenciado Jorge Álvarez y los colaboradores de ellos. Como consecuencia, se empezó a hablar de redes sociales y estilos de enfrentamiento para la población latina y, particularmente, la mexicana.

Gracias a las investigaciones trazadas en esta Casa de Estudios, se han encontrado datos interesantes respecto de los estilos de enfrentamiento, como son los que se han venido recogiendo en los incidentes donde esta brigada y otras de la facultad han hecho intervenciones.

Como ya se explicaba, el estudio del trastorno ocasionado por circunstancias traumáticas y la intervención hecha a quienes sufren este trastorno, requiere de una investigación que está basada en las siguientes:

Influencias Teóricas para el estudio de la intervención en crisis psicológica

Según Moos (Slaikeu. K. A., 2000), existen cuatro influencias teóricas:

- La Teoría de la Evolución de las Especies de Charles Darwin, que habla de la capacidad de los seres vivos de adaptarse al medio.
- La realización y el desarrollo del ser humano, que se llevan a cabo gracias a la motivación y al impulso. Esta teoría está basada en principios de Carl Rogers y Abraham Maslow.
- Para Erikson, las etapas de transición de su teoría del Ciclo Vital del Desarrollo, llevan al ser humano a nuevos retos, transiciones o crisis, que favorecen el crecimiento de la persona.
- Datos empíricos sugieren que los seres humanos lidian con el estrés vital extremo, cuyos estudios realizó Holmes en campos de concentración, y con personas que sufrieron la muerte repentina de un familiar cercano, cirugías mayores, agonía de los niños y los desastres. Así, fue posible demostrar la relación que tiene el estrés con sucesos de la vida, la salud física y la enfermedad. (Holmes y Masuda, 1973, en Slaikeu, p. 10).

Para quienes nos desempeñamos en el área de la salud, es importante tener en cuenta que la intervención en crisis psicológica está relacionada con la prevención secundaria, que evita secuelas al trastorno.

Enfoque de la Intervención desde el punto de vista de la Prevención

La labor de los cuerpos de intervención tiene una función preventiva. Según Slaikeu, esta prevención es secundaria, debido a que la intervención se hace una vez que tuvo lugar un evento traumático.

Los modelos en México están constituidos por brigadas que capacitan y hacen la intervención, como la Brigada de Intervención en Crisis Psicológica a Víctimas de Desastres Naturales y Violencia Urbana.

Sobre Psiquiatría Comunitaria y Prevención primaria, secundaria y terciaria se hablará en un capítulo más adelante para entender la importancia de hacer la intervención en crisis.

A continuación, se hablará del desastre, los modelos que se utilizan para comprenderlo y la forma como la intervención en crisis es un parte fundamental de una de las etapas del desastre.

Capítulo 1

La naturaleza del desastre

Para definir al desastre, es necesario definir fenómeno natural

“¿Qué es un Fenómeno Natural?”

Es toda manifestación de la naturaleza. Se refiere a cualquier expresión que adopta la naturaleza como resultado de su funcionamiento interno. Los hay de cierta regularidad o de aparición extraordinaria y sorprendente. Entre los primeros tenemos las lluvias en los meses de verano en la sierra, la llovizna en los meses de invierno en la costa, etc. Ejemplos del segundo caso serían un terremoto, un "tsunami" o maremoto, una lluvia torrencial en la costa peruana, etc.

Los fenómenos naturales de extraordinaria ocurrencia pueden ser previsibles o imprevisibles dependiendo del grado de conocimiento que los hombres tengan acerca del funcionamiento de la naturaleza. Por ejemplo, un fenómeno natural como un terremoto de gran magnitud en las costas del Pacífico es previsible, según los estudios realizados, aunque no se sepan detalles como el día, magnitud o el epicentro. Sin embargo, las lluvias torrenciales que durante varios meses han caído en la costa norte del Perú, provocando crecida de ríos, desbordes, inundaciones, no fueron previsibles por lo menos en términos de su temporalidad. El largo ciclo de recurrencia del Fenómeno del Niño significó que no quedaban recuerdos vivos en la sociedad o en la comunidad científica de eventos anteriores.

La ocurrencia de un "fenómeno natural" sea ordinario o incluso extraordinario (mucho más en el primer caso) no necesariamente provoca un "desastre natural". Entendiendo que la tierra está en actividad, pues su proceso de formación no ha terminado y que su funcionamiento da lugar a cambios en su faz exterior, los fenómenos deben ser considerados siempre como elementos activos de la geomorfología terrestre. En una lluvia torrencial, los huaycos y avenidas pueden ocasionar erosiones o sedimentaciones cambiando el paisaje natural, pero estos resultados no pueden considerarse desastrosos o

catastróficos. El hombre debe aceptar que está conviviendo con una naturaleza viva, que tiene sus propias leyes de funcionamiento contra las cuales no puede atentar, a riesgo de resultar él mismo dañado.

Todo lo anterior nos indica que los efectos de ciertos fenómenos naturales no son necesariamente desastrosos. Lo son únicamente cuando los cambios producidos afectan una fuente de vida con la cual el hombre contaba o un modo de vida realizado en función de una determinada geografía.

Inclusive, a pesar de ello, no se podría asociar "fenómeno natural" con "desastre natural". Los fenómenos naturales no se caracterizan por ser insólitos, más bien forman conjuntos que presentan regularidades y están asociados unos con otros.

¿Qué es y Cómo se Produce un Desastre Natural?

Es la correlación entre fenómenos naturales peligrosos (como un terremoto, un huracán, un maremoto, etc.) y determinadas condiciones socioeconómicas y físicas vulnerables (como situación económica precaria, viviendas mal construidas, tipo de suelo inestable, mala ubicación de la vivienda, etc.) En otras palabras, se puede decir que hay un alto riesgo de desastre si uno o más fenómenos naturales peligrosos ocurrieran en situaciones vulnerables.

¿Cuándo es Peligroso un Fenómeno Natural?

No todo fenómeno es peligroso para el hombre. Por lo general convivimos con ellos y forman parte de nuestro medio ambiente natural. Por ejemplo, lluvias de temporada, pequeños temblores, crecida de ríos, vientos, etc.

Algunos fenómenos, por su tipo y magnitud así como por lo sorpresivo de su ocurrencia, constituyen un peligro. Un sismo de considerable magnitud, lluvias torrenciales continuas, en zonas ordinariamente secas, un huracán, rayos, etc. sí pueden ser considerados peligrosos.

El peligro que representa un fenómeno natural puede ser permanente o pasajero. En todos los casos se le denomina así porque es potencialmente dañino. Constituyen peligro, pues, un movimiento intenso de la tierra, del agua o del aire. Éste es mayor o menor según la probabilidad de ocurrencia y la extensión de su impacto.

¿A qué se Denomina una Situación Vulnerable?

Ser vulnerable a un fenómeno natural es ser susceptible de sufrir daño y tener dificultad para recuperarse. No toda situación en que se halla el ser humano es vulnerable. Hay situaciones en las que la población sí está realmente expuesta a sufrir daño si ocurriera un evento natural peligroso (sismo, aluvión, huracán, tempestad eléctrica, etc.). Hay otras, en cambio, en que la gente está rodeada de ciertas condiciones de seguridad, por lo cual puede considerarse protegida.

La vulnerabilidad de los pueblos se da:

- 1) Cuando la gente ha ido poblando terrenos que no son buenos para vivienda, por el tipo de suelo, por su ubicación inconveniente con respecto a huaycos, avalanchas, deslizamientos, inundaciones, etc.
- 2) Cuando ha construido casas muy precarias, sin buenas bases o cimientos, de material inapropiado para la zona, que no tienen la resistencia adecuada, etc.
- 3) Cuando no existen condiciones económicas que permitan satisfacer las necesidades humanas (dentro de las cuales debe contemplarse la creación de un hábitat adecuado). Esta falta de condiciones socioeconómicas puede desagregarse en desempleo o subempleo y, por tanto, de falta de ingreso o ingreso insuficiente, escasez de bienes, analfabetismo y bajo nivel de educación, formas de producción atrasadas, escasos recursos naturales, segregación social, concentración de la propiedad, etc.

Todos estos son elementos causantes de la vulnerabilidad física que presentan algunos pueblos. Si los hombres no crean un "hábitat" seguro para vivir es por dos razones: la necesidad extrema y la ignorancia. Ambas razones a su vez tienen causas detectables y modificables, algunas de las cuales forman parte de la misma estructura social y económica de un país.

Las precarias condiciones económicas representan, también, por sí mismas condiciones de vulnerabilidad, ya que la magnitud de daño real es mayor si la población carece de los recursos a partir de los cuales pueda recuperarse:

- Recursos económicos: ahorros, seguro, propiedad de tierras, etc.;

- recursos naturales: formación, criterios técnicos, elementos básicos de seguridad, conocimientos sobre las funciones de cada organismo de ayuda, etc.;
- recursos sociales: organización, experiencia de trabajo conjunto, participación comunal, etc.)

Las condiciones de vulnerabilidad de una población no son condiciones que se hayan dado independientemente del hombre. Muy por el contrario, es el mismo hombre quien las ha creado, y al hacerlo se pone de espaldas a la naturaleza, corriendo el riesgo de resultar dañado si ocurriese un fenómeno natural determinado.

Las condiciones de vulnerabilidad se van gestando y pueden ir acumulándose progresivamente configurando una situación de riesgo (que muchas veces no se advierte, se minimiza o se menosprecia temerariamente). Por ejemplo, una vivienda, cuando es nueva, puede ser segura y resistente para el medio en que uno vive, pero con el tiempo, debido al uso y la falta de mantenimiento, podría deteriorarse y debilitarse hasta un límite en que resulta un potencial sepulcro para sus ocupantes.

En conclusión: hay condiciones de vulnerabilidad física detrás de las cuales hay causas socioeconómicas. Hay pueblos construidos desde su origen sin ningún o con muy poco criterio de seguridad y puede llamárseles vulnerables por origen; adicionalmente hay pueblos enteros, casas, canales de riego, reservorios, puentes, etc. que con el tiempo van envejeciendo y debilitándose, a esto lo denominamos vulnerabilidad progresiva.

Ahora ya podemos entender la responsabilidad de los seres humanos en la producción de los desastres "naturales", sabiendo que los fenómenos naturales ningún daño causarían si hubiéramos sido capaces de entender cómo funciona la naturaleza y de crear nuestro hábitat acorde con este conocimiento.

¿Cómo Prevenir los Desastres?

Las relaciones arriba mencionadas explican como se deben entender, explicar y estudiar los desastres. Sin embargo, la investigación académica de desastres es algo árida, no basta en sí misma. La investigación tiene que ser activa, con el objeto de prevenir y evitar la ocurrencia de desastres naturales.

Las estadísticas muestran que la ocurrencia de desastres naturales en países en vías de desarrollo ha aumentado significativamente en los últimos cincuenta años. Dado que el peligro permanece más o menos constante, la explicación tiene que encontrarse en el hecho de que las condiciones de vulnerabilidad de la población y sus asentamientos empeoran de manera acelerada.

Las posibilidades de controlar la naturaleza son remotas (salvo en el campo de la predicción de desastres). Por lo tanto, la única manera de reducir las posibilidades de ocurrencia de desastres es actuar sobre la vulnerabilidad. Sin embargo, no es suficiente actuar solamente sobre los rasgos físicos exteriores de la vulnerabilidad en un momento dado. Si no actuamos sobre las causas de la vulnerabilidad, nuestros esfuerzos tendrán un éxito muy limitado.

Para poder actuar sobre la vulnerabilidad es preciso entender que la mayor parte del proceso de urbanización y construcción en nuestro país se da a través de las acciones que realiza la propia gente, al margen de cualquier norma oficial; a la vez, una proporción creciente de las actividades productivas y económicas se realiza en el llamado "sector informal". Por consiguiente, la clave para reducir la vulnerabilidad no está tanto en acciones a nivel de gobierno o de instituciones profesionales o del sector formal sino más bien a nivel de la población misma y sus organizaciones. Dado que la vulnerabilidad se produce a este nivel, su mitigación también tiene que realizarse por parte de la gente misma.

Aquí vemos la vinculación imprescindible entre la investigación y la acción. Los desastres tienen que estudiarse junto con la población y desde su punto de vista, a la vez que la población tiene que actuar y presionar para mitigar la vulnerabilidad y reducir la ocurrencia de desastres.

El estudio de desastres entonces tiene la finalidad de concientizar a la población sobre su situación de vulnerabilidad y otorgarle los conocimientos necesarios para poder alcanzar condiciones de seguridad.

El estudio, entonces, tiene que estar unido a un programa permanente de promoción, capacitación y asistencia. El derecho a un hábitat seguro tiene que ser incorporado como una reivindicación más por parte de los sectores populares." (Maskrey, A., 2000).

Las definiciones de desastre son muchas y muy variadas.

¿Qué es un Desastre?

Las definiciones existentes de desastre, por lo general, se refieren a las consecuencias y no a las causas de estos fenómenos. La Oficina Nacional de Atención de Emergencias (ONAE) de la Presidencia de la República, basándose en la UNDRO, lo define como un "evento identificable en el tiempo y el espacio, en el cual una comunidad ve afectado su funcionamiento normal, con pérdidas de vidas y daños de magnitud en sus propiedades y servicios, que impiden el cumplimiento de las actividades esenciales y normales de la sociedad." Otras definiciones, resumidas por Wijkman y Timberlake (1985:23), incluyen el número de personas muertas y heridas, así como el valor de las pérdidas materiales. Otras consideran el carácter imprevisto de dichos fenómenos, la no preparación de los gobiernos para enfrentarlos y los traumatismos sociales o políticos que pueden ocasionar (Cuny 1983:140).

Pero, desde el punto de vista de los fenómenos -o mejor, de la convergencia de fenómenos- que dan lugar a la ocurrencia de desastres, ¿cómo podemos interpretarlos? Vamos a intentar una aproximación desde la óptica de la Teoría de Sistemas.

Un sistema es un conjunto cuyos elementos se hallan en permanente interacción. Por interacción entendemos una pluralidad dinámica de vínculos, una red de relaciones activas entre todos y cada uno de los elementos que configuran el sistema, relaciones éstas que, a su vez, constituyen también elementos del sistema y condicionan, es decir, determinan las condiciones de existencia de todos los elementos y del sistema como una totalidad.

En consecuencia, una de las principales características de todos los sistemas es su carácter dinámico, cambiante. Los sistemas existen, simultáneamente, como configuraciones en el espacio y como desarrollos en el tiempo: son al mismo tiempo estructuras y procesos, estructuras en proceso.

Cuando dos o más sistemas interactúan, dan lugar a la aparición de nuevos sistemas cualitativamente superiores (no desde el punto de vista valorativo, sino desde el punto de vista de su jerarquía de organización). El nuevo sistema posee características propias, diferentes a las de los subsistemas que le dieron origen. El sistema "pareja humana", por ejemplo, es jerárquicamente superior y cualitativamente distinto al sistema "hombre" y al sistema "mujer" que lo conforman. Los diferentes sistemas ecológicos o ecosistemas del Planeta Tierra se integran dinámicamente en un sistema jerárquicamente superior y cualitativamente distinto, conocido como biósfera." (Maskrey, A., 2000).

Los seres humanos estamos insertos dentro de sistemas de organización, nuestro organismo está organizado por sistemas que lo conforman; como individuos, pertenecemos a una familia, está inserta en una sociedad con organizaciones laborales, académicas, religiosas, etc. Estas organizaciones pertenecen a grupos religiosos, políticos, ideológicos, etc., que insertos en organizaciones geográficas, como los pueblos, ciudades, naciones, etc. Físicamente, estas organizaciones están asentadas en diferentes tipos de suelos y climas.

Cuando los fenómenos hidrológicos, geográficos, orográficos, geológicos o topológicos producen cambios debido a que la Tierra es un organismo vivo, las poblaciones también presentarán cambios y, en muchas ocasiones, sufrirán catástrofes que se consideran "naturales". En realidad, no puede llamarse natural a la catástrofe, sino al fenómeno.

El desastre surge, dentro de la comunidad, como una falta de recursos de ésta para responder y hacer frente al fenómeno. Desde la perspectiva de los urbanistas, esta falta de recursos se entiende como económica, física, social o geográfica. Desde el punto de vista de la psicología, agregaríamos también la falta de recursos afectivos.

Entre los conceptos a definir en el desastre, se encuentran: desastre, riesgo, vulnerabilidad y amenaza. Como ya se dijo y se explicó en el caso del desastre, las definiciones vienen dadas por la formación profesional de quienes la formulan. A continuación se sugiere una propuesta dialéctica de estas definiciones a través de la fórmula "Desastre = Riesgo X Vulnerabilidad" (Maskrey, A., 2000).

El desastre se define como un fenómeno sistémico en el que una población se torna vulnerable a partir de los factores que ya se han explicado cuando aparece el riesgo dentro de las condiciones geográficas, orográficas, hidrológicas, etc.

"Por Riesgo vamos a entender cualquier fenómeno de origen natural o humano que signifique un cambio en el medio ambiente que ocupa una comunidad determinada, que sea vulnerable a ese fenómeno.

Por Vulnerabilidad vamos a denotar la incapacidad de una comunidad para "absorber", mediante el autoajuste, los efectos de un determinado cambio en su medio ambiente, o sea su "inflexibilidad" o incapacidad para adaptarse a ese cambio, que para la comunidad constituye, por las razones expuestas, un riesgo. La vulnerabilidad determina la intensidad de los daños que produzca la ocurrencia efectiva del riesgo sobre la comunidad.

Como Amenaza (para una comunidad) vamos a considerar la probabilidad de que ocurra un riesgo frente al cual esa comunidad particular es vulnerable. Pongámonos, por ejemplo, en el papel de un ciudadano que ha desentejado su techo para efectuar unas reparaciones, con lo cual su casa se ha vuelto temporalmente vulnerable frente al fenómeno del aguacero (riesgo). La probabilidad de que caiga un aguacero durante el tiempo en el cual la casa carece de techo (probabilidad que se manifiesta en negros nubarrones y truenos cercanos), constituye una amenaza para el ciudadano. La ocurrencia efectiva del aguacero en ese tiempo, lo convertirá en un desastre. La intensidad del mismo (es decir los daños que produzca) dependerá de la magnitud (cantidad de agua, duración) del aguacero y del grado de vulnerabilidad de la casa (porción de la casa sin techo), y valor y cantidad de

los bienes expuestos al riesgo (mayor será el desastre si estaba descubierta la biblioteca que si lo estaba el patio de ropas):

$$\text{Riesgo} \times \text{Vulnerabilidad} = \text{Desastre}$$

Si exactamente el mismo aguacero (riesgo) cae en un momento en el que la casa tiene el techo debidamente acomodado (vulnerabilidad = 0), sencillamente no habrá desastre:

$$\text{Riesgo} \times 0 = 0$$

(Al no ser la casa vulnerable, el riesgo pierde su condición de tal).

Si la casa está totalmente desentejada (o sea, es vulnerable al riesgo) pero el aguacero no llega a producirse (riesgo = 0), tampoco habrá desastre:

$$0 \times \text{Vulnerabilidad} = 0$$

(En este ejemplo concreto, aunque no se haya producido el riesgo, la vulnerabilidad sigue vigente en la medida en que exista la posibilidad de que se produzca).

El concepto de vulnerabilidad, por definición, es eminentemente social, por cuanto hace referencia a las características que le impiden a un determinado sistema humano adaptarse a un cambio del medio ambiente.

Así mismo, los conceptos de vulnerabilidad y riesgo están íntimamente ligados entre sí, puesto que, también por definición, un fenómeno de la naturaleza (y obviamente uno de origen humano) sólo adquirirá la condición de riesgo cuando su ocurrencia se dé -o se prevea- en un espacio ocupado por una comunidad que sea vulnerable frente a dicho fenómeno. Como veremos más adelante, la condición de vulnerabilidad de un grupo humano, puede dar lugar a nuevos riesgos, los cuales, a su vez, generan nuevas vulnerabilidades y, en consecuencia, nuevas posibilidades de desastre. En resumen, el que un evento o fenómeno se considere o no riesgo, dependerá de que el lugar en donde se manifieste esté ocupado o no por una comunidad vulnerable al mismo. El que se considere o no amenaza, dependerá del grado de probabilidad de su ocurrencia en esa comunidad. Y el que se convierta o no en desastre,

dependerá de la magnitud real con que efectivamente se manifieste el fenómeno, y del nivel de vulnerabilidad de la comunidad.

También de los desastres podemos predicar entonces, sin temor a equivocarnos, que constituyen fenómenos sociales." (Maskrey, A., 2000).

A través de esta discusión sobre el desastre y su ocurrencia, podemos decir que: "...las posibilidades de controlar la naturaleza son remotas (salvo en el campo de la predicción de desastres). Por lo tanto, la única manera de poder reducir las posibilidades de ocurrencia de desastres es actuar sobre la vulnerabilidad. Sin embargo, no es suficiente actuar solamente sobre los rasgos exteriores físicos de la vulnerabilidad en un momento dado. Si no actuamos sobre las causas de la vulnerabilidad, nuestros esfuerzos tendrán un éxito muy limitado.

Para poder actuar sobre la vulnerabilidad es preciso entender que la mayor parte del proceso de urbanización y construcción en nuestro país se da a través de las acciones que realiza la gente misma al margen de cualquier norma oficial; a la vez, una proporción creciente de las actividades productivas y económicas se realiza en el llamado "sector informal". Por consiguiente, la clave para reducir la vulnerabilidad no está tanto en acciones a nivel de gobierno o de instituciones profesionales o del sector formal sino más bien a nivel de la población misma y sus organizaciones. Dado que la vulnerabilidad se produce a este nivel su mitigación también tiene que realizarse por parte de la gente misma.

Aquí vemos la vinculación imprescindible entre la investigación y la acción. Los desastres tienen que estudiarse junto con la población misma y desde su punto de vista, a la vez que la población tiene que actuar y presionar para mitigar la vulnerabilidad y reducir la ocurrencia de desastres.

El estudio de desastres entonces tiene la finalidad de concientizar a la población sobre su situación de vulnerabilidad y otorgarle los conocimientos necesarios para poder alcanzar condiciones de seguridad.

El estudio, entonces, tiene que estar unido a un programa permanente de promoción, capacitación y asistencia. El derecho a un hábitat seguro tiene que

ser incorporado como una reivindicación más de parte de los sectores populares." (Maskrey, A., 2000).

Fases del Desastre

Debido al carácter contingente de los desastres, los especialistas en diversas áreas se han dado a la tarea de estudiar las condiciones del desastre para, en la medida de lo posible, prevenirlo y mitigar lo antes posible sus consecuencias. Como parte de estas labores, está la investigación y desarrollo de nuevas tecnologías, la labor de difusión, educación y prevención en diversas entidades gubernamentales y no gubernamentales.

Como consecuencia de estas labores, se ha hecho una amplia investigación en administración y gestión de riesgos, que ha dado lugar a diversas teorías sobre el desastre. Una de las más reconocidas es la de las fases del desastre, un modelo cíclico donde se insertan las labores encaminadas a disminuir el riesgo y la vulnerabilidad.

"Secuencia cíclica de los desastres

Sólo recientemente se ha comenzado a estudiar y analizar el manejo de desastres en forma sistemática, como una secuencia cíclica donde sus etapas están interrelacionadas y deben ser tratadas en forma coherente y específica. En general se ha aceptado, para efectos formales de capacitación, que existe una secuencia de etapas o fases ligadas en forma simbiótica de sus tareas, a la cual se le ha denominado el ciclo de los desastres. Dichas etapas son las siguientes:

- Prevención
- Mitigación
- Preparación
- Alerta
- Respuesta
- Rehabilitación
- Reconstrucción
- Desarrollo

Aunque el Desarrollo aparece como una de las etapas del ciclo, en realidad se encuentra de manera implícita en cada una de ellas, dado que el desarrollo está constituido por todas las actividades que conducen a la utilización, mejoramiento y conservación de los bienes y servicios, teniendo en cuenta la intervención de los eventos que pueden generar impactos negativos y con el objeto de mantener y mejorar la seguridad y la calidad de la vida humana.

Por lo tanto, de la secuencia de tareas administrativas antes mencionadas se deriva que el manejo de riesgos corresponde al esfuerzo de prevenir la ocurrencia, mitigar las pérdidas, prepararse para las consecuencias, alertar la presencia, responder a la emergencia y recuperarse de los efectos de los desastres. Tareas que se llevan a cabo en general en tres momentos: antes, durante y después del evento desencadenante.

Antes del desastre

Actividades previas al desastre, las cuales usualmente se subdividen en prevención, mitigación, preparación y alerta. El objetivo de la Prevención es evitar que ocurra el evento; la Mitigación pretende aminorar el impacto del mismo reconociendo que en ocasiones no es posible evitar su ocurrencia; la Preparación estructura la respuesta y la Alerta corresponde a la notificación formal de un peligro inminente.

Durante el desastre

Actividades de respuesta al desastre. Son aquéllas que se llevan a cabo durante el periodo de emergencia o inmediatamente después de ocurrido el evento. Estas actividades pueden involucrar acciones de evacuación de comunidades, de búsqueda y rescate, de asistencia y alivio a poblaciones afectadas y acciones que se realizan durante el tiempo en que la comunidad se encuentra desorganizada y los servicios básicos de infraestructura no funcionan.

El período de emergencia es dramático y traumático. Por esa razón es que la mayor atención de los medios de comunicación y de la comunidad internacional está puesta en esta fase. En la mayoría de los desastres este período pasa

muy rápido, excepto en algunos casos como las sequías, las hambrunas y los conflictos civiles.

Después del desastre

Actividades posteriores al desastre. Estas actividades, en general, se relacionan con el proceso de recuperación y pueden subdividirse en: la Rehabilitación, que corresponde al periodo de transición que se inicia al final de la etapa de emergencia y en el cual se restablecen los servicios vitales indispensables y los sistemas de abastecimiento de la comunidad afectada; y la Reconstrucción, que se caracteriza por los esfuerzos que se realizan con el fin de reparar la infraestructura dañada y restaurar el sistema de producción, con miras a revitalizar la economía y lograr alcanzar o superar el nivel de desarrollo previo al desastre.

Interrelación de las etapas

Como regla general debe tenerse en cuenta, en términos de la gestión institucional, que cada etapa cuenta con actividades y con un esquema de trabajo, y que existe una estrecha relación entre éstas y el grupo de actividades de las siguientes etapas. Por ejemplo, durante la etapa de respuesta a la emergencia, el funcionario puede tomar decisiones que contribuirán a promover una recuperación más rápida.

Para efectos prácticos de la comprensión del impacto que pueden causar los desastres naturales o de origen antrópico, desde el punto de vista metodológico se ha considerado conveniente diferenciar algunos conceptos fundamentales que en ocasiones son utilizados como sinónimos. En consecuencia, se propone la siguiente terminología ...:

1. ***Amenaza.*** Factor de riesgo externo, representado por el peligro latente de que un fenómeno físico de origen natural o antrópico se manifieste en un sitio específico y durante un tiempo de exposición determinado.
2. ***Vulnerabilidad.*** Factor de riesgo interno de un sujeto o sistema expuesto a una amenaza, correspondiente a su predisposición intrínseca a ser afectado o de ser susceptible de sufrir daño.

3. *Análisis de Vulnerabilidad.* Proceso mediante el cual se determina el grado de exposición y/o el nivel de susceptibilidad de los elementos expuestos a ser afectados por una amenaza específica.
4. *Nivel de riesgo.* Probabilidad de exceder un valor de consecuencias económicas o sociales en un sitio particular y durante un tiempo de exposición determinado. Se obtiene de relacionar la amenaza, o probabilidad de ocurrencia de un fenómeno de una intensidad específica, con la vulnerabilidad de los elementos expuestos." (Mansilla, E., 1999).

Capítulo 2

Desastre y Crisis

Para explicar un modelo de atención psicológica a víctimas de desastres naturales es necesario entender varios conceptos como el desastre y la crisis que éste ocasiona. Estos conceptos se definirán juntos para entender cómo los desastres ocasionan cambios en las vidas de las personas de manera radical, de forma temporal o permanente. Además, la experiencia de cursar una etapa de la vida (por corta que ésta sea) en condiciones muy diferentes a las habituales, dejará una huella mnémica y nuevos esquemas de vida que harán que muchos se replanteen algunas ideas que habían tenido durante toda la vida o incluso el sentido de la vida. Por esto, es necesario rehacer estructuras morales cuando se percibe la vulnerabilidad frente al desastre.

Estos conceptos redundan en la atención que se ofrece a una comunidad. Visto holistamente, es necesario entender el desastre físicamente, así como las consecuencias psicológicas que deja para intentar una intervención en las comunidades afectadas. En el presente capítulo se retoman conceptos del desastre y se ofrecen conceptos básicos de crisis para aproximar el entendimiento de las condiciones por las que se encuentran las víctimas de los desastres cuando se ofrece la intervención en crisis.

Aquí es importante decir que la gente que ha sufrido un desastre no se convierte automáticamente en un paciente psicológico o psiquiátrico, sino en una persona que necesita apoyo para salir de la crisis lo antes posible.

Asimismo, es importante contemplar a quienes ofrecen apoyo como personas que necesitarán de apoyo externo para seguir brindándolo. Entre ellos se incluyen el personal de rescate y el de apoyo psicológico, así como quienes están involucrados en la reconstrucción, que, en muchos casos, son también víctimas del evento o conviven de cerca con la comunidad afectada. Ellos son los líderes naturales o personal de desastres, los elementos de Protección Civil o Cruz Roja e incluso las autoridades morales, como líderes religiosos o políticos.

Partiendo de esta visión, se revisará, primeramente, y desde una perspectiva holista, el desastre. Aunque la teoría del desastre se revisó en el capítulo anterior, en éste se hará una revisión de los puntos más importantes para entender la labor de intervención psicológica dentro del marco de la teoría del desastre. Así, se tomarán los conceptos ya definidos para explicar la inserción del modelo de atención psicológica. Después se revisará una perspectiva particular de atención psicológica que se ofreció en una comunidad mexicana.

Esta revisión inicia con las definiciones de desastres, crisis y redes de apoyo social.

Los desastres

Aunque los fenómenos naturales producen desastres en muchas ocasiones, fenómeno natural y desastre no son sinónimos; un fenómeno natural es: " ... toda manifestación de la naturaleza. Se refiere a cualquier expresión que adopta la naturaleza como resultado de su funcionamiento interno. Los hay de cierta regularidad o de aparición extraordinaria y sorprendente ... " (Maskrey, A., 2000).

En cambio, un desastre es " ... la correlación entre fenómenos naturales peligrosos (como un terremoto, un huracán, un maremoto, etc.) y determinadas condiciones socioeconómicas y físicas vulnerables (como situación económica precaria, viviendas mal construidas, tipo de suelo inestable, mala ubicación de la vivienda, etc.). En otras palabras, se puede decir que hay un alto riesgo de desastre si uno o más fenómenos naturales peligrosos ocurrieran en situaciones vulnerables. (Maskrey, A., 2000) ... "

Así, los desastres se producen en las comunidades pobladas por seres humanos y los fenómenos naturales no son forzosamente destructivos. El grado de impacto que tiene un fenómeno natural depende de muchos factores:

En la definición de desastre ofrecida en el capítulo anterior se habla de vulnerabilidad; una característica del desastre es que, dentro de las poblaciones, en las diferentes fases del desastre, existen varios términos que se usan para determinar el desastre: riesgo, vulnerabilidad y amenaza.

El riesgo es "cualquier fenómeno de origen natural o humano que signifique un cambio en el medio ambiente que ocupa una comunidad determinada, que sea vulnerable a ese fenómeno".

La vulnerabilidad está asociada con la incapacidad de una comunidad para hacer frente a los cambios que un fenómeno natural produzca. Esta vulnerabilidad está asociada, a su vez, con algunos factores de riesgo como son la pobreza, la corrupción y la falta de planeación.

La capacidad económica de una población determina los lugares donde se construye y los tipos de materiales que se utilizan en las construcciones. En los lugares pobres se encuentran construcciones con materiales de mala calidad o inapropiados para hacer frente a los fenómenos naturales.

El lugar donde se asienta una población en ocasiones obedece a decisiones caprichosas y de corrupción; para construir en un lugar es necesario hacer estudios de suelo, hidrológicos y meteorológicos. En muchas ocasiones estos estudios no se llevan a cabo y a la población se le deja asentarse en lugares inadecuados por la falta de conocimiento de los riesgos. En otras ocasiones, los estudios se hacen, pero las autoridades desatienden las sugerencias de los expertos para hacer los terrenos redituables o bien porque los pobladores extorsionan a la autoridad para construir en lugares inadecuados.

Como puede observarse, la corrupción, la pobreza y la falta de planeación están relacionadas cuando se habla de factores de riesgo.

La amenaza de una comunidad está determinada por los factores antes mencionados y la probabilidad de que ocurra un fenómeno que trastorne las condiciones originales ya existentes. (Recordemos que estas condiciones pudieran no ser tan seguras de inicio).

Son dos conceptos (riesgo y vulnerabilidad) los que podemos vincular, entonces, para determinar el impacto de un desastre sobre una comunidad, y, por tanto, son los factores donde deben efectuarse acciones para evitar el desastre o bien, mitigarlo.

Desastre = Riesgo X Vulnerabilidad" (Maskrey, A., 2000).

Debido a que nuestra capacidad como psicólogos de disminuir el riesgo es nula, deberemos trabajar con la elaboración de la vulnerabilidad una vez que se ha producido el desastre. Es necesario, además, en esta fase del desastre, concienciar a la población sobre la necesidad de elaborar planes de prevención o de practicarlos, en caso que ya existan. En otros casos, la labor de los psicólogos en las poblaciones afectadas, es convencer a la gente de evacuar sus lugares de origen y reconstruir en zonas más seguras. En este sentido, la labor que se puede desarrollar, desde el punto de vista de la psicología, es la difusión de la creación de programas de protección civil para hacer frente, lo antes posible, a las consecuencias de un fenómeno natural.

Debe tenerse en cuenta que la naturaleza es un ser vivo en el que no podemos actuar para evitar los fenómenos propios de ésta. Así, nuestra labor estará enfocada a la elaboración de duelos de las pérdidas ocasionadas por el fenómeno. El fin de elaborar los duelos es mejorar las condiciones afectivas de la comunidad al reconocer la propia vulnerabilidad. Además, podemos participar en el desarrollo de programas de prevención civil y vincular a las instituciones encargadas de éstos con la población.

A través del estudio de los desastres, se han desarrollado modelos que explican la recurrencia del desastre y sus ciclos. Así, en términos generales, se dice que el ciclo de cada desastre comprende las tres fases ya mencionadas: Antes, Durante y Después.

Así, el desastre ocasiona cambios en la vida de las personas, y, por lo tanto, en la conducta. Estos cambios pueden ocasionar un estado de crisis, por lo que, a continuación, se definirá la crisis.

Con el entendimiento de los conceptos antes citados y los de crisis es posible entender las fases por las que pasan las víctimas de desastres. Esta visión nos proporciona un conocimiento de las necesidades afectivas de las personas y, por ende, una propuesta de intervención en crisis.

Crisis

"Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo de manejar situaciones particulares utilizando los métodos acostumbrados para la solución de problemas y por su potencial de obtención de resultados radicalmente positivos o negativos.

- Crisis viene de la palabra griega, *krinein*, que quiere decir 'decidir' y de la que se derivan decisión, discernimiento o "un momento crucial durante el que habrá un cambio para mejorar o empeorar".
- Crisis, según el diccionario de la Real Academia de la Lengua, quiere decir: "mutación considerable que acaece en una enfermedad, ya sea para mejorarse, ya para agravarse el enfermo" (Real Academia de la Lengua, 1992).

Según diversos teóricos, la crisis está relacionada con

- el trastorno emocional y el desequilibrio, además del fracaso en la solución de problemas o el salir adelante durante el estado de crisis. (Caplan, 1998))
- el componente cognoscitivo del estado de crisis, es decir, la violación de las expectativas de la persona sobre su vida por algún suceso traumático o la incapacidad del individuo y su "mapa cognoscitivo" para manejar situaciones nuevas y dramáticas. (Taplin, 1971).
- La teoría de la crisis habla de la desorganización emocional que conlleva a la perturbación y con ésta, a un colapso de las estrategias previas de enfrentamiento.
- El estado de crisis está limitado en tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o más bajos.
- La resolución final de la crisis depende de diversos factores, que incluyen la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo (fuerza

del yo, experiencia con crisis anteriores) y los recursos sociales del individuo (asistencia disponible de 'otros significantes'.)

Definiciones de los componentes de la teoría de la Crisis

Los **sucesos precipitantes** son aquéllos que desbordan una crisis en un sujeto debido a la experiencia que producen.

Estos sucesos pueden ser devastadores, como la muerte de un familiar o bien, sucesos que tienen cabida en el entorno del desarrollo total de un individuo, como el nacimiento de un hijo, el matrimonio, la jubilación, etc.

Se considera que los sucesos impactarán en la vida de un individuo de acuerdo con varios factores, como:

- la oportunidad de cambio que brindan,
- su intensidad,
- duración,
- continuación y
- grado de interferencia con otros acontecimientos del desarrollo.

Las crisis pueden ser:

- Accidentes circunstanciales, de carácter inesperado y fortuito que tienen que ver con la interacción del individuo con el ambiente.

Las personas que pierden seres queridos en desastres naturales como inundaciones, huracanes o incendios y las que han estado expuestas a eventos violentos como guerras, asaltos o violaciones, se verán afectadas por un estado de crisis.

- Cambios en el transcurso de la vida, o crisis del desarrollo:

Cada etapa del desarrollo se relaciona con ciertas tareas del crecimiento y cuando hay interferencia en la realización de las mismas, se hace posible una crisis. Desde el punto de vista de la teoría de la crisis, esto significa que muchas de estas crisis son "predecibles" puesto que sabemos, con

anticipación, que la gente tiene etapas decisivas que enfrentar en diversas ocasiones de sus vidas.”

Al cambiar las condiciones en el ambiente habitual de una persona se espera, entonces, que se desencadene una crisis. A continuación analizaremos las consecuencias cognitivas de este cambio.

La importancia de entender los siguientes conceptos redundará en el tipo de modelo que se propone para la intervención en crisis porque, si bien no se pierde de vista que lo más afectado en las víctimas de desastre son las condiciones afectivas, sí se considera que el apoyo ofrecido es una reestructuración cognitiva. La reestructuración cognitiva ofrece soluciones a algunos de los problemas inmediatos y favorece la elaboración de los afectos en el área afectiva.

Consecuencias Cognitivas de los cambios en el ambiente

En el **área cognitiva**, el suceso se deposita en la experiencia previa del sujeto. Esta nueva experiencia puede parecer demasiado discordante con las previas, o bien, está demasiado saturada de estímulos, lo que provoca que no se pueda procesar adecuadamente.

Una vez iniciada la crisis, el procesamiento cognitivo se relaciona con las estrategias con las que cuenta el sujeto y que le sirvieron para resolver problemas anteriores.

Aunque estas estrategias hayan resuelto los problemas que amenazaban la integridad del individuo, es posible que esta vez no lo logren, lo que le ocasionará zozobra.

Los sujetos que tenían problemas previos al suceso serán más vulnerables y tardarán más tiempo en recuperarse.

De acuerdo con el concepto de crisis, el suceso puede afectar negativamente al sujeto o, al contrario, favorecer la **translaboración** de los conflictos previos. La reestructuración cognitiva favorece el entendimiento de los sucesos previos y en muchas ocasiones replantea el sentido de la vida. Muchas de las víctimas incluso utilizan la fe en la religión para favorecer el entendimiento de los

sucesos. Esta utilización de la fe está relacionada con estilos de enfrentamiento propios de la persona y del medio social en el que vive.

Rappaport (1965) sugiere que un conflicto inicial puede percibirse como:

- a) una amenaza a las necesidades instintivas o al sentimiento de integridad física y emocional
- b) una pérdida (de una persona, habilidad o aptitud)
- c) un reto que amenaza con sobrepasar las capacidades del individuo.

En cada caso, los procesos cognoscitivos median entre el suceso y la respuesta del individuo al mismo. Clínicamente, es muy importante, después de determinar el suceso precipitante, averiguar lo que éste significa para la persona en crisis.

Un error clínico importante es asumir que se tiene un conocimiento de lo que el suceso significa para el individuo. Obviar el significado puede llevarnos a interpretar que el suceso ha sido terriblemente trágico para el sujeto cuando en realidad podría no serlo. Más adelante, por ejemplo, se hablará de los estilos de enfrentamiento, que pueden ayudar a las personas a elaborar un suceso como una oportunidad de cambio y no como una crisis o una catástrofe.

“así como el alimento de un hombre es para otro veneno, la crisis de un hombre puede ser para otro una secuela ordinaria de sucesos”.

Viney (1976)

Así, para intervenir una población en crisis debemos conocer no sólo la naturaleza del suceso, sino lo que significa para la persona.

Es necesario entender qué tan amenazante le resulta el suceso a la persona afectada: ¿es una amenaza o simplemente un cambio transitorio en los planes inmediatos?; para este fin es necesario revisar las estructuras cognitivas que están o estuvieron relacionadas con las expectativas establecidas sobre los acontecimientos; ¿cuáles de estas expectativas han sido contrariadas y qué conflictos personales (anteriores al evento) se hicieron evidentes o afloraron

con el suceso? ¿Cómo cambiaron las estructuras y se han elaborado los últimos acontecimientos?

Desorganización y desequilibrio

El estrés afecta al sistema inmunológico, lo que conduce a las personas en crisis no sólo a manifestaciones psicológicas y psiquiátricas, sino además, a sufrir síntomas somáticos, como los describe Halpern:

- sentimientos de cansancio y agotamiento;
- sentimientos de desamparo;
- sentimientos de inadecuación;
- sentimientos de confusión;
- síntomas físicos;
- sentimientos de ansiedad;
- desorganización del funcionamiento en sus relaciones laborales
desorganización del funcionamiento en sus relaciones familiares;
- desorganización del funcionamiento en sus relaciones sociales, y;
- desorganización en sus actividades sociales.

Vulnerabilidad y reducción de defensas

Para algunos autores el sentimiento de vulnerabilidad es el que hace al individuo más lábil ante la amenaza, mientras para otros esta labilidad está determinada por una reducción de las defensas. Cualquiera que sea la causa que ocasione la labilidad, ésta será el elemento a tomar en cuenta al realizar la intervención. La vulnerabilidad o la reducción de las defensas será el "pretexto" para iniciar el diálogo sobre las sensaciones durante y después del evento. Los sentimientos de vulnerabilidad o de disminución de las defensas darán cierta

sugestibilidad al individuo, con la que será fácil iniciar las labores de diálogo y de reestructuración cognitiva.

Esta sugestibilidad favorecerá la elaboración de nuevos conceptos o la translaboración de antiguos para reestructurar los detalles del conflicto y así entender lo sucedido o lo que sucede en el momento actual.

El entendimiento de la vulnerabilidad y la reestructuración cognitiva es la que ofrece la oportunidad de cambio. Es un poco difícil entender este concepto hasta que se interviene en las comunidades afectadas y en la práctica se escuchan comentarios de los afectados como "ya era necesario cambiar toda la cocina (de la casa)" o a algunos niños que dijeran, después del huracán Isidore, que les daba gusto que éste hubiera pasado porque ahora tendrían casas y escuela nuevas.

Trastorno en el enfrentamiento

Como ya se mencionaba, durante las crisis, las estrategias utilizadas anteriormente no dan resultado. Según Caplan, son siete las características de la conducta de enfrentamiento efectivo:

- Explorar activamente conflictos reales y buscar información;
- expresar sin reserva sentimientos negativos, positivos y tolerar la frustración;
- pedir ayuda activamente a otros;
- descomponer los problemas en fragmentos manejables y translaborar uno cada vez,
- estar conciente de la fatiga y las tendencias que propician la desorganización, en tanto se mantiene el control y los esfuerzos por seguir adelante en tantas áreas del funcionamiento como sea posible
- controlar los sentimientos donde se pueda (aceptándolos cuando sea necesario), ser flexible y estar dispuesto a cambiar, y

- confiar en sí mismo y en otros, y tener un optimismo básico sobre los resultados por venir.

Según la teoría de Lazarus, las dos ideas principales para enfrentar un problema son: cambiar la situación-solución de los problemas.

Cuando el sujeto se encuentra frente a una situación amenazante hace dos valoraciones: una al momento mismo del suceso para descartar una situación de peligro inminente y una segunda para sopesar las consecuencias de la situación, ya sea que éstas sean positivas, negativas o tensionantes.

- Las situaciones tensionantes son de tres tipos:
 - la amenaza de daño físico (como la pérdida de un órgano del cuerpo, el divorcio o la muerte intempestiva de un ser querido)
 - la amenaza al bienestar presente, o
 - un reto, una oportunidad de crecimiento, dominio o ganancia.

La valoración primaria está diseñada para preservar la vida, mientras la secundaria se utiliza para hacer frente a la situación, para crear una estrategia, para el "qué hacer".

Límites de tiempo

Debido a que la ocurrencia de un desastre ocasiona disturbios en todo el medio, es importante considerar el tiempo en el que las condiciones ambientales serán inusuales. Esta consideración se hace pensando que entre menor sea el tiempo de las condiciones inusuales, más pronto podrán hacerse las reestructuraciones cognitivas.

Los trastornos de angustia ocasionados por los fenómenos inesperados de naturaleza fortuita con el Trastorno de Estrés Agudo (TEA) y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). La diferencia entre ambos es, fundamentalmente, de tiempo; se considera TEA si éste persiste entre dos días y tres semanas y TEPT si su duración sobrepasa este tiempo.

Agudo si no sobrepasa tres meses y

Crónico si es mayor a tres meses.

Según Caplan, la crisis se resolverá en un período de entre cuatro y seis semanas, aunque, en realidad, este tiempo sólo puede ponderarse de acuerdo con el tipo de evento traumático. Por ejemplo, los enfermos de cáncer podrían mantenerse en estas condiciones por períodos de meses.

Debido a que el tiempo es uno de los factores importantes para que los afectados puedan recuperar las condiciones previas al desastre, es necesario hacer una distinción entre el **restablecimiento del equilibrio** y la **resolución de la crisis**.

Es de utilidad pensar que en seis semanas se restaura el equilibrio, esto es, la conducta errática, las emociones y las enfermedades somáticas se reducen desde el estado intenso característico de la parte inicial de la crisis.

Los seres humanos no tolerarán niveles altos de desorganización por períodos largos. La mayoría de los teóricos consideran al estado de crisis como un período transitorio de inestabilidad marcado por períodos de una mayor estabilidad. La inestabilidad o desorganización es la que está limitada en tiempo (Caplan, 1964; Danish y D'Augelli, 1980)."

Caplan (1964) describe el inicio de la crisis como sigue:

- Hay una elevación inicial de la tensión por el impacto de un suceso externo, que inicia a su vez, las habituales "respuestas para solucionar problemas".
- Si estas respuestas no resultan eficientes y si el impacto cesa, se incrementan la tensión, los sentimientos de trastorno y la ineficiencia.
- En tanto la tensión se incrementa, se movilizan otros recursos para la solución de problemas. En este punto, la crisis puede desviarse por cualesquiera de las siguientes opciones: reducción en la amenaza externa, éxito en las nuevas estrategias de enfrentamiento, redefinición del problema o la renunciación a propósitos fijos que resultan inasequibles.
- Sin embargo, si nada de esto ocurre, la tensión aumenta hasta un punto crítico que da lugar a una desorganización emocional grave.

Horowitz (1976) describe las reacciones a la tensión grave para detallar más ampliamente las etapas de la crisis. En este modelo, la reacción ante un hecho amenazante es el desorden, con reacciones emocionales reflexivas como llanto, angustia, grito, desmayo o lamentos. El desorden se refiere a las reacciones iniciales en el impacto del suceso."

El suceso puede conducir a la **negación** lo mismo que a la **intrusión**; "la negación conduce al amortiguamiento del impacto. Puede acompañarse de un entorpecimiento emocional, en no pensar en lo que pasó, o la planeación de actividades como si nada hubiera pasado" (concepto de embotamiento).

La **intrusión** incluye la abundancia involuntaria de ideas de dolor por los sentimientos acerca del suceso, sea una pérdida o alguna otra tragedia.

Translaboración es el proceso en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de la crisis. Algunos individuos progresan y translaboran estos sentimientos y experiencias naturalmente, en tanto que otros lo hacen únicamente con ayuda externa.

La **terminación** es la etapa final de la experiencia de crisis y conduce a una integración de la misma dentro de la vida del individuo. El suceso ha sido enfrentado, los pensamientos y sentimientos se han identificado y expresado y la reorganización ha sido consumada o iniciada."

Resolución de la crisis

Después de la crisis, el individuo sufre un cambio que puede ser para mejorar, empeorar o regresar al nivel anterior a la crisis. Aunque este último enfoque es poco probable debido al cambio que ya se efectuó.

Las soluciones propuestas pueden afectar positiva o negativamente al sujeto que las toma así como a quienes lo rodean.

Puede intentar autodañarse o dañar a alguien cercano, lo mismo que puede proponer soluciones para salir de la crisis.

Aquí aproximamos los conceptos a la terapia breve y de emergencia: es importante recordar que, en el fundamento de la terapia, el individuo afectado

translaborará los sentimientos a partir del área cognitiva y a través de la palabra. Además, es necesario hacer hincapié en el hecho de que el aprendizaje es una estructura formada por capas de experiencias que se acumulan en la memoria, por lo que este proceso no es estático, sino que cambia a cada momento, con cada proceso de translaboración.

Para definir la translaboración, tenemos los conceptos de Baldwin:

- Definir problemas, tratar con los sentimientos, tomar decisiones o aprender nuevas formas de solucionar los problemas o nuevas conductas de enfrentamiento,
- identificar y resolver por lo menos parcialmente conflictos subyacentes representados o reactivados por la crisis;
- definir y movilizar recursos individuales externos e internos, hacia la solución de la crisis; y
- reducir afecciones desagradables o incómodas relacionadas con la crisis.

De la lista de síntomas que Halpern nos ofrece, es posible deducir que éstos son meramente adaptativos: si fuera necesario hacer cambios en las estructuras cognitivas previas al suceso, es comprensible que las relaciones familiares, laborales y sociales tengan, por ende, que cambiar e incluso reelaborarse. Así, para Baldwin, se adquieren nuevas conductas de enfrentamiento, disminuye la vulnerabilidad y se adquiere madurez para continuar la vida.

Entre los recursos con los que cuenta una persona para afrontar las crisis, se cuentan:

Recursos materiales: Sabemos que el hombre tiene unas necesidades básicas que cubrir para llevar a cabo sus actividades. Una de las labores imprescindibles de la atención de urgencia es cubrir, en la medida de lo posible, estas necesidades, que pueden ser de índole material o psicológica. En muchas ocasiones la capacidad material rebasa al terapeuta, pero los afectados esperan que éste lleve sus peticiones ante la autoridad o

simplemente que le ayude a buscar soluciones para resolver estas necesidades, para lo que es necesario proponer algunas soluciones y escoger las más adecuadas, de acuerdo con los recursos físicos con los que disponen los afectados.

Recursos personales: La fuerza del yo, la historia previa de enfrentamiento a situaciones tensionantes, la existencia de cualquier problema de personalidad no resuelto y el bienestar físico son determinantes para prever la intensidad y el curso de la crisis.

Recursos sociales: La familia, los amigos y los compañeros de trabajo conforman el ambiente en el que el individuo se apoya y cuyo apoyo se va retirando paulatinamente para que sea el propio individuo quien termine de translaborar el suceso.

Para brindar apoyo a los afectados es necesario considerar que, el orden en el que se necesitará es:

- Ayuda material: ropa, comida, albergue, dinero
- Ayuda emocional: apoyo, amor y solidaridad
- Ayuda social: información y acercamiento a otros recursos de ayuda.

Se puede catalogar a la crisis como una respuesta normal a una situación anormal. Aunque las respuestas a los estímulos que tiene el individuo no sean las respuestas adecuadas, es necesario explicarle que "no está enloqueciendo" y que no tiene ninguna psicopatología, sino un cuadro de desorden que tiene características distintas de los cuadros habituales de estrés.

Personas como sistemas

Sabemos que los seres humanos están conformados por las distintas áreas que lo integran:

Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal y Cognoscitiva y son éstas las que utiliza para relacionarse con el medio.

Cuando se suscita una crisis, el sujeto sufrirá desorganización en al menos una de estas áreas, lo que conducirá a la desorganización de las otras.

Estas áreas son las que utiliza un sujeto para relacionarse con el sistema en el que está inmerso, que es la familia.

Si una persona tiene desorganizada alguna de las áreas mencionadas, llevará esta desorganización al sistema en el que está inmerso, lo que ocasionará una desorganización en éste.

Los investigadores de la conducta familiar y de sus relaciones sugieren que algunos problemas que desorganizan al sistema personal deben ser estudiados y tratados dentro del seno del mismo, como díadas, tríadas, alianzas y luchas por el poder, según la visión de Minuchin.

"Lewis y colaboradores (1976) han usado dimensiones como las siguientes en el estudio del funcionamiento de la familia:

- Estructura familiar (incluyendo el poder manifiesto, alianzas entre padres, cercanía y "la ley del más fuerte").
- Mitología (creencias familiares y autoconceptos que persisten aun cuando impliquen distorsiones de la realidad).
- Habilidades para la negociación (efectividad en la solución de problemas y métodos de resolución de conflictos)
- Autonomía (incluyendo estilos de comunicación y si la familia incita o no a sus miembros a cumplir con sus responsabilidades personales).

Afectos familiares (incluyendo expresión de sentimientos, estados de ánimo y armonía familiar, el grado de conflicto y la empatía presentes en los miembros de la familia)." (Bellak, L., 2000).

Entorno de la crisis

Así como el sistema personal está inmerso en el sistema familiar, éste está inmerso en un espacio y dentro de otro sistema, que es el sistema social.

El sistema social dicta las normas por las que deberá guiarse tanto el sistema familiar como el sistema personal. Este sistema rige las expectativas dentro de la comunidad de todos sus miembros y, por lo tanto, durante la crisis apoyará al sujeto para reorientarlo y guiarlo dentro del marco social en el que está inmerso e interactúa.

Para tener clara la idea de esta red y el motivo por el que se le nombra de esta manera, evoquemos a un individuo en crisis que será apoyado por su familia, a la familia y al sujeto pueden prestarle ayuda los vecinos, los amigos y los compañeros de trabajo. Si fuera necesario, las autoridades locales y eclesiásticas intervendrán para apoyar, e, incluso, las autoridades federales o internacionales.

Es importante identificar que estos sistemas operan como la gestalt y no como sujetos con conductas independientes inmersos dentro de otros sistemas; operan como una masa dinámica que funciona armónicamente y cuya alteración en cualquier lugar va a afectar hasta el último rincón de otro subsistema.

Una observación que hacen quienes estudian estos sistemas familiares es que, aunque todo el sistema esté afectado, las familias se acercan a pedir la ayuda porque uno de los miembros parece más afectado.

A este miembro se le denomina el paciente identificado y la idea de la atención para estos sistemas es desplazar la atención que prestan a uno porque está enfermo hacia todos los miembros dentro de las interacciones viciadas que éstos tienen.

"El principio de utilidad o funcionalidad (de un síntoma) significa que la conducta, los pensamientos, sentimientos y otros, que pueden parecer a primera vista completamente negativos o nocivos, deberían analizarse otra vez, para observar a qué propósito sirven dentro del ámbito familiar y social".

Las funciones de los sistemas

Los sistemas rigen la conducta de los sujetos y la modelan a través de la inclusión de reglas dentro de su seno: esto para que los sistemas organicen los diversos subsistemas, hagan las adaptaciones necesarias para dar cabida a la mayor parte de sus integrantes y tomen decisiones, también en beneficio de la mayoría de los integrantes.

Estados de estabilidad

Así como los individuos necesitan mantener un estado de equilibrio denominado homeostasis, los sistemas requieren también de la estabilidad. Cuando sucede una crisis, se espera que el orden se restaure lo más pronto posible.

Se ha observado que los sistemas requieren de alrededor de cuatro semanas para regresar a una condición que les brinde estabilidad. Stevenson describe el estado de estabilidad como " ... el rango de flexibilidad posible, para cada uno de los muchos componentes de las partes de todos los sistemas vivos. Este rango de flexibilidad significa que el sistema puede permanecer estable, no obstante los cambios y desequilibrios que ocurran dentro y entre las partes del mismo. Este rango de flexibilidad tiene límites."

Equifinalidad

"Los sistemas vivos se caracterizan por la equifinalidad o la capacidad de dos o más sistemas para lograr el mismo estado final, aunque bajo diferentes condiciones. ... La labor clínica en la intervención en crisis, entonces, es la de identificar variables que conduzcan a una resolución positiva para las crisis – variables que ocurren naturalmente en el medio (familias, iglesias, escuelas y otros semejantes), y aquéllas que necesitarán introducirse formalmente durante las crisis mismas, quizá por un consejero capacitado o un terapeuta." (Rodríguez Ortega, G., 1998).

Se sabe que los eventos traumáticos son los detonantes de las crisis. Sin embargo, una experiencia recogida por varios autores es que los problemas que repercuten de una manera más directa en el desencadenamiento de

síntomas de ansiedad después de ocurrido un desastre son los de índole familiar.

Con lo dicho, será más fácil entender, de acuerdo con la fase del desastre que se esté viviendo, cuáles son las características de la conducta durante cada fase. Para este fin, se ha recogido un cuadro de Raquel Cohen, que explica, en términos generales, cómo reaccionará la gente en cada fase del desastre. Es necesario mencionar que estas características no se presentan en todas las personas ni forzosamente tienen el orden mencionado.

Secuencia de reacciones ante el desastre

PRE-IMPACTO Sin aviso previo (terremoto)	Escasa preparación es posible. Algunos sectores están mejor informados y tienen conciencia del peligro.
Horas y días antes del impacto (huracanes, inundaciones)	La población es alertada: se prepara la evacuación. Sin embargo, algunos niegan tal posibilidad
IMPACTO Horas o días después	Los sobrevivientes experimentan angustia, miedo, preocupación, desorientación, desorganización, lentitud del pensamiento, confusión, dificultad en tomar decisiones, confusión en el tiempo, adormecimiento psíquico. Notan cambios en sus ritmos de sueño, apetito y energía
POST-IMPACTO Meses después	Los sobrevivientes y el personal de rescate experimentan tristeza, pena, depresión, cólera, frustración, rabia. Muchos signos de duelo se mantienen en proceso.
IMPACTO DE LARGO PLAZO Meses-años después	La mayor parte de la población retorna a su nivel de funcionamiento previo. Algunos otros presentan síntomas de trastorno de estrés post traumático.

(ATREMenorca, 2002).

Se tomó el cuadro de Cohen porque se considera que abarca todos los trastornos conductuales, pero es necesario mencionar que muchos autores han definido el estrés ocasionado por cambios en el ambiente, como Lazarus y Folkman, Bellack, Rappaport y hasta el mismo Freud.

Con base en los datos presentados, será necesario dedicar otro capítulo a una visión sistematizada de los trastornos de angustia.

Por el momento, con estas definiciones sobre el desastre y la crisis, podemos entender que el cambio en las condiciones ambientales puede desencadenar crisis en las personas afectadas y será necesario detener los fenómenos que aquejan a las personas (de los que se hablará en el siguiente capítulo, cuando se hable del estrés) para evitar las secuelas por la angustia y el estrés.

La crisis puede ser algo productivo que ofrezca posibilidades para que las personas afectadas adquieran nuevos bagajes cognitivos para resolver los problemas en ese momento o posteriormente. La crisis también puede ocasionar gran estrés y trastornos de angustia, así como otro tipo de trastornos cuando no se aborda de la mejor manera cognitiva.

Por este motivo, en el siguiente capítulo se explicará el proceso de estrés y los trastornos de angustia relacionados con el enfrentamiento de las crisis.

Como se verá en capítulos posteriores, las crisis y su resolución depende, en buena medida, de la capacidad de resolución del individuo por las características personales y de grupo.

Capítulo 3

Trastornos de Angustia

Para definir los cambios conductuales que se observan durante y después de ocurrido un desastre, es necesario revisar lo que dicen diversos autores, junto con las referencias históricas ya dadas, puesto que son muchos autores los que han definido los trastornos relacionados con la angustia que generan los desastres.

En realidad, la primera característica que se observa durante y después de ocurrido un desastre es un aumento del estrés, que puede desencadenar trastornos afectivos y cognitivos. Secundariamente a este aumento, se pueden observar otras alteraciones, como son algunos trastornos en las actividades diarias o incluso algunos trastornos somatomorfos de orden psicosomático.

Estas alteraciones responden al aumento de la activación o excitación (arousal), que es una respuesta normal de tipo fisiológico que abarca diversos sistemas: nervioso, endócrino y autónomo. Estos sistemas se activan para mantener un control adecuado de la persona sobre su medio. A la respuesta afectiva que emite una persona ante cierto estímulo se le ha denominado emoción.

Para Carlson, "una respuesta emocional está constituida por tres tipos de componentes: conductuales, autonómicos y hormonales. El componente conductual consiste en movimientos musculares apropiados a la situación que los elicit... Las respuestas autonómicas facilitan las conductas y ofrecen una rápida movilización de energías para poder llevar a cabo movimientos vigorosos. Las respuestas hormonales refuerzan las respuestas autonómicas. Las hormonas segregadas por la médula suprarrenal (adrenalina y noradrenalina) incrementan aún más el flujo sanguíneo hacia los músculos y promueven la conversión de los nutrientes almacenados en los músculos en glucosa. Además, la corteza suprarrenal segrega hormonas esteroidales, que también contribuyen a que haya glucosa disponible para los músculos" (Carlson, N. R. 1999).

Para entender las respuestas emocionales, es necesario revisar, desde el punto de vista fisiológico y conductual, varias estructuras anatómicas importantes:

La amígdala o complejo amigdalóide, la estructura localizada entre los lóbulos temporales, está implicada en las sensaciones biológicas más primitivas que preservan a la especie. Esta estructura participa en la activación y satisfacción de los apetitos y tiene también implicaciones en los estímulos desagradables: En este lugar se registran los estímulos emocionalmente relevantes y está involucrada en las respuestas reproductoras y la fisiología relacionada con las feromonas. Existen aquí aferencias y eferencias cuyas conexiones con el núcleo medial reciben aferencias sensoriales y envían información al prosencéfalo y al hipotálamo. Además, se envían aferencias sensoriales al núcleo central, que es la estructura que proyecta hacia regiones del hipotálamo, mesencéfalo, protuberancia y bulbo raquídeo, todas éstas, responsables de las respuestas emocionales. El núcleo central juega un papel determinante en la respuesta a estímulos aversivos.

Algunos estudios de laboratorio han demostrado que cuando se lesiona esta estructura en animales, éstos "dejan de mostrar signos de miedo ante estímulos aversivos y que también se muestran más dóciles cuando son manejados por personas, el nivel sanguíneo de hormonas relacionadas con el estrés es menor y tienen menos probabilidades de desarrollar úlceras u otros tipos de enfermedades inducidas por el estrés. En cambio, cuando la amígdala central es estimulada eléctricamente o mediante la inyección de un aminoácido excitatorio, el animal muestra signos fisiológicos y conductuales de miedo y agitación y la estimulación a largo plazo del núcleo central produce enfermedades inducidas por el estrés, tales como úlceras gástricas". (Carlson, N. R., 1999).

El núcleo central está involucrado en el aprendizaje de las respuestas ante estímulos aversivos. Así, cuando una persona haya aprendido que cierta situación es amenazante, habrá una respuesta de esta estructura que produce aumento de la frecuencia cardíaca, de la presión sanguínea, activación de los músculos y una secreción de las hormonas supracorticales. Esta estructura

tiene, entonces, una gran participación en las respuestas de aprendizaje condicionado si pensamos en términos del condicionamiento clásico. Debido a las aferencias y eferencias que se reciben en esta zona, el núcleo central recibe información visual y somatosensorial, lo que favorece una rápida activación de todo el sistema y da una respuesta de sobresalto.

También existe evidencia de que los ansiolíticos tienen efectos en esta zona, debido a que, si se regula su actividad, pueden disminuir las respuestas supracorticales. Así, los trastornos de ansiedad están conectados con esta zona.

Los estudios en humanos presentan evidencias congruentes con los estudios mostrados en animales: al estimular la amígdala, las personas sienten miedo; al lesionar esta zona, las respuestas de ansiedad, ira y temor son menores o se presentan alteradas.

Algunos estudios cerebrales en los que se presentaban imágenes y películas con contenidos neutros y emocionales ponen de manifiesto el aumento de la activación de esta estructura: se observó que las personas estudiadas presentaban un aumento del flujo sanguíneo en la amígdala.

En los estudios donde se pide a los sujetos que evoquen recuerdos con alto contenido emocional o incluso que imiten algunos gestos de ansiedad y temor, se observan cambios en la frecuencia cardíaca, en la dilatación pupilar, en la motilidad intestinal, en el tono muscular y en la temperatura de la piel, todos estos, propios de un aumento de la actividad suprarrenal.

Estos estudios han dado lugar al estudio de la retroalimentación biológica, con registros de los cambios en la temperatura corporal y en la tensión muscular. Estos estudios son de gran importancia para el trabajo de relajación que se plantea más adelante como técnica de atención. Las personas atendidas pueden determinar si la relajación que se les solicita es adecuada por el aumento de la temperatura corporal durante y después del ejercicio de relajación.

Otra zona implicada en las emociones es el lóbulo prefrontal, que, según demuestran los estudios con lesiones en esta área, favorece la toma de

decisiones de orden social y cotidiano. Según la versión de Carlson, "la corteza supraorbital no está directamente involucrada en hacer juicios y sacar conclusiones de los acontecimientos (esto ha de llevarse a cabo en otras partes del cerebro), sino en traducir estos juicios en sentimientos y conductas apropiados."

Estas estructuras son las que dan y traducen las emociones, pero ¿cómo se hace la lectura de estas emociones a nivel social?

La expresión de las emociones se traduce en gestos posturales y faciales que alertan a las demás personas sobre nuestro estado de ánimo. Otra forma de expresar las emociones es a través del tono de voz.

La manera como se interpretan estos gestos facilita al entrevistador o terapeuta el reconocimiento del grado de ansiedad que tiene una persona. Así, por ejemplo, cuando se intervino a la población estudiantil de Colima, después del sismo del 21 de enero de este año, fue posible detectar el grado de ansiedad que tenían, a pesar de negar que tuvieran alteraciones de otro tipo. Cuando hablaban de lo sucedido durante el temblor, el tono de voz de muchos de ellos variaba notablemente y muchos de ellos tenían posturas tensas: era fácil observar la tensión acumulada en los hombros en muchos de ellos.

Por otro lado, se había mencionado también la importancia de la retroalimentación biológica, que se analizará en la parte terapéutica, pero que sólo se puede entender si comprendemos las interacciones e interrelaciones entre sistemas.

Una vez explicadas las respuestas emocionales es más fácil explicar qué son los sentimientos: Según la teoría de William James y Walter Cannon, "las situaciones generadoras de emociones elicitán un conjunto apropiado de respuestas fisiológicas, tales como temblores, sudor y aumento de la frecuencia cardíaca. Las situaciones también elicitán conductas, como cerrar los puños o luchar. El cerebro recibe retroalimentación sensorial de los músculos y de los órganos que producen dichas respuestas y es esta retroalimentación la que constituye nuestras sensaciones emocionales" (Carlson, N. R., 1999).

James fue quien estudiara la conexión que existe entre la simulación de un rostro con alto contenido emocional y las alteraciones del sistema nervioso autónomo. Así, llegó a la conclusión que el cambio en el estado de ánimo o en la actividad del sistema nervioso autónomo al simular expresiones, es consecuencia de la experiencia. Es decir, la combinación de los movimientos faciales junto con los cambios en el sistema nervioso autónomo, dan lugar a un condicionamiento clásico, "de tal manera que la retroalimentación desde los movimientos faciales pasa a ser capaz de elicitar la respuesta autonómica (y a producir un cambio en la emoción percibida) o quizás la conexión sea innata." (Carlson, N. R., 1999).

Miedo y ansiedad

Ahora se revisará la visión de otros autores respecto de dos emociones particulares: el miedo y la ansiedad.

Según Cofer, el miedo y la ansiedad son respuestas a estímulos del medio que amenazan la integridad de un sujeto y que "procuran la fuerza o energía que conduce a una conducta considerada a menudo como expresión de otro motivo". Además, según este mismo autor, "el miedo suele ser generalmente definido como una reacción a un peligro presente, real, al paso que la ansiedad surge con anticipación a un peligro o a una amenaza, bien sea real o irreal" (Cofer, Ch., 1999). Esta es una definición que ya Freud usaba y con la que distinguía entre miedo y ansiedad.

En su libro "Más allá del principio del placer", Freud apunta: "... Susto, miedo y angustia son términos que se usan erróneamente como sinónimos, pues pueden diferenciarse muy precisamente según su relación al peligro. La angustia constituye un estado semejante a la expectación del peligro y preparación para el mismo, aunque nos sea desconocido. El miedo reclama un objeto determinado que nos lo inspire. En cambio, el susto constituye aquel estado que nos invade bruscamente cuando se nos presenta un peligro que no esperamos y para el que no estamos preparados; acentúa, pues, el factor sorpresa. ..." (Freud, 1996). Se utiliza esta referencia a la angustia de Freud porque está relacionada en un texto que habla de la neurosis traumática y de

guerra, término que utilizó para designar los trastornos observados después de sucesos traumáticos.

Según Lazarus y Folkman (1984), la angustia después de un evento traumático se genera cuando los recursos cognitivos de una persona se ven rebasados por el suceso. Con base en las definiciones de crisis, podemos decir que un suceso, dependiendo de su duración e impacto, puede ser manejado por una persona o sobrepasar sus recursos cognitivos y afectivos. Si el suceso, amenazante de inicio, sobrepasa estos recursos, hará que la persona recorra, en el mismo sentido en que Freud y Carlson lo describen, en diferentes momentos y contextos, del miedo a la angustia.

Para este trabajo es imprescindible tomar en cuenta también los conceptos de Lazarus y Folkman y con base en ellos, planear un sistema de atención psicológica; para este fin, se utilizará un término que utilizan estos autores: estrés.

En la revisión del estrés que hacen ambos en "Estrés y procesos cognitivos", discuten como, en la época en que se discutía qué era éste, no existía un concepto bien definido, sino la descripción de las características fenomenológicas que se observaban en los sujetos cuando se inicia la activación de algún sistema para su sobrevivencia. Para entender el estrés intentan circunscribir su definición a un análisis de los fenómenos que lo producen, la capacidad cognitiva que tienen los sistemas vivos y las diferencias individuales y de grupo de los sujetos que enfrentan el estrés.

Con esta definición tratan de evadir la tendencia de definir el estrés como una extensión de todas aquellas actividades normales que se presentan como adaptativas y evitar la vaguedad de pensar en el estrés como algo rutinario. La tendencia, entonces, es estudiar un fenómeno que precipite una crisis a través del reboamiento de la capacidad del individuo ante una situación particular. Así, la aportación que se recoge en este trabajo es una visión más holista del estrés respecto de los desencadenantes de éste, las respuestas de la gente y los estilos de enfrentarlo de acuerdo con diferencias en las características individuales y de grupo.

Dentro de las definiciones que se utilizan para entender el estrés están: estrés, estresores, acontecimientos estresantes, estilos de enfrentamiento y vulnerabilidad.

En una definición un poco simplista de estrés: "Al entrar en contacto con las tradiciones psicológicas pertenecientes al pasado más reciente, que retratan a los hombres y los animales como reactivos a estimulación, ... la definición más común de estrés adoptada por los psicólogos, ha sido la de que se trata de un estímulo. Los estímulos generadores de estrés se consideran generalmente como acontecimientos con los que tropieza el sujeto. Las definiciones de estímulo incluyen también determinadas condiciones originadas en el interior del individuo, como por ejemplo, el hambre, la actividad o la apetencia sexual, las cuales se basan en estados hormonales y estímulos originados a partir de características neurológicas determinadas, ... " (Lazarus, R., Folkman, S., 1984).

Para definir estresores, "Lazarus y Cohen (1977) hablan de tres tipos de acontecimientos: cambios mayores (a menudo se refieren a cataclismos y afectan a un gran número de personas), cambios mayores que afectan sólo a una persona o a unas pocas y, en tercer lugar, los ajetreos diarios. En lo que respecta a los primeros, ciertos fenómenos del tipo de los cataclismos son considerados como estresantes de forma universal y situados fuera de cualquier tipo de control. Se incluyen en este grupo los desastres naturales, las catástrofes producidas por el hombre, tales como la guerra, el encarcelamiento, el desarraigo y la readaptación consiguiente. Se trata de hechos que pueden ser prolongados (p.e., encarcelamiento) o que pueden ocurrir de forma sumamente rápida (temblores de tierra, huracanes), aunque el efecto físico y psicológico producido por el más breve desastre puede extenderse en el tiempo de forma prolongada.

Los cataclismos y demás desastres pueden afectar también a una sola persona o a un número relativamente bajo de ellas, pero el número de afectados no altera de forma significativa la capacidad perturbadora de tales acontecimientos." (Lazarus, R., Folkman, S., 1984).

Lo dicho nos aproxima al concepto de acontecimientos estresantes: el fenómeno que detona el aumento del estrés (la respuesta), puede estar totalmente fuera de nuestro control (como la muerte de alguien cercano) o estar influido por decisiones que tomamos (como pasar un proceso de divorcio). Así, podemos pensar que la vida diaria está llena de fenómenos estresantes, pero no todos desbordan nuestros recursos o lo hacen por períodos breves. Algunos de estos eventos son lo que Lazarus y Folkman definen como "ajetresos diarios". El peligro de estos ajetresos diarios es que, aunque cuantitativamente no desbordan los recursos, son constantes y pueden someternos a un estrés continuo, que podría desencadenar otros trastornos y perjuicio en la salud. Por ejemplo, la secreción continua de ácidos gástricos puede generar una úlcera, muy propia de los estados de estrés crónico. De este modo, también podemos pensar en el estrés por grados y en términos de sus características cuantitativas y cualitativas; todos estos conceptos nos llevan a tener parámetros para medir los niveles de estrés.

Una vez que se explican las características del estrés, es importante señalar que la vulnerabilidad (de la que se había hecho mención en las definiciones del desastre como fenómeno social) puede definirse como la característica del sujeto de experimentar y sufrir las consecuencias de una catástrofe o una calamidad.

Frente al estímulo estresante, se han reconocido diferencias en la forma como las personas visualizan y enfrentan los fenómenos estresantes. Así, lo que puede ser muy caótico para ciertas personas, no lo es para otras. Estas diferencias son características de ciertos estilos de personalidad, o bien, de ciertos aprendizajes dentro de un grupo. A estas características se les ha denominado "estilos de enfrentamiento".

Una vez explicados los conceptos anteriores, podemos recapitular con el siguiente: "El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar".

Con toda esta información, entonces, lo que habrá de reconocerse en una población que haya sufrido un evento catastrófico, serán los trastornos de

angustia (relacionados con el aumento del estrés), para lo cual se revisa el manual DSM-IV. Al hacer esta revisión en las poblaciones afectadas, nuevamente es necesario hacer hincapié en que no forzosamente tenemos pacientes psiquiátricos entre las poblaciones afectadas, sino personas cuyos sistemas han respondido de manera adecuada ante una situación estresante. En este tenor, es necesario hacer también hincapié en que la atención que se les proporcionará estará basada en modelos de intervención orientados, en muchas ocasiones, a la resolución de problemas y a la elaboración de duelos, en caso de ser necesario. La atención que se proporcionará a las poblaciones afectadas está dentro de la prevención secundaria, de la que se habla en el siguiente capítulo, al igual que de la psiquiatría comunitaria. Esta prevención está contemplada como parte de un programa de salud en el que no forzosamente se tienen individuos enfermos, sino mejor es evitar que éstos enfermen por falta de cuidados preventivos y atención. Estamos hablando del continuum salud-enfermedad.

La intención de intervenir está basada en el modelo de atención mental, desde un punto de vista de la prevención secundaria, por lo que, a continuación se revisarán los trastornos de angustia generados a partir de un evento traumático y las secuelas que éstos dejan cuando no se interviene a tiempo.

El manual DSM-IV describe a los siguientes trastornos de angustia:

- Crisis de angustia
- Agorafobia
- Trastorno de angustia sin agorafobia
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno obsesivo compulsivo
- **Trastorno por estrés postraumático**

- **Trastorno por estrés agudo**
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- Trastorno de ansiedad no especificado

Según el manual, " ... En el contexto de todos estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia ... ". Así, aunque los trastornos de estrés postraumático y agudo son los que nos interesan, es necesario saber de la existencia de los otros, debido a que, cuando no se resuelven los dos primeros, se pueden presentar, como secuela, uno o más de los trastornos de ansiedad.

Como su nombre lo dice, estos trastornos están relacionados con la angustia y la ansiedad, por lo que todos presentan aumentos en la activación y, como lo describen Freud y Cofer, sensaciones inespecíficas en el cuerpo.

A continuación se revisa sólo el trastorno de estrés agudo debido a que el trastorno de estrés postraumático presenta los mismos criterios, con diferencias en los tiempos de inicio con respecto al evento traumático.

***Criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno de estrés agudo (308.3):**

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
- (1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 - (2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
- B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres o más de los siguientes síntomas disociativos:
- (1) sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional

- (2) reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
 - (3) desrealización
 - (4) despersonalización
 - (5) amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)
- C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia y malestar de exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
- D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
- E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo o interfieren de manera notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios, o explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
- G. Estas alteraciones duran un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
- H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los ejes I ó II." (DSM-IV, 2000).

En caso que se presente el Trastorno de Estrés Postraumático, especificar si:

" ... Agudo: si los síntomas duran menos de tres meses.

Crónico: si los síntomas duran tres meses o más

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado mínimo seis meses." (DSM-IV, 2000).

Debido a la naturaleza del trastorno, la intervención que se hace siempre está contemplada como prevención secundaria. Recordemos que la prevención primaria está en el ámbito de la prevención de las patologías, que en este caso es muy difícil para el psicólogo; la secundaria se utiliza para mitigar los desórdenes una vez que ha aparecido un evento traumático, en el caso particular del TEPT y la terciaria contempla la atención a las secuelas del TEPT, que según el DSM – IV son:

"Los individuos con trastorno por estrés postraumático pueden sentirse amargamente culpables por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida. En otras ocasiones las actividades que simulan o simbolizan el trauma original interfieren acusadamente con sus relaciones interpersonales, lo que puede dar lugar a conflictos conyugales, divorcio o pérdida del empleo. Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (p. ej., abusos sexuales o físicos en niños, peleas familiares, secuestros, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, torturas), puede aparecer la siguiente constelación de síntomas: afectación del equilibrio afectivo; comportamiento impulsivo y autodestructivo; síntomas disociativos; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad; vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de perjuicio permanente; pérdida de creencias anteriores; hostilidad; retraimiento social; sensación de peligro constante; deterioro de las relaciones con los demás y alteración de las características de personalidad previas.

En este trastorno puede haber un mayor riesgo de presentar trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno de somatización y trastorno

relacionado con sustancias. También queda por aclarar hasta qué punto estos trastornos preceden o siguen al inicio del trastorno de estrés postraumático.

Como hallazgos de laboratorio, se han encontrado: aumento de la activación (arousal), que puede ser cuantificado mediante estudios de actividad vegetativa (p. ej., frecuencia cardíaca, electromiografía, secreción de glándulas sudoríparas)." (DSM-IV, 2000). Además, con frecuencia, estas personas se encuentran con algunas enfermedades médicas asociadas que corresponden a los daños sufridos durante el evento traumático, como traumatismos encéfalo craneales, quemaduras y contusiones.

Falta página

N°

66

Capítulo 4

Diferencias individuales, de grupo y estilos de enfrentamiento

Ya se habló de la manera de ver la crisis. En un capítulo posterior se revisarán las técnicas cognitivas para enfrentar a ésta. Por el momento es importante entender (como ya se había sugerido en el capítulo 2), como las personas responden ante las crisis de acuerdo con sus bagajes personales y culturales.

Las personas responden de diferentes maneras ante un mismo estímulo debido a las diferencias individuales y de grupo. Incluso, puede decirse que una misma persona puede tener diferentes respuestas ante el mismo estímulo en dos tiempos distintos.

Evaluación cognitiva

Según Lazarus y Folkman, las personas hacemos una valoración de los estímulos del ambiente, el que puede resultarnos muy amenazante o sólo ligeramente amenazante. Por tanto, dependiendo de la percepción de éste, será posible evaluar el grado de amenaza al que se enfrenta el individuo, y, dependiendo del grado de amenaza que se valore, se utilizarán los recursos cognitivos para salir de la crisis. Otro factor implícito en la valoración es el tiempo de exposición ante el suceso amenazante, así como su profundidad.

Una persona que ha estado expuesta en muchas ocasiones o por períodos prolongados a un estímulo, termina por habituarse a él. Sabemos que el aprendizaje frente a un estímulo se obtiene cuando una persona emite una respuesta. Esta respuesta provoca un cambio en el medio (que se ve moldeado por la respuesta), y que, a su vez, provocará la elicitación de otra respuesta o bien la extinción de la primera respuesta.

El tipo y la calidad de las respuestas están determinadas por las características individuales y de grupo de una persona. En el caso de las características individuales, se pueden considerar muchos factores, desde los instintivos y genéticos hasta los de aprendizaje e inteligencia. En el caso de las características de grupo, es posible considerar factores como los valores morales, e incluso, las experiencias que el grupo ha enfrentado como sociedad.

Además, el medio debe ofrecer un estímulo que la persona distingue como una situación favorable o desfavorable y ante la cual se ve obligada a responder rápidamente para sobrevivir. El significado que cada individuo le da a estas situaciones es completamente subjetivo porque lo que para uno puede ser sumamente amenazante, para otro no lo es. Lazarus cita a Shakespeare para explicar estas diferencias: "No hay nada bueno ni nada malo en sí mismo, es nuestro pensamiento quien lo transforma". (Shakespeare, 1996).

En el análisis de las situaciones que desencadenan la respuesta de activación del sistema nervioso (arousal), deberá tomarse en cuenta el significado de éstas para entender la profundidad del impacto que producen. Así, será conveniente revisar su impacto cognitivo sobre una persona o un grupo, tomando en cuenta que esta información puede utilizarse como apoyo para el trabajo terapéutico al revelar la introyección de las estructuras frente a los problemas en esa sociedad particular.

Lazarus cita a diversos autores para definir la evaluación cognitiva:

- "la evaluación de la situación requiere una actividad mental en la que se incluye el proceso de enjuiciamiento, discriminación y elección, basados en la experiencia pasada". (Grinker y Spiegel, 1945).
- "Arnold fue la primera que intentó tratar el concepto de forma sistemática. Considera la evaluación como el determinante cognitivo de la emoción, describiéndola como un proceso rápido e intuitivo que ocurre de forma automática y que se diferencia del pensamiento reflexivo, más lento y más abstracto. Escribe lo siguiente:

La evaluación es inmediata e indeliberada. Si vemos que alguien nos apunta un ojo con su dedo, evitamos la amenaza instantáneamente, aun cuando sepamos que no intenta hacernos daño tan siquiera llegar a tocarnos. Antes de dar una respuesta inmediata como la descrita, hemos tenido que valorar que el dedo que nos señalaba podía lesionarnos. Como el movimiento es inmediato, indeliberado o incluso contrario a nuestro conocimiento, la evaluación del posible daño ha de ser igualmente inmediata.

- Aunque Janis y Mann no describen su modelo de conflicto y decisión en términos de evaluación, en realidad se halla muy relacionado con el proceso. Estos autores formulan cuatro preguntas sobre consecuencias, recursos e inminencia y a partir de las respuestas emitidas a tales preguntas, determinan la calidad de la información que se precisa y la decisión que hay que tomar:

¿Corro un riesgo importante si no introduzco un cambio?

¿Son importantes los riesgos si no lo hago?

¿Es una postura realista esperar a encontrar una solución mejor?

¿Tengo tiempo suficiente para pensar y deliberar?

Todas estas cuestiones relacionadas con la evaluación, conforman la valoración del individuo de los acontecimientos y sus posteriores decisiones al respecto (enfrentamiento)" (Lazarus, R., Folkman, S., 1984).

Mientras que estos últimos autores se interesan por las acciones llevadas a cabo o a llevar a cabo para actuar frente a una situación particular, Lazarus y Folkman consideran *cualquier* acontecimiento que desborde los recursos cognitivos y afectivos frente a una situación amenazante y que ocasione inadaptación frente al medio.

Recordando lo dicho sobre la crisis y sobre el aumento de la activación a través de la evocación de distintos estímulos, podemos considerar la evocación del recuerdo del suceso con el que se enfrentó una persona en una situación de desastre para diagnosticar las áreas de conflicto actuales, así como la profundidad de la percepción de la amenaza que le representa a una persona en este momento.

De esta manera, sería posible, como dice Lazarus, hacer "... que los sujetos revivan sus experiencias emocionales pasadas; con ello no sólo pudieron distinguir entre emociones positivas y negativas sino que también pudieron hallar diferencias dentro de la categoría de emociones negativas..."

Para revivir las experiencias pasadas, podemos utilizar diferentes estrategias terapéuticas, entre las que se cuenta la terapia de grupo, en la que las

personas, al tiempo que recuerdan sus propias experiencias, reviven las catástrofes y reconstruyen cognitivamente, al tiempo que verbalizan los problemas y afectos. Además, comparten las experiencias dentro de un grupo de gente que se solidariza con ellos porque está experimentando experiencias similares.

Factores personales que afectan la evaluación cognitiva

Se había revisado anteriormente el concepto de crisis para concluir que ésta es una situación ambigua en la que una situación puede ser muy amenazante o puede ser una oportunidad de cambio.

En esta definición existe una evidencia perceptual basada en diversos factores:

- el impacto del daño previsto (la evaluación de la amenaza)
- la oportunidad de cambio
- los recursos con los que cuenta un individuo para hacer frente a la situación
- las creencias personales
- el compromiso de una persona respecto de la situación amenazante y el medio

Evaluación de la amenaza

Para Lazarus, la situación que ha cambiado puede presentar diversos grados de amenaza, de acuerdo con la gravedad de los cambios y la manera de percibirlos. Es necesario recordar que, en una situación de amenaza, el sujeto tiene un aumento de la activación de la que ya se habló al describir fisiológicamente los cambios en el organismo, y que este aumento declinará cuando pase la amenaza. Si la activación no disminuye, ocasionará los trastornos de ansiedad ya descritos.

Para los sujetos, la evaluación puede ser categorizada como primaria y secundaria; que sea primaria o secundaria no depende de la importancia, sino del momento en que se realiza.

Evaluación primaria

Para llevar a cabo una evaluación primaria es necesario definir la profundidad del evento:

1. Irrelevante, si no tiene ningún valor para el sujeto.
2. Benigno-positiva, si "las consecuencias del evento se valoran como positivas, es decir, si preservan o logran el bienestar o si parecen ayudar a conseguirlo" (Lazarus, R., Folkman, S., 1984).
3. Estresante, cuando la situación implica una pérdida o daño, una amenaza o un desafío.

De estos, se considerará de importancia la evaluación estresante, debido a que el trabajo de evaluación terapéutica está dirigido en este sentido.

Según Lazarus y Folkman, *la amenaza* se refiere a aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero que se prevén. Aún cuando ya hayan tenido lugar, se consideran igualmente amenaza por la carga de implicaciones negativas para el futuro que toda pérdida lleva consigo. ... La importancia adaptativa primaria de la amenaza se distingue del daño/pérdida en que permite el enfrentamiento anticipativo. En la medida en que el futuro es predecible, el ser humano puede planear y tratar por anticipado algunas de las dificultades que espera encontrar.

La tercera clase de evaluación del estrés, *el desafío*, tiene mucho en común en el sentido en que ambos implican la movilización de estrategias de enfrentamiento. La diferencia principal entre los dos es que en el desafío hay una valoración de las fuerzas necesarias para vencer en la confrontación, lo cual se caracteriza por generar emociones placenteras tales como la impaciencia, excitación y regocijo, mientras que en la amenaza se valora principalmente el potencial lesivo, lo cual se acompaña de emociones negativas tales como miedo, ansiedad y mal humor." (Lazarus, R., Folkman, S., 1984).

Estos conceptos nos recuerdan los de crisis. Podemos decir que una vez que la situación estresante puede ser controlada por los recursos que tiene una persona para resolver problemas y que la gravedad del evento traumático ha

disminuido, el evento puede ser una oportunidad de aprendizaje y cambio, así como de anticipación a un evento de características similares, como en el caso de los desastres naturales.

La experiencia de la brigada en algunas comunidades intervenidas es que las primeras necesidades expresadas por los miembros de la comunidad son la capacitación y el establecimiento de programas relacionados con la prevención del desastre para estar prevenidos en el futuro; los sentimientos de vulnerabilidad podrían reducirse si existe anticipación ante el evento traumático. Incluso, cuando se han hecho las intervenciones, la comunidad tiene una gran disposición hacia la organización de brigadas de protección civil. Reconocemos que, aunque la labor de la brigada está inscrita dentro de la prevención secundaria, podría hacerse prevención primaria si se contara con los recursos financieros para ello. Con esto se apoyaría la participación interinstitucional, para aprovechar nuestra experiencia, junto con la experiencia de diferentes instituciones como la Cruz Roja o Protección Civil y alertar a la población sobre la necesidad de contar con planes de evacuación y tener en cuenta los diferentes riesgos de las diferentes zonas.

Evaluación secundaria

En la evaluación secundaria es necesario actuar sobre la situación que pone en peligro o amenaza, o incluso, la que presenta un desafío. Esta evaluación se caracteriza porque se hace conforme se enfrentan diferentes situaciones en un continuo en el que se toman decisiones rápidas, algunas de tipo intuitivo, y se revisan los resultados inmediatos para valorar qué se está poniendo en juego con cada decisión y cada resultado.

En la evaluación secundaria, el estilo de enfrentamiento de los sujetos es el rasgo con el que se logrará la resolución de un problema, mientras que en la evaluación primaria son los agentes estresantes los que determinan la gravedad del problema.

En este concepto de evaluación secundaria debe tenerse en cuenta que cuando la determinación tomada no está dando los resultados adecuados,

deberá hacerse una revaloración para redirigir los esfuerzos hacia un resultado satisfactorio.

Control

Una vez que se presenta un evento estresante, es primordial para el sujeto sentir que tiene alguna forma de decisión sobre lo que está sucediendo. Por lo menos, necesita saber que las respuestas que tiene están bajo su completa influencia y que los estímulos externos no son los que determinan la situación.

El control, teniendo en cuenta que la amenaza es externa y que puede reducirse en ocasiones, puede explicarse en términos de control interno y externo. Así, el control interno está relacionado con la forma como el sujeto enfrenta el entorno y como percibe este enfrentamiento.

Lazarus y Folkman hablan, además, de la percepción que tiene la persona sobre el control que ejerce sobre el medio. Como parte de esta percepción, están los estilos de enfrentamiento. Para entender la forma como el sujeto percibe el control personal, citaremos a Lazarus y Folkman:

"Las creencias sobre el control personal tienen que ver con las sensaciones de dominio y de confianza. Estas creencias han sido discutidas tanto como formas generalizadas de pensamiento como expectativas específicas de la situación. Hablar de control como de creencia generalizada es hablar de una disposición estable de la personalidad, distinguible de un juicio contextualizado o de la evaluación de un acontecimiento determinado. La distinción es importante tanto en el terreno teórico como en el práctico puesto que una definición se refiere a una variable antecedente estable y, la otra, a un proceso" (Lazarus, R., Folkman, S., 1984).

Por último, y antes de definir los estilos de enfrentamiento, se hablará de dos conceptos importantes para entender como toman decisiones las personas y los motivos que llevan a esas decisiones (estilos de enfrentamiento): compromisos y creencias.

Compromiso

Se toma el concepto de Lazarus y Folkman para definir el compromiso, aunque también es importante mencionar la carga afectiva y motivacional que tiene el compromiso sobre una persona:

"Los compromisos expresan aquello que es importante para el individuo. Asimismo, deciden lo que se halla en juego en una determinada situación estresante. Cualquier situación en la que se involucre un compromiso importante, será evaluado como significativa en la medida en que los resultados del enfrentamiento dañen, amenacen o faciliten la expresión de ese compromiso. Los compromisos deciden también las alternativas que el individuo elige para conservar sus ideales y/o conseguir determinados objetivos" (Lazarus, R., Folkman, S, 1984).

En este concepto no se consideraron los rasgos conscientes e inconscientes del compromiso, pero se sabe que éste está íntimamente ligado con los valores intrínsecos y morales de una persona. La determinación afectiva lo vinculará con el medio de acuerdo con una jerarquía de valores, donde los compromisos pueden ser personales y estar más relacionados con motivaciones internas o incluso con las situaciones de desafío, o bien, pueden estar más vinculados con factores afectivos cuyos reforzadores son sociales.

Así, por ejemplo, en una situación de desastre, las respuestas ofrecidas por un individuo pueden estar fundadas en la preservación no sólo de la propia vida (o seguridad), sino la de los hijos, parejas, padres o hermanos. Estas respuestas estarán determinadas por el grado de compromiso del sujeto, que determinarán, asimismo, las evaluaciones primaria y secundaria e incluso sus estilos de enfrentamiento frente a la crisis.

Creencias

La definición que nos proporcionan Lazarus y Folkman es la siguiente: "Las creencias son configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente (Wrubel et al). Son nociones preexistentes de la realidad, que sirven de lente perceptual o de 'batería' por usar el término preferido por los psicólogos interesados en la percepción. En la evaluación, las

creencias determinan la realidad de <<cómo son las cosas>> en el entorno, y modelan el entendimiento del significado.

La discusión de Bem (1970) sobre los fundamentos cognitivos de las creencias resulta útil para poder entender, a un nivel más formal, como funcionan en el proceso de evaluación. Brevemente, Bem distingue entre creencias primitivas y creencias de orden superior. El concepto de creencias primitivas se deriva de la premisa de que el que cree no está abierto a la crítica (a cuestionar) (véase también Rokeach, 1968). Las creencias primitivas fundamentales son:

Consideradas de esta forma por admitir que no somos capaces de advertir que estamos del todo ligados a ellas; permanecemos sin tenerlas en cuenta hasta que nos llaman la atención o las ponemos en duda porque algunas de las circunstancias en las que aparecen son violadas. Por ejemplo, creemos que un objeto continúa existiendo aún cuando dejemos de mirarlo; creemos que los objetos guardan el mismo tamaño y forma cuando nos separamos de ellos, aún cuando sus imágenes cambien [...] Nuestra fe en la validez de nuestra experiencia sensorial es la creencia primitiva más importante de todas (p.5)" (Lazarus, R., Folkman., S., 1984).

Las creencias son de dos tipos: las creencias personales y las de tipo existencial.

Las *creencias personales* son los pensamientos que tienen los sujetos acerca de su propia capacidad de respuesta y sobre el aprendizaje obtenido a través de experiencias pasadas. Por lo tanto, los individuos, a través de estos procesos pueden tener sentimientos de vulnerabilidad. Nuevamente, tenemos que el sujeto relaciona la gravedad y profundidad del suceso para confrontarlo con sus recursos materiales y cognitivos y valorar si es capaz de enfrentar la crisis.

"Las *creencias existenciales*, como la fe en Dios o en otro orden natural del universo, son creencias generales que ayudan a la gente a conservar la esperanza y a buscar significado a la vida, a pesar de sus experiencias dolorosas.

Antes hemos comentado cómo los compromisos ayudan a mantener los esfuerzos de enfrentamiento. En este sentido, los compromisos y las creencias existenciales son parecidos. Sin embargo, a pesar de esta abierta similitud, ambos son completamente distintos. Las creencias se refieren a aquello que uno piensa que es verdad, al margen de que le guste o le merezca desaprobación, mientras que los compromisos reflejan valores: es decir, aquello que uno prefiere o considera deseable ". (Lazarus, R., Folkman, S., 1984).

Estos elementos deben ser considerados cuando se da el apoyo terapéutico para reforzar los procesos de aprendizaje respecto de una situación amenazante. Este reforzamiento se verá inserto en la estructura del yo, con la que podrán hacerse avances en el trabajo terapéutico para revalorar la situación y fortalecer estas estructuras, particularmente cuando los sujetos se perciben vulnerados. Además, el reconocimiento de las creencias existenciales se utiliza como apoyo para fortalecer la esperanza, particularmente cuando los sentimientos de las personas son de abandono, desesperanza y depresión.

Enfrentamiento

Existen dos maneras de definir el enfrentamiento: una muy simplista de tipo experimental con animales y la otra, la teoría psicoanalítica del ego.

El primer planteamiento, el de la experimentación tradicional con animales, está basado en las teorías de Darwin, "según las cuales la supervivencia del animal depende de su habilidad para descubrir lo que es predecible y controlable en el entorno y así poder evitar, escapar o vencer a los agentes nocivos. El animal depende de su sistema nervioso para realizar la oportuna discriminación para su supervivencia.

En el modelo animal, se define frecuentemente el enfrentamiento como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo, por tanto, el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas." (Lazarus, R., Folkman, S., 1984).

Según otra definición de Lazarus y Launier, el enfrentamiento "es el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales destinados a controlar, reducir o tolerar

las exigencias internas o externas que ponen en peligro o superan los recursos del sujeto" (Lazarus, R. S., Launier, 1978).

Este modelo tiene como tema nodal el arousal o activación del que se habló cuando se explicó el estrés; se reduce a explicar la respuesta ante un estímulo como estrategia de evitación o huida, o bien para disminuir los síntomas experimentados al activarse los sistemas implicados en esta respuesta neurálgica-endócrina. En esta misma explicación simplista, la meta es conseguir que el sujeto se sienta bien, o tenga sensaciones placenteras. Las características de la respuesta consideradas en este modelo son meramente cognitivas y conductuales.

En cambio, "En el modelo psicoanalítico de la psicología del ego, se define el enfrentamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés. La diferencia principal entre la forma de tratar el enfrentamiento en este modelo y en el modelo animal radica en el modo de percibir y considerar la relación entre el individuo y el entorno. Aunque la conducta no queda del todo ignorada, es considerada de menor importancia que el factor cognición.

Otra diferencia entre ambos modelos es que la psicología psicoanalítica del yo diferencia entre varios procesos utilizados por el individuo para manipular la relación individuo-entorno. Por ejemplo, Menninger (1963), Haan (1969, 1977) y Vaillant (1977) ofrecen una jerarquía en la que el enfrentamiento hace referencia a los procesos más organizados o maduros del ego; a continuación vendrían las defensas, que se refieren a las formas neuróticas de adaptación, también distribuidas jerárquicamente y, por último, se encontrarían los procesos que Haan llama de fragmentación o fracaso del ego, que Menninger homologa a los niveles regresivos o psicóticos de la conducta" (Lazarus, R., Folkman, S., 1984).

Bien sabemos que para que un impulso o catexia, como se describe en la más ortodoxa literatura analítica, tenga una salida sana, deberá sublimarse. Sin embargo, los mecanismos de defensa utilizados no siempre son la sublimación.

“En un modelo psicodinámico, las estrategias de adaptación se asemejan a los mecanismos de defensa del Yo cuya finalidad reside en disminuir el nivel de angustia. Freud intuía que los mecanismos de defensa podían proteger al sujeto, atribuyéndoles por ende un papel curativo. Frente a la enfermedad, el modelo psicoanalítico describe diferentes mecanismos de defensa: anulación, denegación, negación, aislamiento, intelectualización, desplazamiento y regresión. Según la teoría psicoanalítica, se trata de mecanismos inconscientes cuya finalidad es proteger el funcionamiento psíquico consciente de cualquier representación o afecto ansiógeno o perturbador. El más radical de estos mecanismos es la anulación: durante un tiempo, el sujeto elude o anula la situación amenazadora, confinándose en una relación social, familiar o conyugal tranquilizadora o sobrecargando afectivamente al equipo médico, al cual idealiza. Freud describe la denegación como el mecanismo de defensa según el cual el sujeto rechaza la realidad de una percepción negativa. La negación se asemeja a la denegación dado que el sujeto conoce la realidad traumática pero se protege prefiriendo eludir lo inaceptable, negándolo. I. Paulhan señala que el paciente ‘percibe y comprueba la realidad negando ciertos elementos desfavorables’ (Encyclopédie Médico-Chirurgicale. P. E-31-400-C-20).

Según diversos autores, los estilos de enfrentamiento son modelos en los que se intentan diversas estrategias para disminuir la ansiedad a través de los mecanismos de defensa. Para Menninger, existen “cinco órdenes o recursos reguladores, clasificados de acuerdo con el nivel de desorganización interna que indican. En el punto más alto de esta jerarquía se encuentran las estrategias necesarias para reducir las tensiones causadas por las situaciones estresantes que se dan en el curso de la vida diaria. Estas estrategias se llaman recursos de enfrentamiento y entre ellas se incluye el autocontrol, el humor, el llanto, blasfemar, lamentarse, jactarse, discutir, pensar y liberar la energía de una forma u otra. Son consideradas como normales o, como mínimo, características idiosincrásicas. Sin embargo, si tales estrategias se utilizan inapropiadamente o de forma extrema, como cuando una persona habla demasiado, ríe con demasiada facilidad, pierde los nervios muy a menudo o parece errante y sin rumbo, entonces pierden su categoría de

recursos de enfrentamiento y se convierten en síntomas que indican un cierto grado de descontrol y de desequilibrio. Cuanto mayor es la desorganización interna, más primitivos se vuelven los recursos reguladores. Por ejemplo, los recursos de segundo orden incluyen el abandono por disociación (narcolepsia, amnesia, despersonalización), el abandono a impulsos francamente más hostiles (p.e., compulsiones, rituales) y la sustitución del yo o de parte del yo como un objeto de agresión desplazada (restricción y humillación autoimpuesta, autoenvenenamiento o narcotización). Los recursos de tercer orden vienen representados por conductas explosivas episódicas, o bien energía agresiva, más o menos desorganizadas, entre las que se incluyen las agresiones violentas, las convulsiones y las crisis de pánico. El cuarto orden representa un aumento de la desorganización y el quinto es la desintegración total del ego. En este sistema, los recursos de enfrentamiento son aquellos que indican la desorganización y el quebrantamiento mínimo. Cualquier signo que indique descontrol o desequilibrio, por definición, no es un recurso de enfrentamiento" (Lazarus, R., Folkman, S., 1984).

Aunque existen diversos modelos jerárquicos de enfrentamiento que utilizan explicaciones sobre la descomposición de la estructura yoica, se tomó el de Menninger por considerarse uno de los más completos.

Es necesario reconocer que la puesta en marcha de los mecanismos de defensa no es eficaz si favorece la distorsión de la realidad. En caso que los mecanismos de defensa se estén utilizando con este fin, será necesario hacer una revisión, dentro del trabajo terapéutico, para favorecer la reestructuración yoica.

Con lo dicho, es más fácil entender el *estilo de enfrentamiento* como un proceso cognitivo-conductual-afectivo. Aunque puede hablarse de procesos, Lazarus y Folkman proponen que el estilo de enfrentamiento está constituido por los rasgos de personalidad, considerando que éstos son los rasgos profundos. Además, al considerar que para resolver una situación estresante del medio, se requieren las valoraciones primarias e incluso secundarias, redefinen el enfrentamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como

excedentes o desbordantes de los recursos del individuo". (Lazarus, R., Folkman, S., 1984).

Al definir como proceso y no como rasgos, volvemos a la propuesta de tener un continuo entre los estímulos del medio y las experiencias adquiridas al resolver los problemas, junto con las características afectivas, del que se hablaba en los conceptos de evaluación. Esta adquisición de constructos se utiliza con cada situación nueva y los recursos adquiridos son procesos automatizados frente a una situación nueva o ligeramente cambiante.

Lazarus y Folkman revisan las etapas por las que puede pasar un sujeto cuando se enfrenta con una crisis según la visión de varios autores, pero, debido a la observación que se ha hecho durante el trabajo realizado en la Brigada de Intervención en Crisis de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, se utilizarán las etapas descritas por Shontz:

"... la primera etapa es la de *shock*, que aparece principalmente cuando la crisis ocurre sin previo aviso. Esta etapa se manifiesta por un sentimiento de distanciamiento y, algunas veces, por una sorprendente lucidez y eficacia en el pensamiento y en la acción. A esto le sigue una fase de *encuentro*, un período extremadamente intenso en el cual el individuo puede experimentar desesperanza, pánico y desorganización. Ello va seguido de una tercera fase, la de *retirada*, que parece corresponder a la negación, fase dudosa para Horowitz (1976). Sin embargo, en el planteamiento de Shontz, la etapa de retirada va siendo poco a poco abandonada a favor de una creciente *comprobación de la realidad*. El proceso de enfrentamiento incluye un continuo ir y venir desde la confrontación o esfuerzo a la retirada o negación/evitación y, como en el análisis de Klinger, la fase de retirada representa un importante recurso natural de prevenir temporalmente el desmoronamiento. Cuando el proceso de enfrentamiento se ha completado satisfactoriamente, los ciclos se dan con menos frecuencia y prácticamente desaparecen. El proceso de enfrentamiento descrito es considerado por Shontz como un recurso necesario para la maduración psicológica, en la que hay un sentimiento renovado del

propio valor personal, una mayor sensación de satisfacción y una disminución de la ansiedad" (Lazarus, R., Folkman, S., 1984).

Relación del enfrentamiento con la ocurrencia del desastre

Se utiliza este modelo debido a las características del desastre. Recordemos que se tienen tres etapas: antes, durante y después. La inclusión del desastre es, como se plantea en el modelo de Shontz, una crisis que ocurre sin previo aviso o cuyo aviso es muy precipitado.

Lo que se ha observado en las víctimas de los desastres es que durante el desastre viven una etapa de shock que les requiere la resolución de problemas inmediatos en los que se compromete su seguridad o integridad o incluso la vida. Sin embargo, en muchas ocasiones, al hablar con la gente días o semanas después de ocurrido el evento traumático, nos encontramos con que no recuerdan muchas cosas de las ocurridas. En la fase después del desastre (es difícil marcar los límites entre una y otra), la gente experimenta sentimientos de desorganización que van cambiando de forma. En muchas ocasiones van desde la desesperanza ocasionada por la vulnerabilidad hasta la negación del hecho (o retirada, como le llama Shontz). La fase de reconstrucción (después del desastre) requiere que las personas hayan llegado a la fase que Shontz llama *comprobación de la realidad* para evitar las secuelas de cualquier trastorno de ansiedad e iniciar los trabajos necesarios para rehabilitar, en muchos casos, sus hogares.

A continuación se ofrece un cuadro donde se esquematiza esta idea sobre como se vincula el desastre con las reacciones psicológicas:

Etapa del desastre	Reacciones psicológicas
Antes	Amenaza
Durante	Resolución de problemas relacionados con la seguridad y la integridad física
	Desorganización Desesperanza
Después	Comprobación de la realidad

Como resumen, podemos decir que la definición de los procesos de enfrentamiento no puede darse si no entendemos la consideración de los factores que interactúan tanto en el medio como en la estructura de personalidad, y que éstas están relacionadas, a su vez, con las diferencias individuales y de grupo. Puede decirse, entonces, que para considerar las estrategias de adaptación al estrés, necesitan revisarse:

- las condiciones en las que surge la crisis: el tipo de desastre, la anticipación y medidas previas a éste, los programas de apoyo en caso de desastre, etc.
- las condiciones biopsicosociales de las personas que pueden hacer que la crisis se replantee en términos de desafío y no de amenaza. En el caso de los desastres, la vulnerabilidad de la gente, en muchas ocasiones depende, como se revisó en la teoría del desastre, de las condiciones socioeconómicas, que pueden hacer que las pérdidas sean mayores o menores. En este punto debe considerarse también la red de apoyo social y la solidaridad de la propia comunidad o de otras más alejadas que presten apoyo.
- las condiciones personales para enfrentar el estrés, así como los mecanismos de defensa utilizados.

Estas ideas sobre la forma de enfrentar y reestructurar la experiencia serán retomadas más adelante para proponer un modelo de atención cuyos objetivos serán reestructurar los procesos cognitivos y confrontar con una realidad nueva para quienes han sufrido el desastre.

Capítulo 5

Psiquiatría Comunitaria

El Programa de Intervención en Crisis Psicológica a Víctimas de Desastres pertenece al área de la Psiquiatría Comunitaria debido a las características de los programas de atención que se describen a continuación. La intención de la intervención es tomar a una población afectada por el desastre para disminuir los síntomas del trastorno de ansiedad catalogados como Trastorno de Estrés Agudo y Trastorno de Estrés Postraumático y evitar las secuelas de ambos.

Desde la perspectiva de Kaplan y Sadock, la psiquiatría comunitaria está relacionada con otros dos temas: la epidemiología y la bioestadística. Se hará una breve revisión de ambos temas para entender, más adelante, las características de enfoque de la atención del programa.

“La epidemiología es el estudio de la distribución, la incidencia, la prevalencia y la duración de las enfermedades. En psiquiatría, los métodos epidemiológicos contribuyen al conocimiento de las causas, el tratamiento y la prevención de los trastornos mentales. Estos métodos también permiten definir y evaluar las estrategias para prevenir y controlar las enfermedades y discapacidades.

Las encuestas epidemiológicas revelan que alrededor de un tercio de la población total de los Estados Unidos ha tenido o tendrá algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida. Los más frecuentes son los trastornos de ansiedad, seguidos de los trastornos depresivos y del abuso de alcohol u otras sustancias. ...

La epidemiología contribuye a los avances en la investigación psiquiátrica, relacionando los hallazgos clínicos con variables sociodemográficas, como edad, sexo y nivel socioeconómico. ...

Los estudios epidemiológicos también permiten comparar la incidencia y la prevalencia de las enfermedades en distintos países y culturas. La prevalencia se refiere al número de casos existentes de un trastorno; la incidencia alude al número de nuevos casos. ... Por lo general, la prevalencia de los trastornos

mentales se mantiene bastante estable, independientemente del bagaje cultural o la nacionalidad. ...

Tipos de estudios

Los estudios clínicos y epidemiológicos de psiquiatría intentan contestar a las preguntas sobre la etiología, el tratamiento, el curso, el pronóstico y la prevención de los distintos trastornos. Los dos tipos fundamentales de estudios son los *observacionales*, que siguen el curso natural de una enfermedad sin ningún tipo de intervención y los *experimentales* (en el que se controlan alguno o algunos factores en estudio). La mayoría de los estudios tienen un diseño experimental bien controlado. ...

Estudios transversales. Los estudios transversales proporcionan información sobre la prevalencia de una enfermedad en una población representada de estudio y en un momento concreto. Por esta razón se llaman también estudios de prevalencia. ...

Fiabilidad y validez diagnóstica

Los diagnósticos médicos y psiquiátricos son clínicamente útiles, desde un punto de vista clínico, sólo cuando son válidos y fiables. La *fiabilidad diagnóstica* se refiere a la consistencia. Describe la medida en que diferentes especialistas coinciden en el diagnóstico de un mismo paciente y ese paciente sigue recibiendo el mismo diagnóstico a lo largo del tiempo. La *validez* se refiere a la certeza del diagnóstico. Para poder establecer la validez es preciso establecer previamente la fiabilidad. ...

La fiabilidad y la validez de los diagnósticos psiquiátricos se resiente por la ausencia de criterios externos de validación, marcadores biológicos o pruebas de laboratorio que confirmen o eliminen un diagnóstico con independencia del juicio clínico. Cuando el diagnóstico depende, exclusivamente, del juicio de un investigador externo, la fiabilidad puede resentirse. ... La tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) ... cambió, de manera voluntaria, un sistema diagnóstico muy influido por la terminología psicoanalítica, en un sistema fenomenológico y descriptivo basado exclusivamente en los signos, los síntomas y el curso clínico. El DSM-III (y

ediciones posteriores) intentó mejorar la fiabilidad diagnóstica mediante la formulación precisa y descriptiva de los criterios diagnósticos, minimizando el grado de inferencia necesario para establecer un diagnóstico.

Se pueden describir varios tipos de validez diagnóstica. La *validez nominal* se refiere al consenso generalizado entre investigadores expertos y clínicos y sobre la existencia de un trastorno dado. La mayor parte de las categorías seleccionadas en el DSM-III se basan en la validez nominal. La *validez descriptiva* significa que un trastorno puede describirse mediante elementos característicos que permiten distinguirlo de otros trastornos. Para que un diagnóstico médico o psiquiátrico tenga uso clínico, debe tener *validez predictiva*: el diagnóstico debe permitir una predicción certera de la respuesta al tratamiento y el curso clínico. ...

Los marcadores biológicos y otros factores de validación externos deben ser *sensibles* –es decir, capaces de detectar lo que se está evaluando (por ejemplo, diagnosticar un trastorno existente)-. Cuando un marcador detecta un trastorno que no existe, el resultado obtenido se llama falso positivo, en lugar de verdadero positivo. Las pruebas deben ser *específicas*, es decir, no deben detectar lo que no se pretende evaluar. ... Cuando no se detecta un trastorno existente en un individuo, el resultado obtenido se denomina falso negativo. Los marcadores y los demás instrumentos de evaluación deben tener un buen *valor predictivo*, que es la proporción de verdaderos positivos y negativos. Los valores predictivos indican que el porcentaje de los resultados de las pruebas deben coincidir con los diagnósticos establecidos.

Bioestadística

La bioestadística es la ciencia matemática que describe, organiza e interpreta datos médicos. La epidemiología se apoya en la estadística para investigar las posibles causas de una enfermedad y la evaluación de las estrategias terapéuticas. ...

Consideraciones generales sobre la estadística

Los dos tipos fundamentales de estadísticas son: descriptivas e inferenciales.

Las *estadísticas descriptivas* son valores numéricos que resumen, organizan y describen las observaciones realizadas. ... Los parámetros utilizados son la media, la desviación típica y la varianza. La *estadística inferencial* son los valores numéricos usados para alcanzar conclusiones generales sobre probabilidades a partir de una muestra dada.

Los *datos* son la información que se recoge de una población o una muestra. Una *población* es el conjunto de completo de una serie de objetos, individuos o hechos en un contexto concreto. Una *muestra* es un subconjunto seleccionado a partir de una población. Los datos pueden ser *nominales* (organizados en categorías), *ordinales* (clasificados por orden) u *organizados en ratios de intervalo* (medidos en forma de escala, gráfico o tabla). ...

Fundamentos de los centros comunitarios de salud mental

Compromiso

El compromiso adquirido con una población implica la responsabilidad de la planificación. El compromiso debe asumir la elaboración de un plan que contemple:

- Identificar las necesidades de salud mental de la comunidad, hacer el inventario de los recursos disponibles para satisfacerlas y organizar el sistema de atención.
- Los políticos y los ciudadanos deben implicarse en el proceso de organización.
- La prevención es tan importante como el tratamiento de las enfermedades.
- Toda la población –incluidos los niños, los ancianos, las minorías, los enfermos crónicos y graves, los habitantes de zonas aisladas- deben recibir atención.

La legislación federal que obliga a que los servicios de salud mental se ubiquen en zonas próximas a los lugares de residencia o de trabajo trata de facilitar a

los ciudadanos la atención y el diagnóstico de su enfermedad, de modo que la hospitalización –en caso de ser necesaria-, sea más breve.

Servicios

La salud mental pública es un sistema global, no individual. Para ser eficaces, los servicios deben ser integrales y equilibrados, de modo que las distintas modalidades de tratamiento se ajusten a las necesidades de los pacientes. La falta de servicios en un área (como las instituciones comunitarias) pueden retrasar otros servicios (como las altas hospitalarias) y acabar provocando que algunos pacientes no puedan acceder a ellos (por ejemplo, los enfermos que no se pueden ingresar en los hospitales por sobresaturación). Las autoridades centrales deben controlar adecuadamente la integración.

Los equipos públicos de salud mental se componen de psiquiatras (incluidos psiquiatras infantiles), psicólogos clínicos, asistentes sociales psiquiátricos, enfermeros especializados en psiquiatría y personal administrativo, además de terapeutas ocupacionales y de tiempo libre para los pacientes internos o los adscritos a programas parciales de hospitalización. También se establecen contactos con sindicatos, organizaciones religiosas, asociaciones familiares, colegios y otro tipo de organizaciones humanitarias.

La atención a largo plazo

Para evitar los problemas derivados de la fragmentación de la atención sanitaria y la tendencia a mantener a los pacientes hospitalizados o adscritos innecesariamente a un tipo de servicio, los programas públicos de salud mental deben favorecer la atención continuada. ... La continuidad también favorece el intercambio de información y la responsabilidad dentro de un equipo cuando el paciente recibe la atención de varios terapeutas distintos en diversos ámbitos, por razones de conveniencia o economía. El intercambio fluido de información clínica entre los centros y los contactos entre las distintas administraciones también forman parte del sistema de atención conjunto.

Control del caso

Los controladores de casos son clínicos capacitados para proporcionar una atención continuada siguiendo al paciente a lo largo de todas las fases del tratamiento y ayudándole a beneficiarse de un sistema complejo y fragmentado. Los controladores de casos proporcionan apoyo, consejo y gestión de los sistemas. Involucran en el tratamiento al paciente gestionando su ingreso en residencias y albergues; garantizan la continuidad del tratamiento iniciando los contactos durante la etapa de hospitalización y manteniendo su apoyo cuando termina; sirven como contacto entre los pacientes y otros servicios de atención mental y entre los propios servicios de la salud mental. En condiciones ideales, estos controladores de casos deberían ocuparse de un pequeño volumen de casos que permita un contacto intenso con los pacientes.

Participación comunitaria

La comunidad debe participar en las decisiones sobre las necesidades y programas de salud mental, en lugar de dejarlo exclusivamente en manos de los profesionales. Los servicios de salud mental son sensibles a las necesidades del usuario cuando existe una participación social activa. ...

Consulta

La consulta abarca aspectos que van desde la atención o el tratamiento de los problemas emocionales de un individuo, hasta la aportación de conocimientos sobre la conducta humana para ayudar a las distintas organizaciones a lograr sus objetivos profesionales con sus programas y pacientes. El consultor ofrece ayuda a los profesionales de salud mental que trabajan en centros de atención ambulatoria, organiza actividades de formación directa y favorece contactos entre los usuarios y los distintos servicios administrativos.

Evaluación e investigación

La evaluación es el proceso mediante el cual se obtiene información sobre un programa de salud mental comunitario en su conjunto y sus efectos sobre la población, las instituciones y las distintas comunidades. Los programas de evaluación deben proporcionar retroalimentación a los encargados de la planificación y de la toma de decisiones, de modo que los programas en

funcionamiento puedan modificarse o se puedan implantar otros nuevos. La evaluación es una actividad obligatoria en los centros sostenidos con fondos federales y puede dedicarse hasta un 2% del presupuesto para este fin.

La investigación puede centrarse específicamente en temas puntuales o bien en programas globales, relativos a un trastorno concreto o a un tipo de tratamiento.

La prevención

Las discapacidades que producen las enfermedades mentales crónicas son un grave problema social, económico y de salud pública. En los Estados Unidos, hay más de tres millones de personas discapacitadas, lo que supone un coste elevado y sufrimiento para los afectados, sus familias y la sociedad. Aunque el término *enfermedad crónica* suele asociarse a enfermos ancianos con una larga historia de hospitalización, en la actualidad el concepto se ha ampliado y se aplica también a los adultos jóvenes nacidos en la época de la desinstitutionalización, que padecen distintos trastornos mentales. Algunos de estos individuos pueden no haber sido hospitalizados nunca, pero su capacidad para llevar una vida productiva en la comunidad es muy limitada. La rehabilitación psiquiátrica se encarga de las necesidades médicas, psiquiátricas y sociales de las personas con enfermedades psiquiátricas persistentes.

La psiquiatría preventiva forma parte de la psiquiatría pública. El objetivo de la prevención es disminuir la aparición (incidencia), la duración (prevalencia) y la discapacidad residual de los trastornos mentales. La prevención de los trastornos mentales se basa en principios de salud pública y puede ser primaria, secundaria y terciaria.

Prevención Primaria

El objetivo de la *prevención primaria* es evitar la aparición de la enfermedad o trastorno y reducir así su incidencia (el porcentaje de casos nuevos entre la población durante un período específico). Este objetivo se alcanza mediante la eliminación de los agentes causales, la reducción de los factores de riesgo, el fortalecimiento de la resistencia del huésped y la intervención para impedir que la enfermedad se transmita. ...

Prevención Secundaria

La *prevención secundaria* consiste en la identificación precoz y el tratamiento inmediato de una enfermedad o trastorno, con el objetivo de reducir la prevalencia (la proporción de casos existentes en una población en riesgo en un momento concreto) de la enfermedad acortando su duración. La intervención en crisis y la educación pública son los componentes de la prevención secundaria. En psiquiatría, el objetivo de la prevención secundaria es la intervención temprana en los niños con problemas mentales.

Prevención Terciaria

El objetivo de la *prevención terciaria* es reducir la prevalencia de los defectos y las discapacidades residuales provocadas por una enfermedad o un trastorno. En el caso de los trastornos mentales, la prevención terciaria permite que los enfermos mentales consigan el mejor nivel de funcionamiento posible.

Desinstitucionalización

La *desinstitucionalización* es el proceso en virtud del cual un gran número de pacientes han sido dados de alta en los hospitales psiquiátricos públicos y se han reincorporado a la comunidad para recibir asistencia ambulatoria." (Kaplan, H. I., Sadock, B. J. 1999).

Acercamiento a los conceptos para definir un modelo de atención comunitaria

El modelo con el que se desempeña el programa contempla todos los conceptos descritos.

El objetivo de la atención breve y de emergencia que se ha venido ofreciendo a las comunidades mexicanas durante los últimos años a través de este modelo contempla varios temas:

- Como se considera que las poblaciones afectadas no son necesariamente poblaciones de enfermos mentales, sino personas afectadas por trastornos de ansiedad debidos a la inclusión de un evento traumático dentro de la comunidad, la atención se orienta para evitar que el evento traumático deje secuelas como la depresión u otros trastornos que ya se mencionaron. El

hecho de tener poblaciones afectadas de manera crónica sí podría desencadenar cuadros psiquiátricos patológicos a mediano y largo plazo.

- La atención psicológica está contemplada, además, como psiquiatría comunitaria por varias razones:
 - La intención de dar este servicio es disminuir los costos financieros y sociales de atención a problemas crónicos.
 - La atención se acerca a las poblaciones con base en registros epidemiológicos.
 - El programa de atención responde a las necesidades de nuestras poblaciones, de acuerdo con los lineamientos marcados por la Secretaría de Salud y de la propia Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (y de acuerdo con los datos investigados en las poblaciones atendidas) y se concentra en el diagnóstico y atención psicoterapéutica en el escenario del desastre.
 - Se crean brigadas de atención psicológica locales a las que se capacita y asesora para mantener y preservar el control de la atención durante el lapso que sea necesario.
 - Las poblaciones afectadas se valoran y se atienden en el escenario del desastre o en los albergues, de manera grupal o individual, de acuerdo con el diagnóstico presentado y con los recursos con los que cuente la brigada en ese momento para ofrecer la atención.
- Aunque se hacen labores de prevención primaria en otros rubros, como la capacitación y difusión entre la población civil de los programas de protección civil, la atención está enfocada en la prevención secundaria:
 - Partiendo de la idea que los trastornos de ansiedad por eventos traumáticos (trastorno de estrés postraumático y trastorno de estrés agudo) pueden ser efímeros, pero no así los trastornos que quedan como secuela de éstos, necesitamos un programa de atención que se ocupe de detener a tiempo la sintomatología de los trastornos de ansiedad.

- Así, a través de diagnósticos oportunos con entrevistas y cuestionarios, se lleva a cabo un diagnóstico oportuno para reconocer a las poblaciones más afectadas.
- Debido a la premura con la que debe establecerse la brigada dentro de la comunidad para iniciar la intervención, en muchas ocasiones no es posible levantar encuestas, por lo que se trasladan psicólogos clínicos con experiencia, capacitados en la realización del diagnóstico a través de la entrevista clínica.

Capítulo 6

Modelos de terapia breve y de emergencia

Influencias teóricas para el estudio de la intervención en crisis psicológica

Según Moos (Slaikeu, 2002), existen cuatro influencias teóricas:

- La Teoría de la Evolución de las Especies de Charles Darwin, que habla de la capacidad de los seres vivos de adaptarse al medio.
- La realización y el desarrollo del ser humano, que se llevan a cabo gracias a la motivación y al impulso. Esta teoría está basada en principios de Carl Rogers y Abraham Maslow.
- Para Erikson, las etapas de transición de su teoría del Ciclo Vital del Desarrollo, llevan al ser humano a nuevos retos, transiciones o crisis, que favorecen el crecimiento de la persona.
- Datos empíricos sugieren que los seres humanos lidian con el estrés vital extremo, cuyos estudios realizó Holmes en campos de concentración, así como con personas que sufrieron la muerte repentina de un familiar cercano, cirugías mayores, agonía de los niños y los desastres. Así, fue posible demostrar la relación que tiene el estrés con sucesos de la vida, la salud física y la enfermedad. (Holmes y Masuda, 1973, en Slaikeu, 2002).

Enfoque de la Intervención desde el punto de vista de la Prevención

La labor de los cuerpos de intervención tiene una función preventiva. Según Slaikeu, esta prevención es secundaria, debido a que la intervención se hace una vez que tuvo lugar un evento traumático.

Los modelos en México están constituidos por brigadas que capacitan y hacen la intervención, como la Brigada de Intervención en Crisis Psicológica a Víctimas de Desastres Naturales y Violencia Urbana.

El modelo utilizado es una mezcla de técnicas cognitivo conductuales y los fundamentos de Bellak de terapia breve y de emergencia. Se han revisado

diversos autores (como Lazarus, Folkman y Olivares) para fundamentar la utilización de las técnicas breves y de emergencia y las técnicas cognitivo conductuales, como la relajación.

Por razones económicas de tiempo y dinero, en México se ha utilizado la terapia grupal para la atención a víctimas de desastres, por lo que, además de revisar los conceptos de diagnóstico, se revisarán las técnicas en ambiente grupal.

Como ya se ha explicado, la ansiedad es el detonante del trastorno, aunque en realidad el trastorno de ansiedad nos remite a estadios previos al evento traumático. En palabras de Fromm-Reichman (1978), los síntomas mentales, producto de la ansiedad, no son otra cosa que la necesidad de controlar la ansiedad y darle una puerta de escape a problemas anteriores al evento. Para esta autora, también debe considerarse el hecho que, por desagradable que sea la sensación de ansiedad, también puede tener consecuencias positivas y constructivas. Este concepto nos remite a las definiciones de crisis, diferencias individuales, diferencia entre amenaza y desafío y estilos de enfrentamiento, en las que se mencionaba la capacidad de una persona de obtener un mayor bagaje cognitivo para resolver problemas. Así, la ansiedad que se refleja después de un evento traumático es el problema a tratar en la psicoterapia breve.

Para definir un modelo de terapia en los casos de estrés agudo o postraumático será necesario revisar algunos conceptos para determinar como va a tratarse el cuadro de ansiedad y que características no patológicas de la personalidad de las personas tratadas son necesarias (como apoyo hacia la estructura yoica) para atender el trastorno.

Para hacer un acercamiento terapéutico se utilizan los conceptos de diferentes autores:

Historia Clínica

Como en cualquier caso clínico, se hace un diagnóstico de las condiciones en las que se encuentran las personas afectadas con síntomas de estrés. En el diagnóstico se recogen datos personales de los sujetos atendidos, así como de

las características de grupo que éstos tienen en su comunidad y de la forma como la comunidad ha desarrollado formas de aprendizaje que, como grupo, favorecen la resolución de problemas sociales. En esta fase se reconocen las redes de apoyo social y estilos de enfrentamiento.

Para fines del diagnóstico individual y el reconocimiento del trastorno, se toman conceptos de Schraml, Sullivan, Wollberg y Bellak al considerar que mientras se elabora la historia clínica, se inicia la intervención debido a que el relato de un suceso, para algunos, puede ser terapéutico. Esta idea nos remite a los conceptos freudianos sobre la transferencia y la catarsis, que serán revisados más adelante, cuando se explique la técnica.

Bellak nos orienta para hacer la historia de las personas afectadas cuando se proporciona la psicoterapia rápida:

"... el terapeuta tiene que delinear un camino que esté entre un tipo de comunicación absolutamente libre y sin guía y una situación de entrevista totalmente basada en preguntas y respuestas. ... La mayoría de los individuos son capaces de comunicar información suficiente en una sola sesión de historia, si se hace mediante una combinación de estímulos estructurados del terapeuta y brindando la oportunidad para que se conteste libremente cada pregunta.

Las preguntas deben ser hechas de tal manera que no puedan contestarse con un sí o un no, sino que fuercen al paciente a revelar algo sobre sus preferencias, sus aversiones, sus actitudes y sus respuestas." (Bellak, L., Small, L. 1996).

Para fines del reconocimiento de las redes de apoyo social y de los estilos de enfrentamiento se utiliza la observación de las conductas y expresiones verbales del grupo y la entrevista tanto individual como grupal de una población afectada. En el caso de haber recogido datos en la entrevista individual, éstos se cotejan y comparan.

Para recoger información puede utilizarse la siguiente guía de Cohen:

1. Identificar el acontecimiento precipitante de la crisis.
2. Identificar el malestar que está produciendo en el individuo.

3. Determinar el grado de desorganización en la vida de la persona.
4. Establecer el plan de intervención que puede ayudar a la persona:
 - a) a lograr comprensión y aceptación de la situación.
 - b) a examinar, aclarar y conocer sus sentimientos.
 - c) a desarrollar mecanismos de enfrentamiento que le funcionen con mayor eficiencia
 - d) a establecer apoyos situacionales (apoyos de personas, organizaciones o recursos externos)
 - e) a establecer objetivos realistas para el futuro

Para hacer un diagnóstico del grado de impacto e iniciar la intervención, se pueden utilizar los siguientes criterios, que son congruentes con lo dicho sobre el desastre y la crisis:

Evaluación diagnóstica

- Características y datos vitales del paciente
- Estado mental y crisis previas de importancia
- Acontecimientos históricos durante el desastre
- Efectos del desastre sobre sus propiedades o familiares
- Preocupaciones principales e identificación de problemas prioritarios
- Estructura de la personalidad y calidad de la relación con el trabajador de salud mental y
- Tipo de habilidades que tiene la persona para desenvolverse en su medio.

Elementos para establecer el apoyo a través de la terapia grupal

Las redes de apoyo social y los estilos de enfrentamiento del grupo se consideran como un apoyo a la estructura yoica para tratar a los afectados. La estructura yoica, tanto de los afectados como del terapeuta será la base sobre la que se construya un reaprendizaje del fenómeno ocurrido y la forma como éste se puede resolver. En este sentido, es importante considerar la opinión de Bellak sobre la intelectualización:

Bellak reconoce que la intelectualización se puede utilizar para hacer entender a la gente que los trastornos experimentados son los normales después de que ha sucedido un evento traumático: es importante verbalizar con la gente que está sufriendo los síntomas de un trastorno de ansiedad y que si tiene datos de insomnio, somatización, dolor de cabeza, dolores abdominales, crisis de llanto o pánico. Además, proporcionar información sobre los efectos experimentados, dará a algunas personas alivio frente a la angustia. Además, el reconocimiento de que algunas formas de expresión de la angustia pueden convertirse en síntomas diferentes a los iniciales. Por ejemplo, un sujeto que estuvo, de primera instancia atemorizado, puede sentirse después enojado. "El efecto de la intelectualización es con frecuencia el rompimiento de la negación, el de auxiliar en hacer consciente lo que es preconsciente, a su vez permitiendo con el tiempo un tipo de aprendizaje más rico en insight.

Una gran parte del dolor de la angustia y de otros síntomas se deriva de una sensación de invalidez frente a los síntomas, que es la vulnerabilidad de la que se habla cuando se revisan los conceptos de evaluación primaria y secundaria. El paciente se siente atacado por un enemigo o por una fuerza invisible. La presentación intelectual de la causa de la depresión, del desplazamiento y de la somatización en la histeria, por ejemplo, puede impartir optimismo y proporcionar la motivación para colaborar en la psicoterapia.

La intelectualización es muy útil para hacer que el paciente vea su conducta de una manera nueva. Proporciona el inicio de una nueva actitud hacia sus problemas, actitud que tal vez jamás se le hubiera ocurrido espontáneamente." (Bellak, L., Small, L., 1996).

La intelectualización puede llevarnos a la catarsis. Freud, en su "Estudio sobre la histeria" habla de la catarsis como el siguiente proceso:

"Una vez que el autor de estas líneas hubo confirmado, en los primeros años de la última década del siglo XIX, la exactitud de los resultados de Breuer, ambos, Breuer y él, decidieron dar a la estampa una publicación que integrase sus experiencias y la tentativa de una teoría en ellas fundada (Estudios sobre la histeria, 1895). Esta teoría afirmaba que el síntoma histérico nacía cuando el afecto de un proceso anímico intensamente afectivo era desviado de la elaboración consciente normal y encaminado así por una ruta indebida. En el caso de la histeria, dicho afecto se resolvía en inervaciones somáticas inhabituales (conversión), pero podía ser dirigido en otro sentido y descargado por medio de la reviviscencia del suceso correspondiente durante la hipnosis (derivación por reacción). A este procedimiento le dimos el nombre de catarsis (limpieza, liberación del afecto represado).

El método catártico es el antecedente inmediato del psicoanálisis, y a pesar de todas las ampliaciones de la experiencia y de todas las modificaciones de la teoría, continúa hallándose contenido en ella como nódulo central. Pero no era más que un nuevo camino para la influencia médica de ciertas enfermedades nerviosas, y nada hacía sospechar que pudiera llegar a ser objeto del interés general y de violenta oposición."

En otro estudio en el que Freud habla de la catarsis, "Personajes psicopáticos en el Teatro", señala que ésta es la liberación de las emociones para procurarnos placer y goce en la vida afectiva.

Aunque Freud sigue hablando, durante toda su obra, sobre la catarsis, los conceptos posteriores se refieren a la catarsis como un proceso consciente e inconsciente que tiene elementos para el análisis. Dichos elementos no serán utilizados en este estudio debido a que el trabajo de reelaboración cognitiva no permite la interpretación psicoanalítica durante la confrontación con la realidad y la proposición de alternativas de resolución de problemas.

En lugar de este tipo de análisis, entendamos la catarsis como el proceso a través del cual las personas utilizan la palabra para expresar las emociones y liberar la tensión. Al mismo tiempo, la verbalización de los sentimientos podrías

favorecer otra estrategia, que es la de habituación al desastre, lo que podría conducir a la reestructuración cognitiva para iniciar la reconstrucción física del espacio. Recordemos que estas evaluaciones cognitivas, una vez que la persona puede empezar a pensar en ellas como sucesos menos dolorosos y retos para trabajar, harán un bagaje cognitivo mayor en ellas. Este bagaje será el que favorezca la reestructuración cognitiva para construir conceptos que serán útiles en el momento actual y en el futuro. Además, servirá para planear, en el futuro, no sólo la reconstrucción, sino la prevención del desastre.

Una vez hecha la catarsis, es importante iniciar un ejercicio de relajación que disminuya la activación. Estos dos ejercicios, el de catarsis y el de relajación, ofrecerán no sólo las opciones de trabajo en la reconstrucción, sino la relajación y el estado homeostático que favorecen un nivel efectivo de energía dentro de todo el sistema homeostático.

Para el facilitador del grupo es necesario, antes de iniciar con la técnica de resolución de problemas, hacer un diagnóstico de los problemas que se le presentan al grupo. Por esto es importante que haga un diagnóstico de las condiciones sociales imperantes en el grupo y las condiciones personales de los integrantes de éste. Así, se tendrá un esquema personal y social que podrá proporcionar, además, datos sobre las redes sociales y el apoyo comunitario tanto psicológico como físico.

Para entender como deben llevarse a cabo los procesos antes citados, se utiliza una guía que puede ser muy útil en la praxis:

Guía de Evaluación

Evaluación de las condiciones sociales

- El tipo e intensidad del desastre.
- La duración del desastre y del período de advertencia correspondiente.
- El número de personas afectadas.
- La magnitud de los daños en propiedades.
- Los tipos y números de víctimas.
- Los tipos de recursos personales que los individuos afectados tenían a su disposición para contrarrestar las adversidades relacionadas con el desastre.

Una vez que se tienen estos datos, el facilitador inicia la técnica de resolución de problemas y la confrontación con la realidad. Para este ejercicio, puede utilizarse la siguiente guía:

- Ayudar al reforzamiento de su mundo físico (aspectos cronológicos, de espacio, horario de actividades, etc.).
- Fortalecer la conciencia de reacciones normales ante el evento (informar sobre la fenomenología del duelo).
- Apoyar la adaptación a la vida del refugio.
- Propiciar la ventilación de temores para favorecer la catarsis.
- Ofrecer información sobre los recursos disponibles para la reorganización de sus vidas.
- Ayudar a la identificación de las emociones o sentimientos ambivalentes.

- Facilitar el reconocimiento de necesidades, la búsqueda de ayuda y la aceptación del apoyo de extraños.
- Ayudar a identificar prioridades.
- Dar oportunidad de participar y formar parte de un grupo (redes sociales).
- Ayudar a comprender, definir y ordenar los acontecimientos del mundo.

Actividades de recuperación

- Proporcionar figuras auxiliares del yo y confrontar la realidad.
- Facilitar la expresión de emociones y sentimientos negativos.
- Ayudar a definir y regular las actividades encaminadas a la readaptación.
- Apoyar su capacidad para soportar la ansiedad y reducir la toma impulsiva de decisiones.

Relajación

Una vez que se ha hecho la catarsis, se utiliza un ejercicio de relajación para disminuir la ansiedad (arousal) y devolver los sistemas cardiovascular y muscular a niveles más adecuados para su eficiente funcionamiento.

Para la relajación se utiliza la relajación endógena por grupos musculares. Para realizar este ejercicio, se pide a los participantes que evoquen los grupos musculares que se les vayan indicando con instrucciones muy sencillas como las que se ofrecen en el siguiente cuadro.

Otra forma de relajación utilizada es la imaginación guiada; una vez que se han relajado los grupos musculares, se solicita a los participantes que piensen en un lugar que les resulte muy relajante (como un bosque) para que puedan evocar los sonidos, colores e imágenes que favorecen la relajación. La

evocación se hace a través de "guiar" a los participantes por los sonidos, imágenes o sensaciones.

A continuación se presenta un cuadro con los grupos musculares a relajar y las instrucciones del facilitador:

Cierre los ojos. Respire hondo por la nariz. Sostenga el aire durante cinco segundos. Deje salir el aire lentamente por la boca y repita este ejercicio durante aproximadamente cinco minutos.

Ahora siga las instrucciones para relajar los siguientes grupos musculares:

Grupo muscular a relajar	Instrucciones
Cabeza	Visualice la parte alta de la cabeza, de la nuca a la frente y relájela.
Cara	Visualice los músculos de la frente y relaje.
	Relaje los músculos de las cejas y los párpados.
	Visualice y relaje los músculos de las mejillas, hasta las orejas.
	Relaje los músculos de los labios y barbilla.
Cuello	Visualice y relaje los músculos del cuello, hasta los hombros.
Hombros y brazos	Relaje los hombros, brazos y manos.
Pecho	Visualice y relaje los grandes músculos del pecho.
Espalda y abdomen	Relaje también la espalda y los músculos del abdomen.
Glúteos y pelvis	Visualice y relaje los músculos de los glúteos, pelvis y espalda baja.
Piernas	Relaje los muslos
	Relaje las piernas, tobillos y pies.

Ahora sienta la placidez de tener todo el cuerpo relajado e imagine que está caminando en un bosque: la temperatura es muy agradable; no siente frío pero tampoco calor; se acerca a un tronco en el que puede sentarse plácidamente a escuchar los ruidos de los pájaros; puede mirar el color de las plantas que más le gustan. Fije la vista en una flor cuyo color le llame la atención y lo relaje. Sienta la placidez de brazos y piernas mientras descansa en este lugar y concéntrese en el color de la flor durante algunos minutos. Dentro de un tiempo le volveré a hablar para terminar con el ejercicio. Mientras tanto, disfrute la sensación de sentir como si su cuerpo estuviera detenido en el aire.

Después de quince o veinte minutos, se le solicita a los participantes que abran los ojos y comiencen a moverse lentamente para dar por terminado el ejercicio.

Con este ejercicio se da por terminada la sesión. Se les pregunta a los participantes como se sienten y se les recomienda que continúen con estos ejercicios en casa. Se responden las dudas y se termina con la sesión. Si es necesario y posible, se planea la siguiente sesión.

Falta página

N° 104

Capítulo 7

Recopilación de información para entender el desastre ocurrido en Yucatán

Introducción

En este capítulo y el siguiente se presenta el reporte de una comunidad atendida en Yucatán: la comunidad de Sacabá, de la que se darán datos en ese capítulo. En éste se presentan los informes periodísticos que se recopilaron con la intención de verificar la veracidad de la información obtenida en el trabajo de psicoterapia de grupo reportado en este trabajo.

Sólo existe una forma de entender por qué a la Brigada de Intervención en Crisis Psicológica a Víctimas de Desastres se le solicitó su participación en la península de Yucatán: Esta forma es entender la afectación de las personas que experimentaron el huracán Isidore, por lo que, a continuación, se expondrá la información recopilada en diferentes periódicos, reportes del Centro Nacional de Prevención de Desastres (Cenapred) y de Protección Civil, testimonios de las personas afectadas, etc. La información fue la publicada entre el 21 de septiembre de 2002 y el 2 de octubre del mismo año.

Debido a que lo que se presenta son resúmenes del trabajo periodístico, al final del trabajo se presentarán las notas periodísticas completas.

El 21 de septiembre el huracán tocó las costas de Cuba. Estos reportes fueron cotejados con los reportes meteorológicos y logísticos utilizados y reenviados por Protección Civil a diferentes instituciones (como la Cruz Roja). Debido a la veracidad de la información contenida en las notas, no se incluyen los reportes, que resultan demasiado técnicos.

La intención de agregar las notas periodísticas es aproximar cognitivamente y afectivamente la amenaza que sentían los pobladores de la comunidad yucateca atendida antes, durante y después del desastre.

La primera noticia publicada en México del huracán Isidore es que había causado daños en las costas de Cuba, como se lee en esta nota del Reforma:

"REFORMA

(21 Septiembre 2002).-

Castiga '*Isidore*' a la costa cubana

PINAR DEL RIO (AFP).- El ojo del huracán "*Isidore*" tocó tierra ayer en el oeste de Cuba con vientos de 160 kilómetros por hora ...

... En tanto, el Centro Nacional de Huracanes (CNH) de Estados Unidos advirtió que "*Isidore*" podría convertirse en un huracán mayor en el Golfo de México."

Como puede apreciarse en esta nota y la siguiente, también del Reforma, el gobierno de Quintana Roo alertó a la población civil para evacuar las zonas en riesgo. Este día no se diagnosticaba que el huracán fuera a entrar en las costas de Yucatán:

"REFORMA

(21 Septiembre 2002).-

Desalojan a 900 en QR ante llegada de '*Isidore*'

Cancún / Quintana Roo

Ante la proximidad del huracán "*Isidore*", en Quintana Roo fueron evacuadas 900 personas, en Tabasco causó fuertes lluvias y Tampico se declara listo ante su llegada. ..."

Como se ve en las siguientes dos notas, ya no es sólo Quintana Roo quien sufre los estragos de *Isidore*. Además, este reporte periodístico proporciona la definición de huracán y los parámetros de las escalas de Saffir Simpson que ofrecen una visión del grado de daño por la velocidad de los vientos.

"REFORMA

(22 Septiembre 2002).-

Toca '*Isidore*' península

Evacuan a miles en municipios de Yucatán y Quintana Roo. Prevén que el huracán alcance la categoría 4 en las próximas horas; lanzan autoridades alerta en estados del Golfo

REFORMA / Redacción

... Autoridades estatales evacuaron ayer a 2 mil 400 personas de la isla de Holbox, el puerto de Chiquilá, municipio de Lázaro Cárdenas, y en Francisco May, Quintana Roo y 10 mil en los municipios costeros de Dizimín, Río Lagartos, Dzilam de Bravo y el Cuyo, en Yucatán. ...

... El Comité Estatal de Protección Civil informó que 250 personas se negaron evacuar la isla de Holbox y fueron refugiadas en las instalaciones de la Armada. ...

... El Gobernador Patricio Patrón Laviada informó lo anterior y previó que entre la noche de ayer y la mañana de hoy, otros 60 mil habitantes de pueblos y comunidades del oriente de la entidad serían evacuados, en virtud de que las proyecciones apuntan a que "*Isidore*" tiende a convertirse en un huracán de categoría 5.

"Se trata de una medida preventiva", dijo el Mandatario, quien señaló que el meteoro representa un gran peligro para los yucatecos, particularmente para los habitantes de la zona costera.

Patrón Laviada indicó que hay estado de alerta en Yucatán, aunque hasta el momento se reportan daños mínimos.

El Ejército, que participa activamente en la evacuación de pobladores en riesgo, se alista a poner en marcha el Plan DN-III para casos de desastre.

El Gobernador señaló que en el operativo de la evacuación, que inició alrededor de las 16:00 horas, participaron elementos del Ejército, corporaciones policíacas y la Comisión Estatal de Protección Civil.

Comentó que se está monitoreando de cerca el paso del huracán, cuya trayectoria hasta esta tarde no indicaba que entraría a tierra, sino que únicamente pasaría a un costado de la Península Yucateca por la zona oriente.

...

... Según el Gobernador, "es preferible iniciar el desalojo antes de arriesgarse, ya que los pronósticos indican que este huracán se intensificaría entrando la noche de este sábado".

Los evacuados han sido instalados en albergues en las cabeceras municipales de Valladolid y Tizimín, mientras que ya se preparan otros refugios en el puerto de Progreso y en Mérida, para una posible evacuación masiva.

Las personas evacuadas reciben alimentos, mantas y otro tipo de apoyos por parte del Gobierno estatal y de la Secretaría de la Defensa Nacional. ...

... Hasta ayer por la tarde, la CNA (Comisión Nacional del Agua) ubicó a "Isidoro" con una trayectoria hacia la bahía de Campeche, con vientos sostenidos de 165 kilómetros y rachas de 195 kilómetros por hora, clasificándose como un huracán de categoría 3 en la escala de Saffir-Simpson, y advirtió la posibilidad de que pudiera intensificarse a partir de hoy...

... Con base en la evolución de "*Isidore*", se estimaba que para esta mañana alcanzaría una categoría 4 al registrar vientos máximos sostenidos de 220 kilómetros por hora y rachas de hasta 270 kilómetros.

Protección Civil señaló que ayer se mantuvo en Quintana Roo y Yucatán la etapa de "emergencia" del Sistema de Alerta Temprana, mientras que en Campeche era de "alerta" y en Tabasco, Chiapas y Veracruz de "aviso". ...

... 10 mil en Yucatán en los municipios de Dizimín, Río Lagartos, Dzilam de Bravo y Cuyo

60 mil habitantes prevén evacuarlos hoy de comunidades de Yucatán

Categorías del desastre

La intensidad de los huracanes se mide conforme a una escala denominada Saffir Simpson (ESSH).

Dicha escala considera cinco categorías, dependiendo de la velocidad de los vientos.

C.1 Vientos 119-153 km/hr

Ningún daño efectivo a los edificios. Daños sobre todo a casas rodantes y árboles. Inundaciones de carreteras y daños a muelles.

C.2 Vientos 154-177 km/hr

Algunos daños a tejados, puertas y ventanas de casas. Daños considerables a la vegetación, casas rodantes y muelles.

C.3 Vientos 178-209 km/hr

Provoca daños estructurales a pequeñas viviendas. Terrenos planos con desnivel de 1.5 metros resultan inundados hasta 13 km de la costa.

C.4 Vientos 210-249 km/hr

Provoca fisuras más generalizadas en muros, y derrumbes de azoteas en viviendas pequeñas. Las playas se erosionan, y se dañan los pisos inferiores de los edificios.

C.5 Vientos +250 km/hr

Derrumbe total de casi todas las construcciones. Daños graves a todas las casas situadas a menos 5 metros de nivel en relación con la costa.”

En la siguiente nota se aprecia como ha cambiado la prioridad de la emergencia en Yucatán: en las notas anteriores se hablaba sobre la necesidad de evacuar Quintana Roo. En esta nota se habla de evacuar doce municipios de Yucatán con una población total de doce mil personas contra tres mil doscientas que se han evacuado en Quintana Roo. Yucatán tiene ciento seis municipios en total, por lo que para este día, se habían evacuado en total, 25 municipios y 16 puertos.

Según la nota de La Jornada del 22 de septiembre de 2003:

**“En el poniente de Cuba el huracán arrasa cultivos, árboles y viviendas;
no causa muertes**

70 mil personas evacuadas en QR y Yucatán por la cercanía de *Isidore*

Alerta en Campeche; copiosas lluvias en Veracruz; riesgo de inundaciones y deslaves en Edomex

El inminente arribo del huracán *Isidore* a las costas de la península de Yucatán motivó la evacuación de 70 mil habitantes de 16 puertos yucatecos y de casi 4 mil pobladores de Isla Mujeres y Holbox, ubicados al norte de Quintana Roo.

Anoche los gobiernos de Yucatán y Quintana Roo solicitaron a la Secretaría de Gobernación que declare zonas de emergencia los municipios yucatecos de Tizimín, Río Lagartos, San Felipe, Dzilam de Bravo, Dzidzantún, Yobaín, Sinanché, Telchac Puerto, Ixil, Progreso, Hunucmá y Celestún, así como el de Lázaro Cárdenas, en Quintana Roo. ...”

Como puede apreciarse en estas notas, el estado de alerta hacia Quintana Roo dejó de ser la noticia principal debido a la cantidad de municipios en Yucatán que hubieron de ser evacuados. Sin embargo, una vez que hubo pasado el huracán, muchos se olvidaron que había causado estragos también en Campeche y Quintana Roo. A continuación, en la misma nota del Reforma, se da una definición de huracán:

“... ¿Qué es un huracán?

Es un viento muy fuerte (de más de 120 kilómetros por hora) que se origina en el mar, que gira en forma de remolino acarreando humedad en enormes cantidades, y que al tocar áreas pobladas, generalmente, causa daños importantes.

Los huracanes tienen su origen en pequeñas zonas de baja presión sobre los océanos.

Se desplazan con rumbo errático, provocan marea alta, grandes olas, fuertes vientos y lluvias intensas.

El nombre de "huracán" proviene de la denominación que daban los mayas al dios de las tormentas.

En otras regiones del mundo, estos meteoros son conocidos como "ciclones" o "tifones".

Los efectos:

El huracán constituye uno de los fenómenos más destructivos.

Proyecta o derriba objetos, imprime movimiento a las aguas oceánicas.

Las precipitaciones intensas pueden causar deslaves e inundaciones.

La temporada de huracanes en el Océano Pacífico inicia el 15 de mayo y concluye el 31 de octubre. En el Atlántico, del 1 de junio y al 30 de noviembre.

Fuente: Semarnat y Comisión Nacional del Desastre”

A continuación, la misma nota nos proporciona los estados de alerta de los diferentes estados afectados o amenazados por Isidore:

“...Alerta en el Golfo

El huracán "**Isidore**" pasó ayer de la categoría dos a la tres en la escala Saffir Simpson, que mide la velocidad del meteoro, al registrar vientos máximos de 230 Km/h.

Previsiones

La Secretaría de Gobernación clasificó a los estados del Golfo de México en tres categorías:

Emergencia:

Quintana Roo y Yucatán

Jueves 19 de septiembre: huracán C-1

Viernes 20, 10:00 hrs: huracán C-2

Sábado 21, 19:00 horas: huracán C-3

Domingo 22, 7:00 hrs: huracán C-4”

Como puede apreciarse en estas notas, no se esperaba que el huracán entrara con tanta fuerza en Yucatán, sino en Quintana Roo y Tabasco. Fue de último momento que se alertó a la población que el huracán entraría en el estado y no sólo en las costas para llegar a Tamaulipas.

En la siguiente nota tenemos el reporte de los daños ocurridos durante la madrugada del domingo 23 de septiembre, fecha en que entró el huracán en Yucatán para causar una de las grandes catástrofes en este estado durante los últimos años.

*REFORMA

(23 Septiembre 2002).-

Entra a Yucatán huracán '*Isidore*' ...

... REFORMA / Redacción

El huracán "*Isidore*" entró la tarde de ayer en la zona costera y centro de Yucatán provocando la evacuación de más de 100 mil habitantes; en tanto, en municipios de la zona norte de Quintana Roo dejó 4 mil personas evacuadas, así como severas inundaciones en la isla de Holbox.

En el reporte del Servicio Meteorológico Nacional de las 23:00 horas de ayer, se informó que "*Isidore*" al entrar a tierra perdió ligera intensidad y se ubicó en categoría 2 con vientos máximos sostenidos de 205 kilómetros por hora.

En un giro inesperado, el huracán entró a la ciudad de Mérida a partir de las 18:00 horas de ayer y ocasionó drásticos daños materiales, como la suspensión de servicios, derrumbe de casas, bardas, postes de luz y teléfonos, anuncios espectaculares, daños en edificios públicos e inundaciones en varias zonas de la capital. ..."

Como puede leerse, éste fue uno de los factores de sorpresa para el estado: el huracán cambió de trayectoria y, en vez de pasar por los municipios costeros, como se había previsto, tomó el centro del estado.

Quienes estaban más alertados sobre la entrada del huracán eran los pobladores de Quintana Roo, cuyo estado no sufrió los estragos de *Isidore* en la manera prevista, por lo que ofrecieron el apoyo que tenían.

"...La Armada de México puso en marcha su plan "Marina 2002" para apoyar a los habitantes afectados.

Según el Sistema Estatal de Protección Civil existen varias comunidades incomunicadas en la zona costera, ...

... Evacuados

De acuerdo con reportes de los Sistemas de Protección Civil en tres estados del sur, estas son las cifras de la contingencia por el huracán "*Isidore*".

100 mil en Yucatán

1 muerto

30 municipios afectados ... ”

Para el día siguiente, el huracán ya había entrado en Yucatán, causando serias pérdidas a este estado:

“REFORMA

(24 Septiembre 2002).-

Devasta '*Isidore*' Yucatán ...

... Según reportes del Sistema Estatal de Protección Civil, al menos 45 de los 106 municipios están afectados. ...

... De acuerdo con el último informe oficial sobre la presencia de la tormenta tropical "*Isidore*", el fenómeno sigue en Yucatán con tendencia a regresar por Mérida en las próximas horas...”

Estos fueron los factores que ocasionaron grandes pérdidas en este estado: el huracán se estacionó durante muchas horas en este lugar y no parecía tener un rumbo fijo: su fuerza no disminuyó lo suficiente y permanecía errático. ...”

En las siguientes notas se hace un corolario de los daños presentados en la nota anterior y narra la visita del Presidente Vicente Fox.

“REFORMA

(24 Septiembre 2002).-

REFORMA / Redacción

Provoca '*Isidore*' daños en Yucatán

... La Comisión Nacional de Electricidad informó que más de la mitad del estado carece de luz, en particular Mérida, Progreso, Telchac y Tizimín. ...”

“REFORMA

(24 Septiembre 2002)

Criticán respuesta y piden apoyos

El secretario de la Comisión de Asuntos Indígenas de la Cámara de Diputados, José Feliciano Moo y Can, criticó ayer la falta de respuesta que ha tenido el Gobierno federal para atender a los damnificados por el huracán "*Isidore*".

"Creo que la falta de prevención viene desde el Gobierno federal por no haber atendido adecuadamente este asunto; de hecho, ayer vino el Presidente Vicente Fox y nada más estuvo una hora aquí. ...

... "Los albergues en Mérida no tienen agua, no tienen alimentos; no hubo una organización suficiente para dar respuesta ante un problema de esta magnitud", comentó. ..."

Efectivamente, no hubo planes de evacuar a la gente en muchos municipios de este estado debido, en parte, a que no se esperaba que el huracán siguiera esta trayectoria y las condiciones en las que quedaron fueron desastrosas. La gente estaba en estado de shock, desmoralizada, enojada y no sabía hacia donde canalizar su enojo. Las quejas eran justificadas: mucha gente todavía ni siquiera sabía lo que había perdido.

En estas notas se puede leer una aproximación de las condiciones en las que estaban las poblaciones grandes, como Mérida, aunque en estos momentos, todavía no aparecían las noticias de otros municipios.

Al día siguiente de que entrara con tanta fuerza el huracán, la población de Mérida ya contaba con la restitución de algunos servicios, según información del Gobierno de Yucatán:

***REFORMA**

(25 Septiembre 2002).-

Reparan daños de '*Isidore*'

El Gobierno federal anunció que se intensificaron las acciones en la zona afectada por el huracán "*Isidore*".

Los logros hasta el momento, según el Gobierno federal, han sido:

Agua potable

Se restableció el servicio de agua potable en el 50 por ciento de Mérida. ...

... Servicio eléctrico ...

... Avituallamiento

Se distribuyeron 30 mil despensas.

Sedesol distribuyó agua a miles de yucatecos y otro tanto hicieron las autoridades locales en Campeche y Quintana Roo. La Armada de México puso a disposición de la población siete helicópteros que se encargan de transportar víveres, agua y otros apoyos.

Salud

En los 13 refugios que funcionan en Yucatán se han ofrecido 800 consultas médicas, principalmente por infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, dermatosis y crisis nerviosas. ...”

Sólo dos días después de ocurrido el desastre, los funcionarios estaban consternados ante los daños sufridos y trataban de justificar que no hubo negligencia de parte de las autoridades:

*REFORMA

(25 Septiembre 2002).-

Afecta '*Isidore*' a 75% de población yucateca

Prevén que el huracán recobre fuerza. Acusan al Gobernador de negligencia por no alertar a tiempo sobre la gravedad del meteoro

MERIDA / Yucatán ...

... Advierte riesgos Protección Civil

El Gobierno federal informó que prevé que la tormenta tropical "*Isidore*" recobre fuerza y de nuevo se convierta en huracán.

El Sistema Nacional de Protección Civil precisó que el centro de "*Isidore*" regresó al Golfo de México, donde se espera que en el transcurso de las próximas 24 horas siga intensificándose, e incluso, readquiera la categoría de huracán.

Zona devastada

Según la Subsecretaría de Gobierno de Yucatán, los daños que se tienen registrados hasta el momento son cuantiosos:

1 millón 200 mil personas sufrieron algún tipo de daño

25 mil personas reportan daños totales de sus bienes

70 municipios quedaron en desastre

4 personas fallecieron

60% de los árboles fueron arrastrados

150 pescadores desaparecieron

\$1 mil 600 millones se perdieron en la agricultura"

Además, como puede apreciarse en la siguiente nota de La Jornada del 25 de septiembre, mucho del daño causado por el huracán se debe a lo largo de su permanencia en el estado:

" ... En contraste, *Isidore* "se estacionó" por más de 30 horas en territorio yucateco. Barrió con árboles, postes, luminarias, casas de cartón, cultivos, con ráfagas de 205 kilómetros por hora. Dejó en tinieblas a Mérida, una ciudad reconocida como la más iluminada del sureste. El Paseo de Montejo, después de las rachas de viento de la madrugada, que dejaron en duermevela a los meridianos, amaneció sin la quinta parte de sus frondosos árboles de tamarindo, de ramones y de laurel. Otras se quedaron sin flamboyanes. El lunes, después de la tormenta, más de 10 mil líneas de Telmex estaban fuera de servicio. ... "

Y ya se empiezan a sentir los efectos del desabasto de agua, alimentos y medicamentos:

"REFORMA

(26 Septiembre 2002).-

Son enormes los daños, dice Sedesol

Llaman a la población en general a brindar apoyo a los damnificados por el huracán. ..."

"REFORMA

(26 Septiembre 2002).-

Quedan sin clases 774 mil

Afecta huracán "*Isidore*" escuelas en Campeche y Yucatán. Inician dependencias federales el recuento de los daños en los estados del sur"

Para el 26 de septiembre ya se tenía un balance previo de los daños, aunque muchas comunidades estaban incomunicadas.

REFORMA

"(26 Septiembre 2002).-

'Isidore' el balance

Entrevista

La Secretaria de Desarrollo Social, Josefina Vázquez, llama a reconstruir Yucatán

... 9 muertos en tres estados

500 mil damnificados en Yucatán"

¿Qué pasó con la ayuda que se le ofreció a Yucatán? Vicente Fox dice que ésta está llegando, aunque la gente se queja que no. Además, se muestra una total falta de sensibilidad ante la tragedia humana: el presidente regaña a la gente que exige medicamentos.

"REFORMA

(27 Septiembre 2002).-

'Sólo los malosos inventan'

MOTUL / Yucatán

En tiempos de tempestad, Vicente Fox intenta echarse para adelante. Rechaza que el golpe violento de "Isidore" haya superado la capacidad de acción de su Gobierno y, parafraseando a su antecesor Ernesto Zedillo, dice que sólo los "malosos" inventan infamias para decir que la ayuda no ha llegado a los miles de damnificados.

El Presidente se muestra tal cual es en tiempos de gravedad. Tosco, lo mismo chifla y regaña a sus funcionarios que reprende a un Alcalde de extracción panista y llama la atención, a gritos, a señoras yucatecas desesperadas por la falta de ayuda..."

... El General Clemente recitaba: "Ayer llegaron a la ciudad tres C-130 (Hércules) con láminas, agua, mantas y colchones. Traen 3 células de intendencia, 4 mil 290 kilogramos de alimento, 2 células de sanidad, 600

kilogramos de medicamentos, un centro de transmisiones y al momento han participado 2 mil 300 elementos de la décima región militar en apoyo de 2 mil 500 personas ubicadas en 8 albergues". ...

... Como suele ocurrir por estas tierras, la tragedia se mezcló con la política ...

... Más adelante, el Mandatario se encontró con una señora que se lamentaba por la falta de agua, de alimentos y de medicinas. "¿Y qué quieres, que te la llevemos a tu casa?", le dijo el Presidente, con brusquedad..."

Hay algo de lo que se habló poco a nivel federal: los desaparecidos y los muertos como consecuencia de las infecciones posteriores al huracán. Tampoco se habló de la incapacidad económica del gobierno para hacer frente al desastre y lo que esto representa para muchas familias que perdieron sus fuentes de empleo, ya sea que estuvieran empleadas por las fábricas destruidas o que sus bienes se hubieran perdido. En la siguiente nota del 27 de septiembre de La Jornada se vislumbran estos datos:

... Según la Procuraduría de Justicia estatal, se registraron en la entidad 13 muertes, atribuidas a *Isidore*.

Mientras, funcionarios del sector turístico del gobierno de Yucatán, con el argumento de tener compromisos sociales "ya firmados", pretendieron sin éxito desalojar del Centro de Convenciones Siglo XXI a unos 300 damnificados.

En tanto, el alcalde priista de Dzemul, Eduardo Chuc, denunció penalmente a correligionarios suyos que la madrugada del jueves penetraron al palacio municipal, del cual hurtaron 580 despensas, 200 litros de agua y ropa, destinados a las casi 2 mil personas que *Isidore* afectó en la demarcación. ..."

Además, la poca confianza de la gente fue motivo para que muchos de ellos ni siquiera esperaran a que llegaran los abastos:

"REFORMA

(27 Septiembre 2002).-

Apoyan las labores de rescate en Yucatán

'Tengo que aguantar'

Testimonios

TELCHAK / Yucatán

Resignado a su desgracia, el pescador Juan Ramón Martínez hace planes: "¿Pedir ayuda?, ¿a poco cree que el Gobierno me va a reponer mi lancha?... mejor me voy a los Angeles (California), allá tengo dos primos y creo que me irá mejor, aunque tenga que empezar de nuevo". ..."

... En Chicxulub, una comunidad cien por ciento pesquera del municipio de Progreso, Ana María Cetina está doblemente preocupada, pues Raúl May, su esposo, es uno de los más de 50 pescadores desaparecidos y, para colmo, su casa fue arrasada por los vientos y la marea. ..."

A cuatro días de haber entrado, todavía no se tiene un recuento de los daños por la falta de vías de comunicación. Tampoco es posible proporcionar la ayuda en muchos lugares de la entidad.

*REFORMA

(27 Septiembre 2002).-

Hay aisladas 1,500 familias

Revela un informe militar 'tragedia humana' en Yucatán. Rebasa el agua los dos metros en comunidades del Cono Sur; no llegan los helicópteros ni los víveres

MERIDA / Yucatán

Un informe confidencial del que tuvieron conocimiento el Presidente Vicente Fox y los altos mandos del Ejército mostró la tragedia humana que dejó el paso devastador de "Isidore": En la región yucateca conocida como El Cono Sur, mil 500 familias intentan sobrevivir a los ríos de agua y lodo encaramadas en árboles y camiones volteados.

"El agua rebasa los dos metros y los helicópteros no han podido aterrizar", informó ...

... De acuerdo con los reportes del Ejército y de cientos de soldados que desfilaban ayer cargando láminas y víveres con los hombros cubiertos por bandas color naranja con las siglas "DN III-E", el mar se tragó una parte de la

costa yucateca y arrancó, como si fueran de plastilina, cientos de casas, bodegas, mercados y centros de producción pesquera, avícola y porcícola. ...”

Las notas sobre la imposibilidad de llegar a la zona del desastre y sobre la posibilidad de haber prevenido se extienden por varios días:

“REFORMA

(28 Septiembre 2002).-

REFORMA / Enviado

Viene del cielo la esperanza yucateca

Peto, Yucatán.- Los helicópteros del Ejército, la Armada y del Gobierno estatal sobrevuelan las comisarías convertidas en pequeños islotes, pero no tocan tierra. Apenas se aproximan, los techos vuelan y las láminas de agua lo cubren todo: niños, mujeres, perros y animales de granja. ...

... Los aparatos sobrevuelan y hacen lo poco que pueden hacer en condiciones de desastre: desde el aire lanzan víveres, ropa, medicinas, agua.

Los hombres mayores, los jóvenes y las mujeres maduras nadan hasta que pueden coger las bolsas verdes, y luego siguen a la espera de que la lluvia amaine. Rezan y esperan a ser rescatados por tierra, o en las balsas improvisadas con madera.

La situación que viven unas 45 comisarías ubicadas en el Cono Sur -municipios de Tekax, Oxkutzcab, Tzucacab y Peto- es uno de los mayores dolores de cabeza que enfrenta el gobierno de Patricio Patrón Laviada después del paso devastador de "Isidore". ...

... La situación pudo haberse evitado. Un día antes de que el huracán entrara a Yucatán, el Gobernador Patrón Laviada tuvo sobre el escritorio un diagnóstico sobre lo que podría ocurrir. ...

... La parte sur del Estado continúa incomunicada ... ”

Además, de la nota de La Jornada del 28 de septiembre, se obtiene la siguiente información que denuncia la aparición de enfermedades y la falta de apoyo sanitario:

"Reporta la procuraduría yucateca 16 decesos por el huracán *Isidore*; 12 personas extraviadas en Q. Roo

La Procuraduría de Justicia de Yucatán informó que la cifra de muertos en esa entidad por el huracán *Isidore* aumentó este sábado a 16, ...

... Por otra parte, mujeres con niños en brazos, campesinos y habitantes de Mérida, sostuvieron "que los millonarios apoyos" prometidos por la federación no han llegado. ...

... En tanto, habitantes de la comisaría San Isidro Oxil, municipio de Homún, denunciaron que las autoridades municipales y estatales los han abandonado. Comentaron que ocho niños tienen hepatitis y sólo se les trata con paños de agua caliente, debido a la falta de medicamentos. ...

Apoyo del GDF a Yucatán ...

... En un comunicado de prensa, el gobierno capitalino informó también que la Secretaría de Salud envió personal médico a las poblaciones afectadas por *Isidore*, y acordó con el titular de esta área en Yucatán, José Antonio Pereyra, que enviaría el lunes una lista de los instrumentos y medicamentos que se requieren en la entidad para establecer mecanismos de ayuda en la península yucateca."

El acopio se lleva a cabo desde la Ciudad de México:

"REFORMA

(29 Septiembre 2002).-

Envía DF toneladas de ayuda

La Cruz Roja ha enviado desde el DF 103 toneladas de víveres donados por particulares e industrias capitalinas a los damnificados por el paso del huracán "*Isidore*", informó Isaac Oxenhaut, director operativo Nacional del Comité de Desastres de la organización. ..."

Sin embargo, los esfuerzos llevados a cabo son menores que las intenciones políticas y la ayuda no es suficiente para los afectados:

"REFORMA

(29 Septiembre 2002).-

Provoca fricciones la entrega de ayuda

ACANCEH / Yucatán

REFORMA / Enviado

Este es uno de los tres municipios que "*Isidore*" golpeó con más furia. El pueblo está desolado y, como en otras partes del estado, la entrega de ayuda comienza a hacer crisis. Aquí no hay agua, y las mujeres mayas recolectan la lluvia para dar de beber a sus hijos.

En el municipio rural Acanceh -que significa en maya venado agonizante- la basura que han dejado las emergencias de estos días está regada por todos lados. Las moscas y los mosquitos abundan y no hay brigadas de salud a la vista. Hay niños que tienen fiebre y diarrea.

La gente se queja del alcalde. Unas 50 mujeres lo acusaron ayer de vender los fardos de lámina de cartón a 70 pesos y de desviar botellas de agua, víveres, ropa y colchonetas a su granja. ...

... Situaciones similares se presentan en un buen número de municipios. En la mayoría hay problemas y disputas políticas por la entrega de ayuda. En Motul y en Dzemul ha habido enfrentamientos menores entre priistas y panistas.

Los reclamos por falta de ayuda crecen todos los días, y la entrega de apoyo es ya un problema para el Gobierno de Patricio Patrón Laviada. ..."

"REFORMA

(30 Septiembre 2002).-

'No nos avisaron'

Testimonio

TEKAX / Yucatán

REFORMA / Redacción

Tomás Pool Cauich se negó a salir de su comunidad, San Juan Tekax, cuando el agua empezaba a subir. ..."

REFORMA

(30 Septiembre 2002).-

Las afectaciones ...

... Vivienda

El Gobierno de Yucatán estimó que 95 mil casas resultaron con graves daños, y se reporta un total de 500 mil yucatecos afectados. Hay pérdidas superiores a mil millones de pesos.

Salud

La Secretaría de Salud en Yucatán estrechó ayer la vigilancia sanitaria en los 106 municipios ante la posible aparición de brotes epidemiológicos. ...

... Agricultura

En Yucatán, se reportan afectaciones en 40 mil hectáreas de maíz, 8 mil de hortalizas y 10 mil de cítricos. En Campeche, la Secretaría de Desarrollo Rural del estado detalló que más de 90 mil hectáreas de cultivos de maíz, frijol, chile, hortalizas y cítricos fueron destrozadas. En Quintana Roo, fueron afectadas 28 mil hectáreas de cultivos en cinco municipios del estado. ..."

*REFORMA

(30 Septiembre 2002).-

Claman agua y comida

Cunde la desesperación en Yucatán ..."

REFORMA

(30 Septiembre 2002).-

Mérida / Yucatán

A la entrada del palacio de Gobierno, Hortensia Canul, una robusta mujer indígena nativa de Tixpéual, forcejea con los guardias. Grita, insulta, empuja, pero no logra pasar.

Entonces, impotente, suelta el llanto en medio de reclamos: "¡Si no tengo dónde vivir ni qué comer! Es mentira que ya fueron a darnos despensas, no nos han dado nada".

... El Presidente Municipal de Homún, el panista César Manzanero Galaz, quien enfrenta un proceso de desafuero en el Congreso local, también se quejó

por la falta de ayuda oficial: "Por lo que he visto, el señor Gobernador (Patricio Patrón Laviada) sólo se ha preocupado por Mérida y la zona costera, pero a nosotros, los que vivimos en municipios pequeños y de por sí con graves carencias, nos tiene abandonados en estos momentos de desgracia".

La angustia de los damnificados se aprecia en todas partes, y Mérida, la capital, no es la excepción. ..."

"REFORMA

(30 Septiembre 2002).-

Impiden inundaciones rescates

TEKAX, Yucatán.- El informe que la brigada de soldados rescatistas envió a la X Región Militar por la tarde era sombrío: No había sido posible el rescate de 11 personas perdidas en Puerto Arturo, población enclavada en el Cono Sur, en donde las láminas de agua rebasan los cinco metros de altura. ..."

Como si fuera poco el desastre ocurrido, una nueva tormenta tropical amenaza con entrar en la Península de Yucatán:

"REFORMA

(30 Septiembre 2002).-

Inundados... y todavía les falta 'Lili' ..."

"REFORMA

(01 10 2002).-

... Pérdidas y lesiones

El recuento de los efectos de "*Isidore*" en Yucatán es el siguiente:

8.2 millones de animales muertos

150 granjas avícolas destruidas

240 granjas de porcicultura dañadas

140 mil colmenas afectadas

95.7 mil hectáreas de distintos cultivos con pérdidas totales

14.5 mil hectáreas fueron afectadas parcialmente

58 millones de pesos en cosechas arruinadas

40% de Mérida sin electrificación ...”

“REFORMA

(01 10 2002).-

Teme Yucatán ola epidémica

Preocupan focos de infección. Hay más de 8 millones de animales muertos; despliegan brigadas sanitarias

REFORMA / ...

... En Yucatán se han cuantificado unos 8 millones de cuerpos de aves y cerdos muertos por el huracán "Isidore". El Ejército sólo ha enterrado 400 mil cadáveres.

La Secretaría de Salud aseguró que inició un programa especial de las brigadas médicas que hasta ahora han atendido 5 mil 969 casos en Yucatán, Campeche y Chiapas de enfermedades diarreicas, respiratorias, dermatitis, conjuntivitis y fiebres. ... “

“REFORMA

(02 10 2002).-

Desastre sobre desastre

SINANCHE / Yucatán

REFORMA / Enviado ...

... Los niños tienen costras color púrpura en la piel. Los ancianos tosen con los pulmones llenos de humedad. Los moscos revolotean por todas partes y en las madres mayas está latente el temor porque pronto, si no es que ya, se presenten los primeros casos de dengue, incluso hemorrágico, que en esta zona es mortal. ...”

“REFORMA

(02 10 2002).-

Urgen a prevenir epidemias

Preocupan a autoridades de salud brotes de dengue y cólera. Requieren 293 mil viviendas de Yucatán de control sanitario para evitar contagio ...”

Y así siguen las noticias sobre la organización de los abastos y los casos de infecciones durante muchos días.

Resumen

Como puede apreciarse, los problemas principales son:

1. No existieron indicios para pensar que el huracán entraría de lleno en Yucatán, por lo que no se alertó a la población con anticipación.
2. No se evacuaron muchas de las comunidades afectadas por la falta de previsión que ya se mencionó.
3. Cuando el huracán entró, ocasionó grandes pérdidas porque siguió una ruta inusual y porque se estacionó en la entidad durante 30 horas.
4. El huracán ocasionó pocas pérdidas humanas durante su paso; posteriormente, debido a la insalubridad por los animales muertos y el estancamiento del agua, las infecciones empezaron a causar muertes entre la población. Los más afectados, como suele suceder en este tipo de eventos, fueron los niños.
5. Los apoyos, aun cuando se abrieron centros de acopio, fueron insuficientes debido a la gran cantidad de personas afectadas y a la politización de la entrega.
6. La gente (incluyendo algunas autoridades estatales y municipales) estaba abatida por la magnitud del desastre y la incapacidad para responder de las autoridades estatales y federales.
7. Mucha gente quedó incomunicada durante días debido a las inundaciones y ruptura de las vías de comunicación.
8. La politización y la falta de sensibilidad de las autoridades estatales y federales desalentaron a la población, ya de por sí abatida por el desastre.
9. La gente no podía adquirir las provisiones, aún cuando tuvieran dinero para comprarlas debido al reparto caprichoso de éstas.

Capítulo 8

Reporte de la atención brindada en la comunidad de Sahcabá

Introducción

En septiembre de 2002 el huracán Isidore entró en las costas de Yucatán y afectó a varias comunidades. Para atender el estado de salud de la población e iniciar las obras de reconstrucción, el Gobierno del Estado de Yucatán le solicitó a la Universidad Autónoma de Yucatán la intervención de distintas facultades para apoyar a la población con brigadas multidisciplinarias.

La Rectoría de la Universidad Autónoma de Yucatán solicitó el apoyo de sus distintas facultades: Entre ellas, la de la Facultad de Psicología, por lo que ésta formó brigadas de intervención en crisis psicológica para diagnosticar y atender a la población que quedó afectada psicológicamente. Debido a la magnitud del desastre y la inexperiencia en el tema, la Facultad de Psicología de la Universidad de Yucatán solicitó apoyo a la Universidad Nacional Autónoma de México para la intervención. Asimismo, Protección Civil de la UNAM solicitó a la Facultad de Psicología la intervención de la Brigada de Intervención en Crisis Psicológica a Víctimas de Desastres Naturales y Violencia Urbana.

La Brigada de Intervención en Crisis Psicológica a Víctimas de Desastres Naturales y Violencia Urbana de la UNAM se trasladó al escenario del desastre los días 4-10 de noviembre para capacitar a la brigada y atender a la población. La atención brindada en las distintas comunidades fue utilizada como modelo para mostrar el trabajo a realizar en las comunidades afectadas a la brigada formada en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán. Además, se utilizó esta aproximación con la población para realizar un diagnóstico previo y elaborar un plan de trabajo conjuntamente con los elementos de la brigada para que ellos dieran continuidad a esta línea de trabajo.

La capacitación otorgada estuvo integrada por los siguientes temas:

- El desastre y sus fases.

- Consecuencias físicas del desastre
- Consecuencias psicológicas del desastre
- Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno de Estrés Agudo
- Métodos de intervención psicológica para los afectados por Trastorno de Estrés Agudo y Trastorno de Estrés Postraumático
- Técnicas de Relajación

Una vez capacitada la brigada de la Facultad, se formaron grupos con elementos de ambas universidades y se intervino en campo a la población de las siguientes comunidades: San Crisanto, Sahcabá y la Ciudad de Mérida.

El trabajo presentado a continuación es el de la comunidad de Sahcabá, por lo que sólo se presentarán datos de ésta. En esta comunidad se diagnosticó y atendió, en una sesión diagnóstica y de psicoterapia cognitivo conductual, a un grupo integrado por ocho personas: siete del sexo femenino y una del sexo masculino.

Antecedentes

Condiciones geográficas y sociodemográficas de Sahcabá

Aunque los pobladores se refieren a este lugar como Sahcabá, éste está registrado en el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) como Sanahcat y es un pequeño poblado ubicado a unos 150 km. al este de Mérida. Cuenta con una población de 1,452 habitantes alojados en 312 viviendas, de las cuales, 18 no cuentan con agua entubada. En esta comunidad, la gente habla español y maya: del total, 937 hablan maya y 908 hablan español. Sólo 26 personas en esta comunidad no hablan español.

Los servicios que se encuentran son un Centro de Salud de la Secretaría de Salud y Asistencia, una escuela primaria federal y una zona de recreación. La población se dedica a la agricultura, la ganadería y la industria textil; la población masculina se dedica a la agricultura y la femenina a la confección y elaboración de huipiles para su venta en Mérida. La mayor parte de la producción agrícola y ganadera es para consumo local.

Condiciones desencadenantes del desastre en Sahcabá

Ya se dijo en un capítulo anterior que una condición para que se desencadenen los desastres es la pobreza, que no falta en este estado y particularmente en esta comunidad. Así, como agravante para esta población está que la pobreza en la que viven no les permite construir casas con materiales de buena calidad. Las casas son de tierra con techos de palma o lámina. Estas casas fueron devastadas durante el huracán por los vientos debido a la fragilidad de los materiales; llama la atención que las casas más afectadas tenían techos de lámina, que ofrecen una mayor resistencia al viento.

Otra agravante para la situación de desastre es que no existía registro de la entrada de ningún otro huracán en esta zona. A la población se le alertó en el último momento para que desalojara la comunidad, pero no se hizo caso del aviso debido a la falta de credibilidad sobre la posibilidad de la entrada del huracán.

Otra agravante para la devastación fue el tiempo que el huracán permaneció en esta comunidad: en vez de entrar y salir, que es el comportamiento normal de los huracanes, éste se estacionó durante doce horas; entró en Sahcabá alrededor de las 16:00 hr. y salió a las 4:00 hr. del siguiente día.

La velocidad de los vientos de este huracán sobrepasó los 210 km./hr., por lo que la destrucción que ocasionó fue grande. Esto, aunado al tiempo de permanencia del huracán, ofrece una aproximación sobre la devastación que puede ofrecer este fenómeno meteorológico.

Reporte de lo sucedido en Sahcabá durante la tormenta

Debido a que la sesión estuvo basada en la charla y la atención inició con un relato de lo sucedido, se tomarán como base para este trabajo las referencias hechas por los integrantes de la sesión para elaborar una aproximación de lo ocurrido. Esto, con el afán de que pueda entenderse cual era la posición de la facilitadora en la sesión.

La información que se obtuvo durante la sesión de psicoterapia se encuentra cotejada en el capítulo anterior con las notas de los periódicos.

A decir de los participantes, la tarde que entró el huracán en esta zona se alertó a la población para que evacuara el poblado; la mayoría de ellos se negaron porque alegaban que nunca había entrado un huracán por este lugar.

El huracán se instaló sobre esta zona, sin salir, durante doce horas. El pánico y la devastación producida fueron muy intensos: las casas empezaron a sufrir daños y los techos volaban arrasados por los vientos; la gente y sus pertenencias se mojaron y dañaron y en algunos casos, incluso, se perdieron debido a que anegaban. Cerca de las ocho de la noche, hora en la que ya se reportaban bastantes daños materiales, la gente fue desalojada de urgencia hacia la comunidad contigua de Hohcabá, donde se le alojó en la iglesia. Esta iglesia es una antigua y larga construcción que, al poco rato de haber albergado a los pobladores de Sahcabá y Hohcabá, sufrió daños en la estructura y el techo, que terminó por vencerse y caer. En ese momento (a la medianoche) fue necesario sacar a la gente de Hohcabá para reinstalarla en la comunidad contigua de Seye. En esta comunidad se hizo un albergue para

las personas que no tenían familiares con quienes quedarse en Sahcabá, aunque, a decir de los participantes, todos regresaron a su comunidad y se acomodaron con familiares y vecinos cuyas casas no hubieran sufrido daños mayores.

Durante los días posteriores, algunas personas empezaron a enfermar de infecciones en vías respiratorias y sistema digestivo por la contaminación del agua de las fosas sépticas y los mantos acuíferos naturales utilizados para la extracción de agua potable. Una mujer murió dos semanas después del huracán y ya que se les había reinstalado en la comunidad. Este es un suceso que no pasa inadvertido debido a que la comunidad es tan pequeña que a todos les afecta porque todos se conocen. Además, todavía hay enfermos de vías aéreas y aparato digestivo, lo que desanima a la población porque alegan que el huracán los va matando de poco en poco y con una agonía lenta. (En el momento que se llevó cabo esta sesión, una de las participantes relató que su bebé tenía neumonía).

Reporte del trabajo realizado

Antecedentes

La atención se dio en presencia de tres observadores de la Universidad de Yucatán para modelar el trabajo después de haberlos capacitado en un curso-taller con la información contenida en este trabajo.

El grupo capacitado estuvo integrado por tres profesores de la Universidad de Yucatán y aproximadamente diez alumnos. La función de los profesores sería la de supervisar el trabajo realizado por los alumnos.

El grupo a atender estuvo conformado por ocho personas, de las cuales tres se encontraron con síntomas de trastorno de estrés agudo y otras tres presentaban diferentes sintomatologías por trastornos de ansiedad, aunque no hubo tiempo, durante esta primera sesión, de hacer un diagnóstico diferencial. El diagnóstico se hizo a través de la entrevista y con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Objetivos de la sesión:

- Hacer una aproximación diagnóstica de los afectados por Trastorno de

Estrés Postraumático (TEPT) entre la población de Sahcabá que acudió a la sesión de psicoterapia de grupo.

- Hacer la catarsis con este grupo.
- Favorecer que se plantee la reestructuración cognitiva sobre el evento traumático a través de la confrontación con la realidad y la resolución de problemas.
- Enseñar a los integrantes de la sesión las técnicas de relajación e imaginación guiada.

En esta primera sesión se llevaron a cabo las labores descritas a través de las siguientes acciones:

Diagnóstico

Con base en los criterios del DSM-IV y a través de la entrevista, se hicieron los diagnósticos para determinar quiénes estaban afectados por trastornos de ansiedad, particularmente por el TEPT; se valoró a quiénes debía atenderse personalmente; se establecieron los objetivos de la sesión para determinar cuáles serían los temas a tratar dentro de la primera sesión de atención y cuáles serían los que se atenderían posteriormente. De esta forma, fue posible llevar a cabo un plan de trabajo para esta primera aproximación con la gente.

Además, se obtuvo información de la forma como la gente vivió la experiencia traumática.

Método

Una vez realizada esta labor, fue posible iniciar con los siguientes pasos:

1. Catarsis sobre los siguientes temas:

- el evento traumático y la destrucción ocasionada por éste en sus casas
- la pérdida por muerte de la suegra de una de las integrantes del grupo
- la enfermedad de varias personas de la comunidad a consecuencia del huracán; una de las mujeres tenía en ese momento a su hijo con neumonía y el sentimiento de los demás era de encontrarse expuestos a la muerte

como consecuencia del huracán y las enfermedades de vías respiratorias e intestinales

- el sentimiento de pérdidas materiales
- la falta de entrega de materiales para la reconstrucción
- para facilitar la catarsis se utilizó como apoyo, además de la charla (talking cure) con la facilitadora, el apoyo en la red social, que resultó de muy buena calidad.

2. Confrontación con la realidad y técnica de resolución de problemas

- a la mujer que tenía enfermo de neumonía al hijo, se le ayudó a pensar en las opciones para recibir la atención, debido a que en la comunidad en la que vive, no puede recibir la atención médica especializada ni conseguir los medicamentos
- el sentimiento generalizado de estar muertos se confrontó con la realidad de estar vivos, lo que se prestó a chanza y disminuyó el tono afectivo dentro del grupo
- la falta de entrega de los materiales para iniciar la reconstrucción se discutió ampliamente para determinar los tiempos en los que se esperaba la llegada de éstos y así reestructurar la percepción del grupo para disminuir el sentimiento de frustración
- con el sentimiento de las pérdidas materiales, se confrontó a una de las señoras con el hecho que, durante la tormenta, ésta pudo recuperar sus trastes, que se anegaron y salieron de la casa, suceso que también disminuyó el tono afectivo de todo el grupo, sobre todo, al preguntar si alguien más había perdido efectos personales

3. Técnica de relajación endógena e imaginación guiada

- ésta se realizó a través de un ejercicio de respiración, de evocación de los grupos musculares para facilitar la relajación y de la evocación de imágenes agradables a los sujetos, como el bosque y el aumento de la temperatura corporal en las palmas de las manos y las plantas de los pies.

Recordemos que esta sesión se utilizó para modelar el trabajo a los estudiantes y profesores de la universidad, de modo que, una vez terminada la sesión, se hizo la retroalimentación con el personal de la facultad de Yucatán para explicarles los objetivos a trabajar en las sesiones subsecuentes. Además, se recomendó a los psicólogos de la Universidad de Yucatán que no se iniciaran labores de catarsis que no pudieran concluirse en la misma sesión debido a la incertidumbre de su regreso a la comunidad. Los objetivos planteados para revisar posteriormente a la primera sesión son los siguientes:

1. La revisión de la condición del niño con neumonía para ofrecer el apoyo a la madre.
2. Si fuera necesario, la elaboración de nuevos duelos o pérdida de la salud de los afectados por enfermedades de vías respiratorias o gastrointestinales.
3. La revisión de la elaboración del duelo de la mujer cuya suegra murió.
4. El sentimiento de muerte lenta en la comunidad.
5. La conciencia de que la labor realizada en buena medida será de acompañamiento y que difícilmente podrán los brigadistas ofrecer otro tipo de apoyo terapéutico.

Reporte de la sesión

Se presentaron ocho personas: siete mujeres y un varón, aunque en el transcurso de la sesión se incorporaron y salieron varias personas. Se reportan las que se mantuvieron durante toda la sesión desde su inicio hasta el final:

Edgar: 70 años. Casado, siete hijos: todos adultos y casados. Campesino; poco cooperador con la facilitadora; decía no presentar síntomas de ansiedad, sin embargo, cuando otra participante relató tener dificultades para conciliar el sueño y dormir, Edgar participó diciendo que también él tenía dificultades para dormir y a veces le dolía la cabeza sin motivo aparente.

María: 25 años. Casada, dos hijos: uno de tres años y otro de uno. Ama de casa; cooperadora con la entrevista, aunque tímida. Reportaba algunos síntomas de ansiedad: cefaleas sin causa aparente, irritabilidad y algunos recuerdos del suceso cuando sus hijos estaban dormidos, junto con miedo a que se repita el evento, incluyendo la caída del techo de la iglesia de Hohcabá.

Victoria: 56 años. Casada, tres hijos. Ama de casa; cooperadora con la entrevista. Reportaba algunos síntomas de ansiedad, como sueños recurrentes sobre el desastre y ocasionales flashbacks. Además, fue ella la primera en expresar el sentimiento de que el huracán los estaba matando a todos, de poco en poco, a través de las enfermedades posteriores al desastre. Este era un sentimiento generalizado entre los miembros del grupo, sobre sentirse muertos después de ocurrido el huracán. Este sentimiento de despersonalización era común en prácticamente todos los miembros del grupo, con excepción de una mujer (Eufrosina).

Además, al igual que Virginia, relató que su casa no tenía láminas y que los abastos no llegaban aun cuando los habitantes de la comunidad pagaran por ellos. Que durante muchos días no había llegado comida ni agua y que se encontraban muy desesperados porque sus casas estaban sin techos.

En este punto, la mayoría de los integrantes del grupo se quejaron de no poder iniciar la reconstrucción aunque tenían dinero para pagar los materiales, particularmente las láminas de los techos. A pregunta expresa de la facilitadora, contestaron que el costo de las láminas era de trescientos pesos por cada una.

Una de las peticiones que hicieron fue que el equipo de psicólogos interviniera con el gobierno estatal para recibir los materiales, motivo por el que se les explicó que difícilmente sería posible esta opción debido a nuestro vínculo exclusivamente con la universidad. Esta discusión llevó a la elaboración cognitiva sobre los tiempos que estaban dispuestos por la autoridad local para obtener los abastos.

Eufrosina: 78 años. Viuda, seis hijos: todos casados. Ama de casa y artesana textil. Muy cooperadora con la entrevistadora. Eufrosina presenta unos

excelentes estilos de enfrentamiento y parece ser un pivote importante en la estructura social de la comunidad. Es una mujer lista y con muy buen sentido del humor. Las otras personas de este grupo parecen consultarla con frecuencia y esperar su aprobación para hablar y tomar algunas decisiones. Desafortunadamente, no hubo suficiente tiempo para averiguar si esto se debe a una organización de la estructura social de la comunidad o si es debido a que Eufrosina desempeña un papel particularmente especial por otro motivo (como ser la mayor del grupo). Debido a este motivo, al principio de la sesión, la gente se dirigía a ella cuando la facilitadora les hacía alguna pregunta directa, pero, conforme avanzó la sesión y la facilitadora hizo mayor rapport, los integrantes fueron tomando confianza y se dirigieron a ella. De este modo, se explica mejor que Eufrosina no tuviera prácticamente ningún síntoma de ansiedad: su función dentro de la comunidad es de gran apoyo, autoridad moral y solidaridad. Más adelante se explicará como, durante la sesión, Eufrosina aceptó delegar esta responsabilidad en la facilitadora y compartirle la autoridad moral.

Alejandrina: 45 años. Casada, cuatro hijos con edades que oscilan entre los ocho y los quince años. Ama de casa y artesana textil. Muy cooperadora con la entrevista. Alejandrina es la hija menor de Eufrosina, vive en el mismo terreno, en una casa contigua. Reportaba todos los criterios de TEPT, motivo por el que se le explicó al grupo que las molestias físicas sin causa aparente y que no corresponden a enfermedad se deben a la ansiedad y que por esto, al final de la sesión se les enseñaría una técnica de relajación y se les sugería que siguieran viniendo a las sesiones de psicoterapia de grupo mientras los psicólogos de la Universidad de Yucatán continuaran la labor.

Ana: 23 años. Ama de casa. Casada, tres hijos con edades que oscilan entre los cuatro años y los dieciocho meses. Su hijo menor, de un año, enfermó de las vías respiratorias después del huracán y en ese momento se encontraba delicado con un cuadro de neumonía. Con esta mujer no se hizo un diagnóstico completo porque se retiró de la sesión, pero se sabe que sufría de problemas para dormir y ocasionales flashbacks.

Virginia: 62 años. Ama de casa. Casada, seis hijos, todos casados y fuera del hogar materno. Cooperadora con la entrevista. Sufría de TEPT y relató que desde niña sufría trastornos de ansiedad. Por ejemplo, uno de los relatos, después de relatar lo sucedido durante la tormenta, fue que cuando estaba ansiosa, siendo niña, comía las heces de los animales, particularmente las de las aves como pavos y pollos, por lo que su madre la regañaba e incluso la golpeaba e insultaba.

Alejandra: 58 años. Casada, cinco hijos y seis nietos que viven con ella. Cooperadora con la entrevista. Sufría de TEPT y su suegra había muerto hacía quince días por una infección gastrointestinal. Su casa había sufrido grandes daños durante la tormenta, por lo que, una vez que los pobladores de Sahcabá fueron reinstalados, ella tuvo que ir a vivir con su vecina, porque su casa requería de mucha reparación antes de poder habitarla nuevamente.

Una vez presentadas las personas, incluida la facilitadora, y establecido cierto rapport, se inició la sesión de psicoterapia. Eufrosina fue de gran ayuda durante toda la sesión y el primer trabajo de rapport se hizo con ella, para, más adelante, tomar el control como figura de autoridad que ella ofrecía. Eufrosina ofreció delegar en la facilitadora la autoridad a través de diferentes expresiones corporales: de inicio, cuando a algún integrante del grupo se le preguntaba algo, éste volteaba a contestarle a Eufrosina, por lo que ésta comenzó a mirar a la facilitadora en vez de mirar al interlocutor, acción que cumplió con el objetivo de depositar su autoridad en la facilitadora. Por el otro lado, en algunas ocasiones, ella contestaba o terminaba de interpretar lo que el integrante del grupo había dicho para dirigirse nuevamente a la facilitadora. Es de llamar la atención que Eufrosina es quien, en algunas ocasiones, ofrece su estructura yoica como apoyo a los otros integrantes del grupo. En este tenor de figura auxiliar, Eufrosina interpreta lo que otros miembros del grupo dicen y les da nueva forma u otras palabras. Los estilos de enfrentamiento que utiliza son, en parte, los apoyos que puede ofrecer a su grupo y con los que proporciona el apoyo a la estructura yoica. Además, acepta de muy buena gana, los apoyos de la red social y familiar.

Una vez que se hubo establecido el rapport, Edgar relató su experiencia durante la tormenta. Cuando terminó su relato, se les preguntó a los otros integrantes si alguien quería relatar su experiencia, por lo que Eufrosina señaló con la mirada a Alejandra para que relatarla la experiencia sobre la muerte de su suegra. Al iniciar el relato, la facilitadora hizo algunas preguntas debido a que el resto de los integrantes conocía lo sucedido, pero ella no. Con las preguntas, se fue estimulando al resto del grupo a hablar, por lo que, en unos pocos minutos, todo el grupo estaba hablando sobre la muerte de la suegra de Alejandra; sobre si la infección gastrointestinal había sido consecuencia de las lluvias y la contaminación del agua y si hubiera podido evitarse la muerte con la llegada de medicamentos y atención médica. Durante aproximadamente quince minutos los integrantes estuvieron elaborando y ofreciendo apoyo a la afectada.

Después de esta elaboración, se le pidió a Alejandrina que relatarla su experiencia debido a que se le veía ansiosa, por lo que relató que días después de la tormenta, había iniciado con cuadros de cefalea y dolores abdominales. Que se sentía extraña, como si de repente no fuera ella y que la ansiedad le ocasionaba pérdidas en la memoria, así como vergüenza ante lo sucedido y vergüenza ante estas sensaciones en el presente. El hecho de que su madre estuviera presente le brindaba confianza y, a ratos, le preguntaba a ella si tenía más síntomas. Decía estar con sueño durante el día e irritable con sus hijos. Tenía problemas para conciliar el sueño. Se le confrontó con el hecho de que ni su casa ni la de su madre, o sus personas, habían sufrido grandes daños. También se habló con ella sobre la sensación de vulnerabilidad. A este respecto, decía que ella no era fuerte como su madre y que le gustaría serlo, pero que, afortunadamente, vivía tan cerca de ella. La figura materna le resulta altamente protectora, así que se le confrontó con la realidad de tenerla tan cerca y la facilidad que tiene de buscarla para solicitarle el apoyo. Al final, se le explicó que los síntomas que presenta son debidos a la ansiedad y se le recomendó hacer los ejercicios de respiración y relajación para disminuir el arousal antes de acostarse y cuando inicie el aumento de la ansiedad.

Esta confrontación con una realidad tan favorecedora disminuyó el tono afectivo con el que había iniciado la sesión. También la explicación a los síntomas de ansiedad disminuyeron su ansiedad debido a que ahora podía entender que no tiene ninguna enfermedad física, sino síntomas de ansiedad que podrían controlarse con la relajación y el ejercicio oral.

A continuación, Victoria relató que su casa había sufrido algunos daños, pero, sobre todo, los enseres de la cocina. Con un alto contenido afectivo, Victoria relató cómo, durante la tormenta, el agua, que alcanzó aproximadamente un metro de alto, anegó la casa y los trastes de la cocina empezaron a salir, mientras ella intentaba recuperarlos. Al preguntarle si los había recuperado y confrontarla con el hecho de haberlos recuperado todos, el tono disminuyó notablemente. Este momento se aprovechó para preguntarles a los demás por las pérdidas materiales. Varios empezaron a hablar de esto y el tono afectivo disminuyó no sólo en esta mujer, sino en los demás cuando hablaron sobre la recuperación de la mayoría de los efectos domésticos y personales.

Mientras Alejandra relataba y elaboraba la muerte de su suegra, Victoria comentó que el huracán los estaba matando a todos de poco en poco, puesto que el agua se había contaminado y las casas estaban, todavía muchas de ellas, sin techo, por lo que todos estaban propensos a las infecciones de vías respiratorias e intestinales por el agua contaminada o las bajas temperaturas y la intemperie. Cuando Victoria comentó que el huracán los estaba matando a todos poco a poco, los demás asintieron, por lo que se les confrontó con esta idea. Entonces, se dio una discusión entre la facilitadora y Victoria sobre si estaba viva o muerta para, finalmente, confrontarla con el hecho de que está viva y el huracán no la mató. Esta discusión disminuyó el tono afectivo tanto de esta mujer como del resto del grupo de tal manera que, Victoria hizo una broma con la facilitadora sobre el hecho de haber resucitado después del huracán cuando la facilitadora la confrontó con el hecho de estar vivos.

María se mostraba ansiosa por sus hijos: refería que uno de ellos había empezado, dos semanas después del desastre, a orinarse en la ropa y durante la noche. Se le explicó que esta es una reacción normal de miedo después de ocurrido un desastre y se le hicieron algunas recomendaciones de

tipo conductual como manejo de fichas con el chico para fortalecer el entrenamiento en el control de esfínteres. Se le explicó que el refuerzo por la conducta adecuada debía ser inmediato y se hizo hincapié en la poca efectividad de golpear al chico.

En este momento, se estimuló a Eufrosina a contar su experiencia durante el huracán, relato que hizo gustosa.

Eufrosina cuenta que cuando empezó la tormenta su hija y sus nietos fueron a su casa para esperar que ésta terminara. Cuando se les alertó sobre la posibilidad de evacuar la comunidad les ayudó a poner en alto algunas pertenencias para evitar que se mojaran. Después partió con su hija y sus nietos a la iglesia y, dijo, sucedió lo que ya habían contado otros sobre el derrumbe del techo y la reubicación en Seye. Aunque se le estimuló a que contara esta experiencia personal, ella insistió en que era similar a lo que ya otros habían contado, por lo que no se le insistió.

Resultados

Durante esta sesión de trabajo se realizaron varios diagnósticos de TEA: tres de las integrantes cumplían con todos los criterios diagnósticos del trastorno. A continuación se relatarán los síntomas que sufrían:

Todos los integrantes habían estado en su comunidad la noche del huracán y habían sido desalojados a la iglesia de Hohcabá, para de ahí salir hacia Seye.

Alejandra: A decir de ella, la noche de la tormenta, había sentido un miedo intenso y horror a la muerte. Pasada la tormenta, cuando su suegra empezó a enfermar, estuvo poco reactiva emocionalmente, se sentía ausente del entorno, como embotada y a ratos sentía que nada estaba sucediendo. Tenía flashbacks recurrentes y sentía una gran tristeza cuando recordaba o venían las imágenes. No había querido hablar de su suegra hasta este día, tenía dificultades para dormir y respuestas exageradas de sobresalto. Además, en las últimas fechas había estado peleando por diversas razones con su esposo porque éste se quejaba que las cosas domésticas no estaban hechas a tiempo. Había estado así desde que la suegra murió, dos semanas antes.

Alejandrina: Había presentado síntomas de embotamiento durante el huracán y una vez pasado éste. En el momento que se le entrevistó tenía todavía sentimientos de desapego, así como ausencia de reactividad emocional. También existía (como en la mayoría de la gente) la sensación de haber muerto, propia de la desrealización y amnesia disociativa: no recordaba algunos sucesos de la noche que pasó en Seye ni de los momentos que pasó dentro de la iglesia. Se sentía muy preocupada porque no quería pensar en el evento y éste de repente se instalaba en el pensamiento. Estaba irritable, hipervigilante y tenía problemas de concentración, que le ocasionaban problemas, principalmente con sus hijos, con quienes había peleado durante los últimos días. Sentía dolores abdominales y cefaleas con frecuencia, aunque reconocía que éstos eran de origen "nervioso". Estas alteraciones habían aparecido cuando regresó a su comunidad, a las 48 horas de que los desalojaran y habían persistido por tres semanas.

Virginia: había respondido con gran temor la noche de la tormenta, particularmente cuando el techo de la iglesia se vino abajo. Decía sentir de repente que estaba muerta, que no podía moverse y se quejaba de no poder recordar algunos sucesos mientras los trasladaban de Hohcabá a Seye. No había regresado a su casa porque decía temer que ésta se cayera, por lo que estaba viviendo con su vecina. Los otros integrantes del grupo referían que durante muchos días no había querido hablar de lo ocurrido. Sin embargo, en esta sesión pudo elaborar cognitivamente que la contaminación del agua era lo que había ocasionado la enfermedad y las muertes, pero que ésta ya se había limpiado y volvería a ser potable en poco tiempo. Estaba irritable y con dificultades para dormir. Decía no querer dormir por miedo a que reiniciara la tormenta. Además, refería tener algunas conductas inapropiadas y deseos de llevar a cabo otras como comer heces de animales (como cuando era niña). Las alteraciones habían iniciado a unas pocas horas de ocurrido el huracán y persistían. También se quejaba de cefalea.

Como planeación para sesiones posteriores, se detectaron algunos puntos a tratar en sesiones subsecuentes:

1. Dar un apoyo sostenido y tal vez más personal a la mujer cuyo hijo tenía neumonía.
2. Revisar la condición de Alejandrina y de Virginia para mantener los niveles de estrés adecuados, así como su manejo.
3. Revisar con Edgar la posibilidad de tener una sesión personal para diagnosticar el grado de afectación por el evento traumático y establecer si fuera necesario hacer un trabajo más profundo de reelaboración cognitiva.
4. Dar apoyo a las trabajadoras sociales que se quedan como parte de la comunidad para que ellas, a su vez, puedan ofrecer el apoyo y tener grupos de autoapoyo para retroalimentarse después de atender a los afectados.
5. Hacer hincapié en la importancia de la retroalimentación entre los integrantes de la brigada como método preventivo para mantener

los niveles de estrés adecuados. Esto es, como método catártico.

Además, fue posible ver las condiciones desencadenantes de los desastres: la pobreza y la marginación fueron causas de desastre en esta zona donde los huracanes raras veces hacen presencia.

La Universidad, como un servicio social, se encarga de ayudar a los más afectados. Así, a través de las brigadas formadas por diferentes grupos de trabajo, es posible dar diferentes tipos de atención y asesoría a las personas afectadas, que es una labor de nuestras magnas casas de estudio.

La capacitación dada a los alumnos fue útil para los fines que ésta se solicitó. Además, el hecho de modelar el trabajo en campo, ofrece un gran número de ventajas: la teoría de la que se habló en el taller se pone en práctica y una vez hecho esto, es posible que los nuevos brigadistas externen las dudas, lo que ofrece una gran retroalimentación.

Discusión

A través de la llegada de la brigada fue posible reunir este grupo que parecía listo para iniciar el trabajo de prevención secundaria debido a que una semana antes se les había ofrecido la posibilidad de tener estas sesiones de grupo con los psicólogos sobre las secuelas psicológicas del huracán. A esto se debe, en parte la respuesta favorable de la comunidad.

Esta favorable respuesta es, asimismo, consecuencia de las condiciones de desatención que esta comunidad ha sufrido por las autoridades federales y estatales durante mucho tiempo.

Las condiciones de pobreza en las que viven las comunidades del estado de Yucatán determinan la magnitud de los desastres generados en esta zona. Recordemos que dos agravantes para los desastres son la pobreza y la corrupción, agravantes que están presentes entre estas comunidades. Desafortunadamente, la corrupción no sólo se presenta previa al desastre, sino una vez ocurrido éste y los abastos no llegan hasta las zonas más afectadas por el huracán.

También las condiciones orográficas de la región son determinantes en esta zona. Como ejemplo de ello tenemos la incapacidad del ejército para llegar hasta este lugar afectado por el huracán. Estas condiciones hacen mella en la capacidad de recuperación de las comunidades que aquí viven. Posteriormente y como consecuencia se tiene también la lenta recuperación psicológica y la de reconstrucción en la zona.

Si a estas condiciones psicológicas se le agrega la falta de higiene por incapacidad de responder ante la emergencia de salud, entonces la comunidad a tratar está doblemente afectada y pareciera que la última prioridad es la salud psicológica de los habitantes ante la prioridad sanitaria.

Sin embargo, gracias a las condiciones inhumanas en que han vivido estas comunidades, se encuentran buenos estilos de enfrentamiento: los habitantes de esta zona parecen no perder su sentido del humor y bromear incluso sobre los sentimientos de despersonalización que sufren.

Lo mismo sucede con las redes sociales, que impresionan sólidas y de buena calidad. Los habitantes encuentran en las figuras mayores y con liderazgo un buen apoyo para buscar la solidaridad que no pueden proporcionar las figuras de autoridad estatales.

Estas redes sociales, junto con los procesos de duelo culturales como los velorios, los entierros y la distancia física entre ellos, proporcionan el apoyo a los que han sufrido la peor pérdida de los seres humanos: la muerte y la enfermedad. Este fenómeno social sirve como contrapeso ante la insensibilidad de las autoridades federales y estatales frente al reclamo por el desabasto de víveres, provisiones y medicamentos de los que se habla en las noticias: ante la demanda hecha al presidente, la respuesta es que no se les va a llevar nada hasta su casa.

La gran capacidad de reestructuración cognitiva posible en esta labor fue favorecida por la capacidad de la propia comunidad de elaborar entre ellos la pérdida y la frustración ante la inminente falta de atención de que son víctimas los pobladores de regiones alejadas de la capital de Yucatán.

Conclusiones

Es necesario no perder de vista que la labor de esta brigada y de este trabajo es la prevención secundaria, encaminada a evitar que las secuelas psicológicas lleven a la población a secuelas crónicas por el desastre e incluso a la medicación, tan escasa en estos lugares. Estas secuelas se presentarán en los próximos meses después de ocurrido el desastre como depresión, cuadros de ansiedad generalizada, trastornos de estrés y angustia y conductas disruptivas en menores, así como alteraciones en los estados de sueño y otros.

En general, se observa en este grupo maya, una red de apoyo social que sirve como auxiliar al trabajo terapéutico, así como muy buenos estilos de enfrentamiento: los mayas tienden a reírse con facilidad y son capaces de reelaborar cognitivamente muchos de los sucesos, lo que les facilita el aprendizaje a través de la experiencia.

Además, es posible, a través de estos acercamientos favorecer planes de trabajo con la gente como los siguientes:

Objetivos

Reelaborar con el grupo la utilización de lámina para los techos, debido a que ésta ofrece resistencia al aire y puede favorecer la caída de las casas.

Revisar que, si fuera necesario y se les pidiera, deberán hacer la evacuación lo antes posible.

Deberán tener los documentos importantes a mano.

Deberán obedecer las recomendaciones de la autoridad.

Asimismo es importante hacer énfasis en la necesidad de capacitar a nuevas brigadas para el arduo trabajo que ofrecen estos fenómenos entre los pobladores de las comunidades.

Por último, es importante tener en cuenta algunos puntos de vista cuando nos acercamos a las comunidades afectadas y a quienes se quedan a proporcionar la ayuda, como que, en el caso de los alumnos de psicología de las universidades, éstos no están obligados a hacer esta labor si no tienen un

perfil adecuado y las condiciones psicológicas idóneas para realizar esta labor.

La experiencia recogida en esta brigada es que muchas veces, los psicólogos jóvenes se ofrecen con la mejor voluntad a hacer la intervención en crisis, cuando ni siquiera ellos se han dado cuenta que están sufriendo de TEPT por la propia experiencia vivida en el lugar del desastre. Además, se sienten obligados a llevar a cabo esta labor porque se les ha pedido que la hagan y el hecho de escuchar constantemente las experiencias vividas por la gente afectada no les permite analizar lo que está sucediendo con su propia experiencia y sus propios sentimientos.

Otro de los puntos que debemos tener en cuenta es el hecho de que quien ofrece la ayuda no puede mostrar una sensibilidad caprichosa hacia quienes están sufriendo diferentes fenómenos desconocidos por ellos con anterioridad. Por ejemplo, es muy fácil volverse sensible ante la tragedia humana de hablar con gente que ha perdido a un ser querido, pero tal vez no tanto ante las condiciones que vivir en un albergue representa.

Falta página

N° 148

Bibliografía

- Ampudia Rueda, A). "Taller Manejo de Técnicas de Intervención en Crisis". Fac. de Psicología. UNAM. 1997.
- Arias, F. Heredia, V. "Administración de Recursos Humanos para el Alto Desempeño". Editorial Trillas. México, 1999.
- Arnold, M. B. "Emotion and Personality". Columbia University Press. Nueva York, Estados Unidos. 1960.
- Arnold, M. B. "Feelings and Emotion". Academic Press. Nueva York, Estados Unidos. 1970.
- ATREMenorca: Psiquiatría y Desastres. <http://usuarios.lycos.es/gallardoe/>
- Bellak, L, Small, L. "Psicoterapia breve y de emergencia". Ed Paidós, México, 2000.
- Bellak, L. "Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia". Ed. Manual Moderno. México. 2000.
- Bem, D. J. "Beliefs, attitudes and human affairs". Brooks/Cole. Estados Unidos, 1970.
- Carlson, N. R. "Fisiología de la conducta". Ariel Neurociencias. España, 1999.
- Eduardo H. Cazabat. **Un breve recorrido por la traumática historia del estudio del trauma psicológico.** (Tomado de www.traumapsicologico.com). 2003.
- Cofer, Ch. "Motivación y emoción". Limusa. México, 1999.
- Cohen, R. "Psicoterapia breve y de urgencia en lugares de trabajo". Ed. McMillan, E.U. 1995
- Córdoba Ponce y Vega González. "Efectos del Estrés Provocado por los Sismos de Septiembre del 85 en las personas Alojadas en Albergues de la Cd. De México". Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM. 1990. Pg 3-10.
- Cruz Roja Mexicana. Comité Nacional de Capacitación. Coordinación Nacional de Capacitación. "Introducción a los Desastres Serie - 3000". 2001.
- Domínguez Trejo, B. "Los Síntomas de la Respuesta al Estrés. Del estrés simple al Trastorno de Estrés Post-Traumático". Proyecto PAPIME-UNAM. No. 13. 1996 Junio.
- Domínguez Trejo, B. "Tratamientos psicosociales no-invasivos para las alteraciones del estrés postraumático (EPT)". Facultad de Psicología. Documento preparado con el patrocinio del proyecto: CONACYT <<Impacto humano del fenómeno "El Niño">> N° 400312-5-098PÑ-1297. 1ª. Etapa 1996-1999. Versión 8 julio 1996.

- Dunnette, M., Kirchner, W. "Psicología Industrial". Editorial Trillas, México, 1998.
- Frances, A., Pincus, H., First, M., et al. "DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". Editorial Mason, S.A. España. 2001.
- Freud, S. "Más allá del principio del placer". Biblioteca Nueva. Vol III. México, 1996.
- Fromm-Reichman, F. "Psicoterapia de Emergencia". Editorial Paidós. Buenos Aires, 1978.
- Grinker, R. y Spiegel, J. P. "Men under stress". McGraw-Hill, Estados Unidos. 1945.
- Haan, N. "Coping and defending: Processes of self-environment organization". Academic Press. Estados Unidos, 1977.
- Herman, J. "Trauma and recovery". The aftermath of violence- from domestic abuse to political terror, 2ª ed. Nueva York, Basic Books, 1997.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. "Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría Clínica". Editorial Médica Panamericana, 8ª. Edición. España, 1999.
- Klineberg, O. "Psicología Social". Editorial Fondo de Cultura Económica. México, 1992.
- Lazarus, R. S, Wrubel, J., Benner, P. "Social competence from the perspective of stress and coping". En j. Wine y M. Syme (Eds.), Social Competence. Estados Unidos, 1981.
- Lazarus, R. S., Launier, R. "Stress-related transactions between person and environment". En L. A. Pervin y M. Lewis. Perspective in interactional psychology. Tomado de Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Estados Unidos, 1978.
- Lazarus, R. y Folkman, S. "Estrés y procesos cognitivos". Editorial Martínez Roca. Barcelona, 1984.
- Mail@lert Doyma. Hemeroteca 12/06/2003.
<http://usuarios.lycos.es/gallardoe/>
- Mansilla, E. "Desastres, modelo para armar". Ed. La Red. Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. México, 1999.
- Maskrey, A. "Los desastres no son naturales". Ed. La Red. Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. México, 2000.
- Menninger, K. "The vital balance: The life process in mental health and illness". Viking. Estados Unidos, 1963.
- Olivares, F. "Técnicas Cognitivo Conductuales". Ed McGraw Hill. México, 1999.

- Phares, E.J. "Psicología Clínica: Conceptos, Métodos y Práctica". Editorial El Manual Moderno. México, 1996.
- Real Academia Española. Edición electrónica, Espasa Calpe, S.A., 1998.
- "Revista Mexicana de Psicología". Volumen 18, número 2. 2001. P. 211-218.
- Rodríguez Ortega, G. "La psicología de la salud en América Latina". México: M. A. Porrúa : UNAM, Facultad de Psicología, 1998.
- Schraml, Naher J. "Psicología clínica" / Vrs. de A. Berasain Villanueva. Barcelona: Herder, 1975.
- Slaikou, K, A. "Intervención en Crisis. Manual para práctica e investigación". Ed. Manual Moderno. México. 2000
- Sullivan, S. "La Entrevista Psicológica". Ed. Paidós. Argentina, 1972.
- Vaillant, G. E. "Adaptation to life". Little Brown, Estados Unidos, 1977.