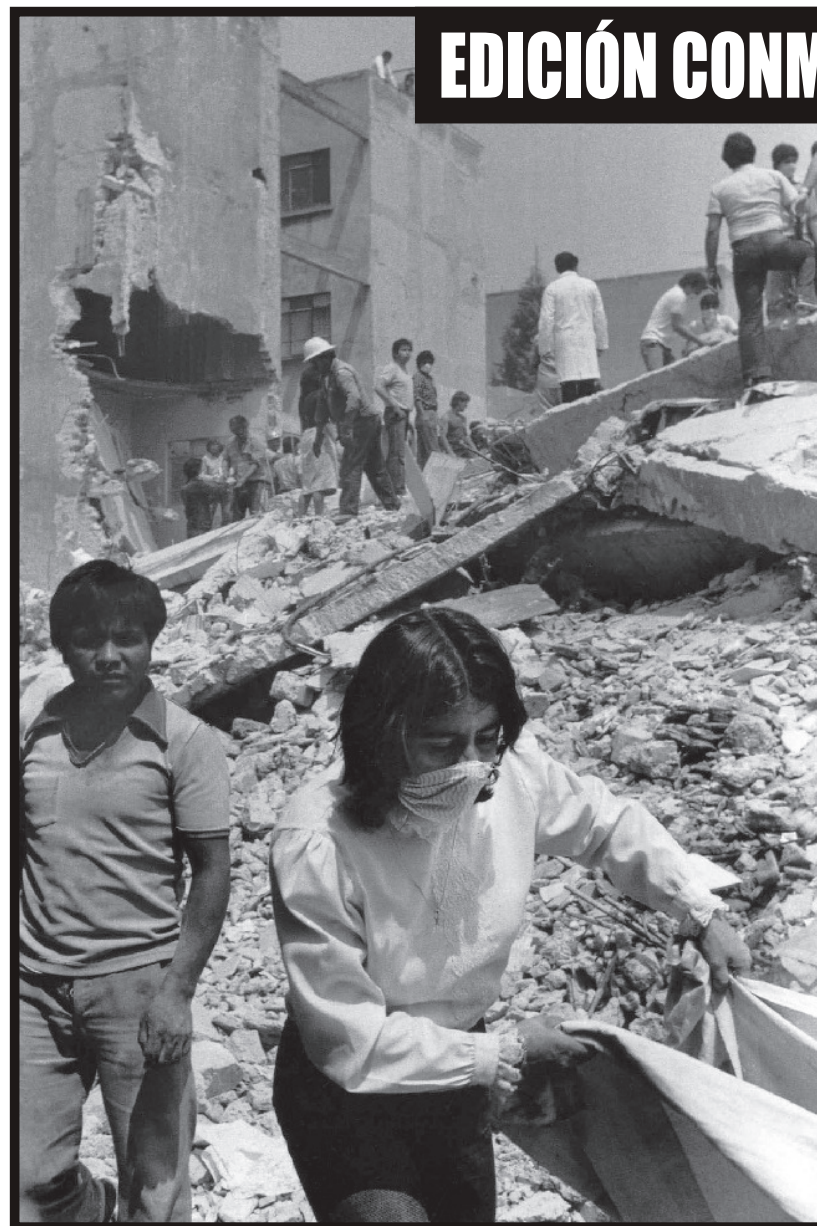


Intervención de psicólogos de la UNAM Iztacala después de los sismos de 1985 en México



EDICIÓN CONMEMORATIVA

Edgar Galindo

*Amapsi
Editorial*

Arte gráfico:

Alejandro Felipe Dávila Loo

Fotografías de portada e interiores:

Frida Hartz

Derechos Reservados conforme a la Ley ©2010

Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, A.C.

Instituto de Higiene No. 56 Col. Popotla C.P. 11400

México, D.F. Miguel Hidalgo

Tels.: 5341·8012, 5341·5039

www.amapsi.org

info@amapsi.org

ISBN 978-607-7506-04-1

Impreso y hecho en México – Printed and made in Mexico

Contenido

Acerca de los autores	7
Prólogo	9
<i>Marco Eduardo Murueta</i>	
Capítulo 1	
Introducción: las catástrofes y la psicología	15
<i>Edgar Galindo</i>	
Capítulo 2	
El papel de los psicólogos en situaciones de catástrofe: el caso de los terremotos de septiembre de 1985 en México	41
<i>Edgar Galindo</i>	
Capítulo 3	
Estrategias de intervención psicológica en situaciones de desastre	69
<i>Ofelia Contreras Gutiérrez</i>	
<i>Ofelia Desatnik Miechimsky</i>	
Capítulo 4	
Intervención del psicólogo en situaciones de convivencia forzada	91
<i>Leticia Sánchez Encalada</i>	
Apéndice	129

Acerca de los autores

Ofelia Contreras Gutiérrez. Es profesora de psicología en el área de desarrollo y educación en la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, estudió licenciatura en psicología, maestría en enseñanza superior y doctorado en pedagogía en la UNAM. Fue jefa de la carrera de psicología en la FES Iztacala. Ha coordinado programas de formación de profesores y de investigación educativa. En la actualidad se desempeña como coordinadora de Educación a Distancia y Sistemas. Ha publicado libros y artículos sobre psicología y educación, entre los que sobresalen: *Historia, sociedad y educación* (UNAM, 2005), *Psicopedagogía de la enseñanza y el aprendizaje* (UNAM, 2006), *Aprender con estrategia* (Pax, 2007) y *Psicología educativa* (UNAM, 2009). Correo-e: ofeliaco@gmail.com

Ofelia Desatnik Miechimsky. Es profesora de psicología en el área de desarrollo y educación en la FES Iztacala de la UNAM, y en el posgrado en psicología de la misma institución, donde es responsable de la residencia en terapia familiar y coordina la Clínica de Terapia Familiar. También es responsable del Proyecto de investigación, evaluación y planeación educativa. Estudió la licenciatura en psicología en la Facultad de Psicología de la UNAM y la maestría en psicología del desarrollo en la Universidad Anáhuac. Es especialista en terapia familiar sistémica y en supervisión clínica en el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia. Ha presentado trabajos en congresos nacionales e internacionales y tiene publicaciones sobre temas de psicología educativa, terapia sistémica y posmoderna, formación de terapeutas, estrés y emociones en la escuela, e intervención psicosocial sobre violencia y género. Entre sus publicaciones destacan: *Las relaciones escolares: una visión sistémica* (Castellanos Editores, 2009), *Psicología educativa* (UNAM, 2009), *Frente al silencio: testimonios de la violencia en Latinoamérica* (UAM-X/ILEF, 1999). Correo-e: odesat@gmail.com

Edgar Galindo (Edgar Aníbal Galindo Cota). Es profesor de psicología en la Universidad Lusófona de Humanidades y Tecnologías (Lisboa) y miembro del Servicio Exterior Mexicano (SEM). Estudió psicología, lenguas extranjeras y diplomacia en la Universidad Veracruzana (México), en la UNAM y en el Instituto Matías Romero de Estudios Diplomáticos (México). Obtuvo el grado de doctor en la Universidad Libre de Berlín (Alemania). Fue profesor de psicología en la UNAM, *campus* Iztacala (1973-1992). Es miembro del SEM desde 1990, donde ha cumplido funciones como diplomático en Alemania, Hungría, Portugal y Panamá. Ha

publicado libros y artículos sobre psicología, educación y política internacional, entre los que destacan: *Modificación de conducta en la educación especial* (Trillas, México, 3a. ed., 2009), *Psicología y educación especial* (Trillas, México, 2a. ed., 2009) y *Manual para o cidadão. O que fazer em caso de incêndio, terramoto, cheia, tempestade ou ataque terrorista?* (Edições Universitárias Lusófonas, Portugal, 2009). Correo-e: edgar_galindo@hotmail.com

Leticia Sánchez Encalada. Es profesora de psicología desde hace 32 años en el área de educación especial y rehabilitación en la UNAM, *campus* Iztacala. Estudió la licenciatura en la Facultad de Psicología de la UNAM, donde obtuvo el grado de maestría con mención honorífica en psicología educativa. Ha realizado cuatro diplomados en la UNAM: uno en educación a distancia, dos en orientación educativa y uno en evaluación psicológica. Ha publicado diversos artículos, entre ellos uno como coautora en la *Revista Mexicana de Psicología* sobre el sismo de 1985 en México. La UNAM le ha publicado: *Estrategias y hábitos de estudio* (UNAM, 2a. ed., 2007) y *Manual de tutorías en educación superior* (UNAM, 2006). Es coordinadora del libro *El servicio social en la formación de estudiantes de psicología* (UNAM, 2008) y ha dirigido diversas investigaciones financiadas por la UNAM. Correo-e: encalada@servidor.unam.mx

Prólogo

Yo me estaba bañando en mi departamento de Tlalnepantla y sentí el temblor duradero pero nunca imaginé la intensidad que había tenido en la Ciudad de México. Fui a dar mi clase de las 7:30 en Iztacala y me extrañó un poco la baja asistencia de alumnos. Terminamos la clase a las 9. Fui a desayunar al entonces casi único pequeño restaurante que había en la unidad habitacional, cercano a la puerta principal de la ENEP Iztacala. Al llegar alguien me dijo que parecía que se había caído una de las torres de Televisa, lo cual ya implicaba que el sismo había tenido efectos mayores a lo que yo había imaginado en su momento; luego me comentaron que se había caído un edificio en Tlaltelolco. Mientras desayunaba pude ver por la televisión los primeros reportes parciales que iban develando crecientemente -junto con mi sorpresa y sensación de alarma- la magnitud de aquel acontecimiento del 19 de septiembre de 1985. No terminé el desayuno y empecé a buscar el contacto con mis seres queridos. Las líneas telefónicas estaban afectadas y era muy difícil comunicarse. Me alegré al abrazar a mi hija Fridah de 4 años y sentirla a salvo. Pude comunicarme con mis padres y hermanos a Acapulco. Afortunadamente todos estaban bien.

Conforme se hacía más clara la tragedia, la televisión y la radio iban dando información de aquí y de allá. Informaban específicamente -con nombres y apellidos- de que determinadas personas estaban bien para tranquilizar a sus familiares. En mi auto hice un recorrido por la Ciudad. Muchas calles estaban bloqueadas. Vi el Hotel Regis caído sobre Avenida Juárez imaginando el horror que se había vivido y se estaba viviendo por personas que aún estaban atrapadas. Había muchas personas sacando los escombros a pesar de que los medios absurdamente pedían que todo mundo se quedara en casa para dejar que el ejército, la policía y los bomberos se hicieran cargo de todo y “no estorbar”. De inmediato fue evidente que esas corporaciones y el gobierno federal estaban rebasados y no tenían la preparación y la capacidad numérica para afrontar esas circunstancias.

El edificio de Bucareli 20, que era la sede del Partido Mexicano de los Trabajadores, donde yo militaba entonces, y del Centro Experimental de

Teatro CLETA, también estaba colapsado. Como un rayo pasaron por mi mente múltiples imágenes del 6º. Piso donde Heberto Castillo y Demetrio Vallejo conducían las reuniones de cada sábado a las 12 am, así como las reuniones con el Búho, Javier Santiago, Carlos Mendoza, Violeta Vázquez, Jorge Villamil, Alfredo Del Valle y muchos otros dirigentes de ese PMT. Afortunadamente a la hora del sismo no había nadie allí pero se habían perdido las fotocopiadoras, libros y materiales, así como nuestro lugar de reunión.

Sobre Av. Chapultepec se había caído la Secundaria 3 y el techo de una parte de Televisa. Conmocionó enterarse de cómo Carmen Guerrero murió tratando de mantenerse ecuánime ante la cámara para evitar el pánico de la teleaudiencia, haciendo alarde de su profesionalismo. En la secundaria muchos alumnos y maestros murieron o quedaron atrapados.

Se mezclaban los sentimientos de preocupación, impotencia e impulsos para hacer algo personal y contribuir a organizar la respuesta colectiva para afrontar lo que estaba sucediendo. De inmediato se hicieron filas para pasar lo más rápidamente posible los pedazos de concreto, de unas manos a otras, para sacar a las personas que estaban atrapadas, muchas de ellas heridas. Se excavaba con lo que se podía: picos, palas o solamente con las manos. Poco a poco empezaron a llegar algunas máquinas e instrumentos especializados, así como personas con experiencias, oficios y profesiones diversos que ponían sus capacidades en juego para ayudar. Como es lógico, había mucho desorden y por momentos tensiones entre quienes hacían las labores de rescate. Allí se gestó la leyenda de los topos: hombres valientes y decididos que arriesgaban su propia vida al entrar por pequeños espacios o túneles que iban construyendo en las construcciones derrumbadas, guiados por una voz, una señal o un lamento.

También la comunidad internacional reaccionó relativamente rápido –aunque siempre insuficiente- enviando víveres, agua, casas de campaña, cobijas y, sobre todo, personal experto que contribuyó mucho en los casos de rescate más difíciles. Plácido Domingo fue reconocido por su entrega en las labores de rescate en el edificio habitacional Nuevo León que se había caído en Tlaltelolco. El pueblo valoró también la importante ayuda de los perros suizos especialmente entrenados para detectar a personas vivas cubiertas por montañas de escombros. Eso ayudó a salvar más de 4000 vidas, incluyendo varios bebés recién nacidos que lograron sobrevivir varios días entre los restos del cunero del Hospital Juárez. El triunfo emocional de los rescates se combinaba con la impotencia de saber que muchos otros heridos

e incluso personas ilesas atrapadas, seguramente murieron después de horas, días y semanas de permanecer casi inmóviles y sin alimentos bajo tierra.

Se estima que murieron más de 40 000 personas dentro de las más de 30 000 edificaciones que se vinieron abajo y las 68 000 que tuvieron daños parciales, tan sólo en la Ciudad de México. Entre ellas estuvieron las costureras que trabajaban en San Antonio Abad, los habitantes del Multifamiliar Juárez y de varios edificios más en la Colonia Roma, los trabajadores y comensales del Café Superleche y los habitantes de varios edificios sobre el Eje Central (San Juan de Letrán). La reunión de cadáveres y la identificación de los mismos por sus familiares en la cancha de beisbol del Instituto Mexicano del Seguro Social hacían que en la Ciudad y en todo el país se sintiera la sombra de la muerte comprimiendo las gargantas.

Además de las pérdidas de vida y del consecuente dolor por el luto en muchas familias y en la sociedad en su conjunto, se estima que más de 400 mil personas perdieron su casa, y cerca de 200 mil perdieron su trabajo. Por las calles deambulaban personas e incluso familias enteras, sin rumbo, sin dinero y sin un lugar donde pasar los siguientes días. Se improvisaron albergues en gimnasios, terrenos, canchas y escuelas que no habían sido afectados, se organizaron campamentos y se instalaron corredores de techos de lámina, muy calientes por el día y muy fríos por la noche. La solidaridad nacional e internacional llegaba pero no llegaba a sus destinatarios por la incipiente organización del acopio y distribución de víveres, agua, cobijas, pañales, medicinas y atención médica.

Muchos estudiantes, docentes e investigadores de la UNAM, del Poli y de la UAM pusieron sus capacidades para ayudar. Obviamente fue muy importante la incorporación de docentes y estudiantes de medicina, enfermería y odontología, así como los de otras profesiones que se forman en nuestras universidades. Pero los psicólogos, junto a los trabajadores sociales y los pedagogos, nos sentíamos especialmente responsables de atender las diversas situaciones emocionales que estaba padeciendo la población en medio de esa tragedia. Obviamente no estábamos preparados pero sí decididos a poner nuestros conocimientos y habilidades profesionales, nuestro espíritu universitario y nuestro sentido humano de manera plena para contribuir en todo lo posible a afrontar la dramática situación que se vivía en la Ciudad.

En Iztacala, por ejemplo, las controversias por los enfoques teóricos, habituales en esa etapa, quedaron de lado. Conductistas, psiconalistas,

cognoscitivistas y dialécticos fueron a los albergues para atender a las familias en su angustia, en su desorganización, en su incertidumbre. En esa época todavía los psicólogos no eran suficientemente valorados ni se tenía claro en qué consistían sus servicios. No era fácil insertar la participación de los psicólogos en el trabajo multidisciplinario con médicos, enfermeras y representantes de otras profesiones y oficios, pues se tenían preocupaciones, objetivos y lenguajes distintos.

Edgar Galindo coordinó mucho del esfuerzo para sistematizar la intervención de los psicólogos en los albergues donde se reunía a los damnificados. Participamos muchos docentes de la carrera de psicología de Iztacala, entre ellos Ofelia Contreras, Ofelia Desatnik y Leticia Sánchez Encalada. A mí me tocó trabajar en alguno de esos albergues junto con Estela Del Valle. En esa época la planta docente de psicología en Iztacala tendría un promedio de 29 años de edad. Teníamos una tradición de compromiso social que se había imbuido desde que se fundó la carrera en 1975 por parte de Emilio Ribes, pretendiendo poner al servicio de la comunidad las técnicas de modificación de conducta. Esa mística de compromiso social también la compartían quienes rechazaban al conductismo y se inclinaban hacia otras opciones teóricas. Sin embargo, nadie estaba mínimamente preparado para intervenir en una situación de emergencia social y menos de la magnitud que tuvimos en 1985. Como dice Edgar, en Iztacala casi no se hablaba de lo que actualmente se conoce como estrés postraumático o resiliencia, conceptos muy relevantes en la actualidad.

25 años después, en este libro se narran algunas de las experiencias que se desarrollaron en esa participación de los psicólogos de Iztacala inmediatamente después de los sismos del 19 y 20 de septiembre de 1985. La idea es poner a disposición de los lectores, ya sean psicólogos o de otras profesiones, preocupados por la prevención y la atención de situaciones de desastre y de emergencias, para impulsar la prevención y la preparación organizativa profesional, universitaria y de la población en general para afrontar posibles desastres de diversas magnitudes, como lo han hecho los cubanos que –con una significativa contribución de los psicólogos– han logrado minimizar casi totalmente los efectos de los continuos y fuertes huracanes que recorren el Caribe en el verano.

Para comenzar, Edgar Galindo nos pone al tanto de los conceptos y los efectos psicológicos relacionados con las catástrofes, con los estudios que se han realizado en circunstancias de emergencia social, así como da cuenta de

las vivencias de algunas de las catástrofes más significativas y recientes, como lo sucedido en las Torres Gemelas de Nueva York el 11 de septiembre de 2001, el Tsunami de diciembre de 1984 en Tailandia y el sismo de Haití en febrero de 2010. Ha llamado mucho la atención el contraste entre la enorme cantidad de muertes y daños materiales sufridos en Haití, dentro de un desorden generalizado, y la preparación que Chile tiene para afrontar un sismo de magnitud similar, con mucho menos pérdidas en todos los aspectos, sin dejar de ser también doloroso.

Es necesario estar preparados para un nuevo acontecimiento similar al terremoto que padecemos en la Ciudad de México en 1985, el cual puede ocurrir en cualquier momento. Necesitamos hacer acopio de las experiencias y tener previsiones de los diferentes aspectos con diferentes escenarios: fortalecimiento de las construcciones, señales de alarma oportunas, qué puede hacer cada persona en casos de sismo y de otros desastres, cómo coordinar la acción colectiva durante y después de un acontecimiento de gran magnitud, cuáles pueden ser los albergues y la manera de atender a los heridos y/o damnificados, de qué manera agilizar los rescates de personas vivas, cómo prevenir la salud, cómo manejar y afrontar los impactos emocionales por pérdidas, que proporciones de víveres, agua, medicinas y otros materiales se pueden requerir, quiénes pueden aportarlos y quiénes pueden organizar su distribución ágil, etc., etc. Lo peor para todos es que otra vez nos tome por sorpresa.

Marco Eduardo Murueta

Capítulo 1

Introducción: las catástrofes y la psicología

Edgar Galindo

Este libro recoge un conjunto de textos escritos por profesores de psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, *campus* Iztacala,¹ después de los terremotos que asolaron la Ciudad de México en septiembre de 1985. Los materiales recopilados muestran los trabajos desarrollados para auxiliar a las víctimas del sismo en los meses que siguieron a la catástrofe. Son presentados tal como se escribieron en ese entonces, a fin de mostrar el estado de ánimo prevaleciente entre los psicólogos mexicanos y las condiciones que reinaban en la zona de desastre en aquel momento.

El terremoto nos tomó a los psicólogos mexicanos totalmente desprevenidos. No había referencia inmediata acerca de qué estaba sucediendo ante nuestros ojos, y la necesidad de actuar inmediatamente nos empujó a hacer lo que parecía más urgente en el momento. Ha pasado un cuarto de siglo. Ahora sabemos, mucho más que en 1985, qué es una catástrofe, sus efectos y las posibilidades de actuar en todos los niveles, incluyendo la salud mental, antes, durante y después de ocurrida. Baste recordar, a manera de ejemplo, que en 1985 no se había extendido aún el uso del concepto “trastorno por estrés postraumático (TEPT)” tal como lo conocemos ahora en los libros de psicología y psiquiatría.

En estos 25 años hemos observado un interés creciente de los psicólogos por estudiar los efectos de los desastres en la población civil y por aplicar técnicas de tratamiento a las víctimas. Al mismo tiempo, se ha prestado mayor atención a los efectos de los acontecimientos traumáticos de la vida diaria que constituyen verdaderas catástrofes a nivel individual, aunque no necesariamente a nivel social, como los asaltos a mano armada, las violaciones, la condición de rehén, los secuestros, la violencia contra grupos y el duelo súbito (véanse por ejemplo Dunmore, Clark y Ehlers,

¹ Llamada en 1985 Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala.

2001; Guthrie y Bryant, 2000, y De Silva y Marks, 1999). En muchos países los psicólogos han formado grupos de trabajo para abordar el tema de la intervención en crisis y el tratamiento de las secuelas de los eventos traumáticos. Por ejemplo, la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA, por sus siglas en inglés: *European Federation of Psychologists' Associations*) conformó en 2005 el Comité Permanente sobre Desastres y Psicología de la Crisis.² En Estados Unidos,³ la Asociación Psicológica Americana cuenta con una red de respuesta a desastres que ofrece los servicios de psicólogos especialmente entrenados para asistir voluntariamente a las víctimas, a sus familiares y a los rescatistas.

En consecuencia, hoy en día contamos con obras como la de Lopez Ibor (2004), que proporciona una revisión de las consecuencias psicológicas, psicopatológicas, epidemiológicas, psicosociales y psicobiológicas de los desastres, las intervenciones terapéuticas posibles y la organización de servicios de salud mental para las víctimas, incluyendo importantes descripciones de experiencias reales.

También contamos con obras como la de Ross (2002), que expone una minuciosa y bien documentada caracterización de los desastres naturales, ilustra cada caso con historias verdaderas y explica medidas de prevención para cada situación. Asimismo, existen textos como el de Myers (2006), que ofrece un panorama completo de aspectos como la selección y entrenamiento del personal de salud mental en situación de desastre, organización de servicios, gestión de la salud mental en emergencias, prestación de servicios después del desastre, atención a víctimas a mediano plazo y, muy importante, la gestión del estrés para el personal de los servicios de salud mental.

Respecto del diagnóstico y tratamiento de las víctimas, actualmente existe una gran cantidad de bibliografía sobre el trastorno por estrés postraumático y perturbaciones semejantes. Por ejemplo, el libro de Everstine y Everstine (1993) contiene una amplia explicación sobre el concepto de *trauma* y describe formas de diagnóstico y tratamiento para niños, adolescentes y adultos. Asimismo, Peterson, Prout y Schwarz (1990) ofrecen una guía eficaz para el diagnóstico y tratamiento del TEPT.

Basándonos en estos autores, en esta pequeña introducción revisamos brevemente el pensamiento contemporáneo sobre la psicología

² Véase www.efpa.eu/working-groups

³ Véase <http://www.apa.org/practice/programs/drn/fact.aspx>

de la catástrofe con el fin de brindar al lector un punto de referencia para compararlo con lo realizado hace 25 años.

Catástrofes

De acuerdo con los especialistas, una catástrofe⁴ es “un acontecimiento de tal gravedad y magnitud que normalmente causa muertos, heridos y daños materiales, y que no puede ser manejado con los procedimientos y recursos gubernamentales de rutina. Requiere una respuesta inmediata, coordinada y efectiva de múltiples organizaciones gubernamentales y del sector privado para satisfacer las necesidades humanas y acelerar la recuperación.”⁵ Dicho de otra manera, es un acontecimiento que causa muerte y destrucción, que ocurre con poca frecuencia y cuyas dimensiones son tales que producen daños en el ser humano, en sus propiedades o en la naturaleza que no pueden ser manejados con los recursos normales de la sociedad.

Analizando los componentes de esta definición, constatamos que un elemento central en este tipo de acontecimientos es la imposibilidad de manejar los perjuicios con los recursos normales de la sociedad. Esto significa que la destrucción, los heridos y las muertes que se generan rebasan las posibilidades técnicas y humanas de la localidad en la que ocurren, sea una aldea, una ciudad, una región o un país. Toda sociedad moderna cuenta con servicios públicos para casos de muerte o destrucción, como los bomberos y las organizaciones de protección civil, incluyendo planes gubernamentales para situaciones de emergencia en todos los niveles. En el caso de una catástrofe, los servicios disponibles no son capaces de subsanar los efectos del acontecimiento con la rapidez que la situación exige, es decir, curar a los heridos, dar alojamiento, comida y atención a los sobrevivientes, enterrar a los muertos y evitar mayores daños.

⁴ En español se usan con frecuencia las palabras “desastre” y “calamidad” para referirse a la catástrofe. En este libro nos referimos a la catástrofe en este sentido estricto y no en el más amplio de un acontecimiento que produce daños de mayor o menor grado a una o varias personas.

⁵ “An occurrence of a severity and magnitude that normally results in deaths, injuries and property damage and that cannot be managed through the routine procedures and resources of government. It requires immediate, coordinated and effective response by multiple government and private sector organizations to meet human needs and speed recovery.” (Federal Emergency Management Agency, 1984; citado por Myers, 2006.)

Myers (2006) explica que cuando un evento de este tipo sucede, es necesaria una respuesta inmediata, eficaz y coordinada de las organizaciones gubernamentales, internacionales o privadas encargadas de la atención social para ayudar a las víctimas. Esta respuesta debe ser expedita, puede extenderse durante meses y abarcar labores de reconstrucción. Una catástrofe es un evento complejo que incluye componentes humanos, burocráticos y políticos, y los procedimientos y recursos comunes con los que cuenta la comunidad no son suficientes para controlar los efectos secundarios que se suceden rápidamente después de ocurrida. Las relaciones entre grupos, organizaciones, agentes gubernamentales y personas cambian radicalmente, al igual que la división del trabajo y las exigencias de la sociedad afectada. Es necesaria una coordinación especial de las personas y organizaciones que colaboran; generalmente, las autoridades locales se ven desbordadas y son incapaces de reaccionar rápida y adecuadamente por varias razones. Por ejemplo, porque colaboradores murieron o quedaron heridos, se perdieron aparatos, herramientas o archivos, desaparecieron los sitios de trabajo, o simplemente por efectos del choque sufrido. Son comunes las dificultades de comunicación y control, lo cual puede generar duplicación de esfuerzos, omisión de tareas esenciales y actividades contraproducentes. Coordinar a los que ayudan es, entonces, esencial. Por esta razón, Myers recomienda definir los papeles, responsabilidades, recursos e interrelaciones de las principales organizaciones que participan en el rescate y la reconstrucción, subrayando que las capacidades clínicas por sí solas no garantizan un trabajo eficiente.

Existen catástrofes naturales y catástrofes causadas por el ser humano, aunque las diferencias entre ambas no son nítidas, pues la mano del hombre interviene para empeorar o atemperar los efectos de las primeras. Así, por ejemplo, el hombre propicia las inundaciones e incrementa los efectos perniciosos de los ciclones cuando elimina la protección natural que brindan los manglares de las costas, o facilita las avalanchas con la deforestación excesiva de los campos. Otro ejemplo, muy actual, es el cambio climático y los desastres consiguientes ocasionados por las emisiones industriales. Aparte de esto, los efectos de los desastres naturales se acrecientan cuando las personas construyen viviendas en zonas potencialmente peligrosas, como las faldas de los volcanes, las costas abiertas a huracanes o los lechos de antiguos ríos y lagos.

Son catástrofes naturales los terremotos, erupciones, incendios, tsunamis, inundaciones, avalanchas, heladas y tempestades (Ross, 2002). Entre las causadas por el ser humano las hay accidentales —incendios, derrame de petróleo, percances industriales, nucleares o viales, o difusión de enfermedades contagiosas— y deliberadas, como la guerra (Grossman, 1995), la violencia a gran escala y los ataques terroristas (Horgan, 2005; Crenshaw, 2004; Darley, 2004). La guerra y la violencia pueden producir a su vez hambre y enfermedades, como está sucediendo en Somalia. Algunas catástrofes son imprevisibles, como los terremotos; otras son previsibles, como las tempestades y los huracanes. Otras más pueden ser predecibles si existe un sistema de observación preciso, eficiente y continuo, como es el caso de los incendios, erupciones, tsunamis, avalanchas e inundaciones. Todas tienen un conjunto de características en común y particularidades propias de cada categoría, de lo cual se desprende que existe un conjunto de medidas generales para lidiar con las catástrofes y, además, un conjunto de acciones específicas para enfrentar cada una de ellas. Estas medidas son recomendaciones para actuar antes, durante y después del suceso, que van dirigidas a las entidades gubernamentales, a los organismos de asistencia social y a los ciudadanos.

Las catástrofes producidas deliberadamente por el ser humano tienen un carácter diferente, pues se dirigen a destruir bienes y personas con un fin determinado. La guerra es el caso más conocido y frecuente; desgraciadamente, es parte de la civilización desde tiempos inmemoriales y determina la vida de millares de seres humanos inocentes en todo el planeta. Afortunadamente, ha perdido el halo glorioso de que se invistió en otros tiempos para ser comprendida cada vez más como lo que es realmente: la peor de las calamidades creadas por el hombre. El terrorismo de nuestra época es parte de las guerras que libran grupos, etnias, naciones y Estados para hacer prevalecer sus intereses políticos particulares. La principal diferencia entre los efectos de una catástrofe natural y de un acto de violencia por guerra o terrorismo es de tipo psicológico; las evidencias indican que las víctimas de una violencia humana deliberada tienen mayor probabilidad de sufrir perturbaciones, como veremos más adelante.

Los efectos negativos de las catástrofes pueden ser materiales, sociales o psicológicos. Entre los materiales tenemos la pérdida de vidas humanas, personas lesionadas, desaparición de bienes y destrucción de la naturaleza. Los efectos sociales dependen del número de personas victimadas, afectadas o desplazadas, y de la capacidad de la comunidad para responder a sus

necesidades, la cual depende a su vez de las posibilidades económicas de la sociedad afectada por el desastre. Muchos autores hablan de un “segundo desastre” (Myers, 2006) aludiendo a la incompetencia de las organizaciones gubernamentales para lidiar con las tareas urgentes de asistencia y reconstrucción que impone el suceso. Esto significa que los efectos destructivos del fenómeno pueden multiplicarse debido a la incapacidad de las instituciones para dar una respuesta adecuada a las necesidades del momento, a reglas inadecuadas, burocracia, caos, malentendidos, demoras, ineptitud, etc. La insatisfacción de la sociedad puede convertirse rápidamente en un factor de inestabilidad política de efectos impredecibles. En consecuencia, es imprescindible reducir las dimensiones de este “segundo desastre” a través de una preparación adecuada de las instituciones y de la educación de la población.

Efectos psicológicos de las catástrofes

Las investigaciones realizadas hasta la fecha en poblaciones que han sido víctimas de catástrofes muestran que, en términos psicológicos, las personas se ven impactadas de forma diferencial. Una variable importante es la distancia del individuo respecto del evento, otra es su relación con las personas directamente perjudicadas y otra más, el grado de pérdidas materiales o familiares sufridas. Según algunos autores, los sujetos más afectados son los que presenciaron cuerpos mutilados, oyeron gritos de las personas enterradas pidiendo socorro u observaron las expresiones dolorosas de los que buscaban a familiares entre los escombros (Goenjian, Najarian, Pynoos, *et al.*, 1994).

En términos generales, todas las catástrofes producen impactos psicológicos semejantes, con algunas diferencias que se verán más adelante. Los efectos que describen los autores españoles después del atentado terrorista registrado en Madrid son ilustrativos.

El 11 de marzo de 2004, entre las 7:39 y las 7:42 horas la ciudad de Madrid fue escenario del peor ataque terrorista ocurrido hasta la fecha en Europa occidental, durante el cual varias bombas explotaron en los trenes que comunican la capital española con sus alrededores. Ciento noventa y un personas murieron y mil 800 quedaron heridas. En los días siguientes fueron encontrados otros explosivos, lo cual aumentó la incertidumbre y el malestar de la población. Estos acontecimientos crearon un clima de

inseguridad y miedo que fue estudiado por los psicólogos españoles. Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González y Galea (2004) reportan los siguientes resultados de sus observaciones efectuadas en las primeras cinco semanas posteriores al ataque:

- Población de Madrid que fue testigo de algún aspecto relevante del atentado: 6.7%.
- Vio un efecto directo por la televisión: 71.9%.
- Conocía a alguien que resultó herido: 9.6%.
- Tenía relación con alguien que falleció: 7.8%.
- Conocía a personas que resultaron heridas y a otras que fallecieron: 3.3%.
- Población que experimentó síntomas que en su conjunto cumplen los criterios de diagnóstico de ataque de pánico o crisis de angustia: 10.9% (14.6% mujeres y 6.8% hombres).
- Proporción de personas que se sintieron horrorizadas o aterrorizadas: 66.6%.
- Experimentó miedo o quedó asustado: 58.2%.
- Percibió que el tiempo pasó demasiado rápido o con demasiada lentitud: 54.8%.
- Se sintió indefenso: 52.9%.
- Sintió como si no estuviera viviendo la realidad: 40.4%.
- Sufrió temor o agitación: 18.8%.
- Experimentó palpitaciones: 18.3%.
- Se sintió indiferente, como si fuera un sueño: 15.8%.
- Tuvo miedo de morir: 14.4%.
- Adicionalmente, 9.5% de los madrileños dijo sentir síntomas de depresión o de estrés postraumático luego del suceso.

Cinco semanas después del atentado, los autores observaron la siguiente prevalencia de perturbaciones:

- Ataque de pánico: 10.9%.
- Depresión mayor: 8%.

Trastorno por estrés postraumático (TEPT):

- Desde el atentado: 4%.
- Relacionado con la agresión: 2.3%.

Depresión y TEPT conjuntamente:

- Desde el atentado: 2%.
- Relacionados con el evento: 1.4%.

Efectos semejantes fueron observados después del ataque del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York (Pyszczynski, Solomon y Greenberg, 2002).

Afortunadamente, la mayoría de la población es capaz de recuperarse rápidamente de un desastre. Este efecto es resultado de la llamada “resiliencia”, término tomado del inglés *resilience*, que denota la capacidad del individuo para resistir sin perturbaciones situaciones de riesgo estresantes.⁶

No obstante, una parte de la población, considerada vulnerable, no es capaz de lidiar adecuadamente con los efectos de la catástrofe y puede presentar una perturbación. En este caso, *vulnerabilidad* se refiere al hecho de que algunas personas son especialmente sensibles a los factores estresantes y acaban por no manejarlos en forma apropiada. Este concepto surgió del modelo *diathesis-stress*, utilizado en la psicología clínica para explicar la aparición de la esquizofrenia y otras perturbaciones (véase Nietzel, Bernstein y Milich, 1998, p. 64). En estos casos, el desastre provoca en las personas cambios importantes en su vida que pueden desencadenar problemas cognitivos, emocionales o sociales y, eventualmente, alteraciones psicológicas. Las más frecuentes son el trastorno por estrés postraumático (TEPT), la perturbación aguda de estrés y las depresiones.

La psicología de la catástrofe gira en torno del concepto “trastorno por estrés postraumático”, que revisaremos a continuación.

Desde hace muchos años los especialistas saben que las situaciones violentas pueden desencadenar secuelas psicológicas negativas. De ahí surgió el concepto de “trauma psicológico”, por analogía con el trauma en sentido físico, que denota una lesión causada por un agente externo. No obstante, hace relativamente poco tiempo que los psicólogos y psiquiatras comenzaron a estudiar en forma sistemática el tema a raíz de constatar los efectos devastadores de ciertas experiencias en el sujeto, sobre todo las de la

⁶ “A risk factor is a variable that precedes a negative outcome of interest and increases the chances that the outcome will occur. In contrast, a resilience factor is a variable that increases one’s ability to avoid negative outcomes, despite being at risk for psychopathology.” (Mash y Wolfe, 2002, p. 14.)

guerra. No es casualidad que los informes sobre este tipo de traumas hayan aparecido en el periodo de las dos guerras mundiales y que se hayan incrementado notablemente durante el conflicto de Vietnam. En la Primera Guerra Mundial aparecieron los conceptos de “choque por bombardeo” (*shell shock*), “neurosis de guerra” (*kriegsneurose*) y “fatiga de combate” para denotar un estado psíquico caracterizado por la pérdida de visión y de memoria como resultado de las tensiones de la lucha armada. Otros términos usados con frecuencia para designar este síndrome son “neurosis traumática” y “neurosis de ansiedad”. La primera definición moderna del ahora llamado *trastorno por estrés postraumático* apareció en el DSM-III (1980) como resultado de la gran cantidad de estudios sobre los veteranos de la guerra de Vietnam. A partir de ese año empezó a generalizarse el uso del vocablo para describir un síndrome producido no sólo por las situaciones de combate, sino también por otro tipo de sucesos violentos de menor o mayor envergadura.

Los eventos traumáticos, en sentido psicológico, han sido definidos como incidentes que aniquilan los mecanismos habituales de adaptación y ponen en peligro al individuo, debido a que desencadenan alteraciones en los niveles conductual, cognitivo, emocional y fisiológico. Existen varios efectos de estos eventos. Uno de ellos es el estrés postraumático, caracterizado por un sentimiento de ausencia de paz interior que afecta la productividad del sujeto y la calidad de sus relaciones interpersonales y de su vida. La definición actualmente en uso apareció en la edición americana del DSM-IV-TR en el año 2000 (APA, 2000). De este modo, contamos con un concepto aceptado universalmente, basado en un conjunto de síntomas y en una causa. Según la acepción actualmente reconocida por psiquiatras y psicólogos (véase Lopez-Ibor y Valdés Miyar, 2002), hablamos de trastorno por estrés postraumático cuando se reúnen las siguientes condiciones:

El individuo ha estado expuesto a un acontecimiento traumático en el que:

- 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 (por ejemplo, guerras, atentados o catástrofes).
- Ha respondido con temor, desesperanza o un horror intensos.

El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

- Recuerdos del acontecimiento, recurrentes e intrusos, que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones perturbadores.
- Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que producen malestar.
- El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (por ejemplo, sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y *flashbacks*).
- Malestar psíquico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del suceso traumático.

Evitación persistente de estímulos asociados con el trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- Reducción importante del interés o de la participación en actividades sociales o laborales.
- Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- Restricción de la vida afectiva (por ejemplo, incapacidad para experimentar sentimientos de amor).
- Sensación de un futuro desolador (por ejemplo, no tener esperanzas respecto de encontrar pareja, formar una familia, hallar empleo o llevar una vida normal).

Síntomas persistentes de aumento del estado de alerta (ausentes antes del trauma), tal y como lo indican dos o más de los siguientes síntomas:

- Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
- Irritabilidad o ataques de ira.
- Dificultad para concentrarse.
- Respuestas exageradas de sobresalto.

Estas alteraciones duran más de un mes⁷ y generan un malestar significativo o deterioro de las relaciones sociales, la actividad laboral o de otras áreas importantes de la vida de la persona.

Las evidencias muestran que cuando el evento traumático es causado por una intención humana, los efectos son más perjudiciales y revisten una duración más prolongada que cuando no es el caso (Malmquist, 1986). Asimismo, si el causante del trauma es una persona conocida o de confianza, los sentimientos de desesperación y desamparo son mayores (Keane y Wolfe, 1990). Everstine y Everstine (1993) señalan que no todos los individuos que pasan por sucesos traumáticos sufren trastornos, lo cual indica la existencia de vulnerabilidades y otras variables que propician la aparición de perturbaciones. Entre estas variables se incluyen: si el hecho fue causado por otra persona, si la acción fue intencional, si el agresor es una persona conocida o de confianza, el periodo transcurrido desde el incidente, si el evento altera el papel desempeñado por el individuo, si ocurrió en un sitio considerado seguro, el que sobrevivir sea valorado como fuente de orgullo o de humillación, el modo como la persona se explica el acontecimiento y, finalmente, la existencia de condiciones psicológicas anteriores que potencien el efecto traumático. Otras variables importantes son la existencia de una red de apoyo social y la edad en que se sufre el daño. La ausencia de una red social hace más probable que el individuo desarrolle claros problemas de salud física y mental. Los niños que presencian eventos traumáticos tienen mayor probabilidad de padecer alteraciones en la vida adulta. La existencia de perturbaciones psicológicas antes del trauma propicia la aparición del TEPT.

En lo que respecta a la epidemiología del trastorno por estrés postraumático, los datos no son consistentes, pues dependen del tipo de instrumento aplicado en la investigación. Sin embargo, algunas informaciones son importantes para nuestros fines. Así, estudios realizados en Estados Unidos por Breslau, Davis, Andreski y Peterson (1991), y por

⁷ Cuando la sintomatología indicada aparece durante un lapso menor a un mes, se habla de “perturbación aguda de estrés”.

Breslau y Davis (1992) con personas de entre 21 y 30 años arrojaron que 39% de los entrevistados había sido sujeto a eventos traumáticos de algún tipo. Norris (1992) concluyó que 69% de sus entrevistados había estado expuesto a esta clase de sucesos. Otros autores encontraron valores parecidos en la población general, así como valores muy superiores en las poblaciones psiquiátricas. Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson (1995) identificaron diferencias entre hombres y mujeres en el nivel de exposición a este tipo de situaciones. Concluyeron que los hombres tienen más experiencias con accidentes y las mujeres con violaciones. De acuerdo con estos estudios, la prevalencia del TEPT en la población en general es de 0.5% para los hombres y de 1.3% para las mujeres. Es evidente que la probabilidad de desarrollar la perturbación es mucho mayor en las víctimas de peligros naturales, accidentes y crímenes, en comparación con la probabilidad dentro de la población no afectada. Ahora bien, la prevalencia depende también del tipo de evento causante. Por lo que hemos visto anteriormente, las víctimas de desastres naturales tienen una probabilidad menor de desarrollar estrés postraumático en comparación con las que sufren eventos traumáticos causados por el ser humano. Sin embargo, las evidencias muestran que el número de personas afectadas es grande y los síntomas de la perturbación permanecen durante largo tiempo (Bland, O'Leary, Farinero, Jossa y Trevisan, 1996). Las víctimas de crímenes tienen más probabilidades de resentir alteraciones, mientras que aquellos que han sufrido accidentes viales presentan una prevalencia de 11.5% (Norris, 1992). Respecto de los veteranos de guerra, Foy, Sipprele y Carroll (1987) encontraron que los mayores factores de riesgo para contraer una perturbación de estrés postraumático estriban en ser capturado, estar comprometido en la muerte de civiles y presenciar atrocidades.

Además de esos grupos, se han encontrado valores elevados de prevalencia del trastorno por estrés postraumático en refugiados (Marsella, Bornemann, Ekblad y Orley, 1994), en víctimas de ataques terroristas (Miguel-Tobal y Martínez-Sánchez, 2004) y en las personas que participan en labores de auxilio a víctimas de catástrofes (Myers, 2006).

En el caso de que aparezcan perturbaciones como las señaladas, es imprescindible la intervención de un psicólogo o psiquiatra. Con la ayuda de un psicólogo especialmente entrenado, la mayoría de las personas puede superar sus malestares y recuperar su vida normal a pesar de haber perdido a familiares próximos, bienes y propiedades.

Existe una gran cantidad de instrumentos para evaluar las experiencias traumáticas y la presencia o no de TEPT. Unos evalúan si el sujeto fue expuesto a situaciones traumáticas, otros el modo en que respondió a éstas, y otros más buscan los síntomas relacionados con el trauma. Algunas escalas muy utilizadas para evaluar la exposición a catástrofes son la *traumatic stress schedule* (TSS; Norris, 1990), el *traumatic events questionnaire* (TEQ; Vrana y Lauterbach, 1994), el *trauma history questionnaire* (THQ; Green, 1993) y el *traumatic life events questionnaire* (TLEQ; Kubany, Leisen, Kaplan, Watson, Haynes, Owens y Burns, 2000).

Respecto del tratamiento del TEPT, existen dos formas principales de intervención basadas en dos perspectivas de la psicología y la psiquiatría que no se excluyen mutuamente.

La escuela fisiológica considera que este padecimiento es resultado de una perturbación neurológica causada por el evento traumático. La sintomatología corresponde al cuadro de activación fisiológica de la respuesta al estrés, que está relacionado con alteraciones en el nivel de las funciones neuroendocrinas vinculadas con el eje hipotálamo-hipófisis-corteza y el eje simpático del sistema nervioso autónomo. En consecuencia, el tratamiento de la perturbación pasa por el uso de fármacos que inciden en el funcionamiento del sistema nervioso (véanse, por ejemplo, Van der Kolk, 1987; Wroth, 1988, y Friedman, 1990).

La perspectiva cognitivo-conductual considera, por una parte, que el TEPT responde a un fenómeno de condicionamiento. Por tanto, el tratamiento consiste en aplicar estrategias de contracondicionamiento que implican, como primer paso, la identificación de los estímulos que controlan las respuestas inadecuadas y, como segundo paso, el rompimiento del control que ejercen esos estímulos. Por otra parte, intervienen también factores cognitivos, según los cuales el trastorno es una incapacidad del individuo para asimilar e integrar el evento traumático en los esquemas cognitivos preexistentes. El tratamiento consiste, entonces, en corregir las distorsiones cognitivas que produjo el evento traumático para facilitar la acomodación de lo sucedido en los esquemas cognitivos del individuo. La intervención cognitivo-conductual combina ambos elementos (véanse por ejemplo Foy, 1992; Foa, Steketee y Rothbaum, 1989, y Peterson, Prout y Schwarz, 1990).

Otras sintomatologías observadas frecuentemente en las víctimas de catástrofes son las somatizaciones, depresión, ansiedad, hostilidad,

ansiedad fóbica y perturbaciones del sueño (Bland, O'Leary, Farinaro, Jossa y Trevisan, 1996); miedos, sentimientos de culpa, aislamiento social, cambios de actitud hacia la gente, la vida y el futuro (desconfianza, pesimismo, desesperanza); quejas psicósomáticas, alta irritabilidad y agresión (Azarian y Skriptchenko-Gregorian, 1998); ataques de pánico, abuso de alcohol y drogas, y crisis de angustia (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González y Galea, 2004).

Obviamente, la intervención del psicólogo en situaciones de catástrofe no se limita al tratamiento clínico, sino que puede colaborar en otras actividades, como las que veremos a continuación.

Intervención en situaciones de catástrofe

En todos los casos de catástrofe es posible intervenir para atenuar los efectos negativos o evitarlos. Actualmente tenemos conocimientos suficientes para aplicar medidas adecuadas antes, durante y después del suceso (Myers, 2006).



En términos de prevención, los expertos recomiendan a la sociedad medidas básicas y universales como las siguientes:

1. Elaborar planes de emergencia para los servicios de asistencia gubernamentales y no gubernamentales con el objetivo de que estén en condiciones de actuar rápida, eficaz y coordinadamente.
2. Crear equipos de intervención especializados en cada tipo de desastre, en especial las que ocurren constantemente en la región.
3. Poner en marcha sistemas de monitoreo para detectar las señales de catástrofe inminente, por ejemplo, actividad volcánica o formaciones meteorológicas antecesoras de huracanes.
4. Estudiar sistemáticamente la región para identificar y eliminar las situaciones o los objetos que puedan agravar los efectos peligrosos, por ejemplo, limpiar las ramas secas de los bosques para evitar incendios, reforestar zonas susceptibles de inundación, etcétera.
5. Preparar a la población por medio de conferencias, programas de radio y televisión, manuales, anuncios impresos y ejercicios de simulacro en los edificios públicos, para actuar adecuadamente.

Además, es recomendable que las autoridades regionales, por ejemplo los municipios, apliquen medidas como las siguientes:

6. Identificar todos los peligros potenciales para la región, crear planes para reducirlos y actuar en caso de que se hagan realidad.
7. Levantar mapas de las zonas vulnerables a catástrofes, como inundaciones, deslizamientos, avalanchas, etcétera.
8. Crear un programa de entrenamiento del personal local para responder a emergencias, así como ejercicios de simulacro para poner a prueba sus capacidades.
9. Aplicar un programa de educación pública para actuar en caso de desastre.
10. Organizar y mantener sistemas de comunicación, incluyendo uno para alertar a las autoridades y a la población sobre riesgos eventuales. Establecer un sistema de información pública de emergencias.
11. Crear planes para definir las condiciones que podrían constituir una emergencia.

12. Elaborar un inventario del personal y de los recursos del gobierno y del sector privado que pueden estar disponibles en situación crítica.
13. Organizar y mantener un albergue, incluyendo sistemas de recepción y cuidado de la población.
14. Establecer acuerdos de cooperación con otras entidades para proporcionarse mutuamente servicios, equipo, personal y otros recursos en caso de emergencia.
15. Elaborar programas regionales y nacionales para asegurar asistencia técnica y financiera.

Durante la catástrofe misma hay también un conjunto de reglas que deben ser respetadas. Las experiencias acumuladas subrayan la importancia de instruir al ciudadano en un conjunto de normas básicas sobre cómo comportarse en el momento del desastre, así como enseñarle a conocer la organización general de su país y la manera como reaccionarán los servicios públicos.

Los expertos recomiendan que se proporcione a la población una serie de recomendaciones simples, formuladas en lenguaje llano. Por ejemplo, veamos el caso de las indicaciones que debe recibir el ciudadano que vive en una región que frecuentemente se inunda:

Si vive usted en una zona que sufre inundaciones, tome las previsiones siguientes:

- Estudie la posibilidad de comprar un seguro contra catástrofes.
- Averigüe con sus vecinos y amigos cómo han procedido durante las inundaciones en años anteriores.
- Manténgase atento a los noticiarios, especialmente en otoño y primavera.
- Identifique vías de evacuación para retirarse rápidamente con la familia en caso de inundación.
- Prepare y mantenga a la mano un estuche de emergencia con objetos que serán necesarios en caso de evacuación: radio portátil, linterna, caja de primeros auxilios, agua y alimentos no perecederos.
- Tenga en casa agua y alimentos no perecederos para sobrevivir durante tres o cuatro días.

Si hay una inundación o un aviso de que ocurrirá una inundación:

- Conserve la serenidad y tranquilice a su familia, vecinos y amigos.
- Manténgase atento a las informaciones transmitidas por radio y televisión.

- Prepárese para abandonar rápidamente su casa si es necesario.
- Busque el estuche de emergencia previamente preparado.
- Antes de salir, apague todos los aparatos y la luz, y cierre las llaves de agua y gas.
- Lleve a los niños, ancianos y enfermos al piso más alto de su casa.
- Lleve los alimentos, el agua y los objetos de valor al piso más alto de su casa.
- Libere a los animales domésticos.
- Amarre los objetos que puedan ser arrastrados por las aguas.
- Use el teléfono sólo en caso de emergencia.

Después de la inundación:

- Informe a las autoridades de su situación.
- Vista ropa adecuada al clima. No camine descalzo.
- Tenga cuidado con los cables eléctricos.
- Evite utilizar el carro. Úselo solamente para una fuga segura, teniendo cuidado con las corrientes de agua y los sistemas de drenaje.

Si tiene que ser evacuado:

- Manténgase atento, pero calmado.
- Cumpla las instrucciones de las personas que lo trasladan.
- Lleve consigo el estuche de emergencia que tiene preparado, ropa y agua. (Galindo, 2009, pp. 64-65).

Respecto de los terremotos, sabemos que todos los días ocurre alguno, aunque la mayoría pasa desapercibido y no causa destrucción. Sabemos también que estas catástrofes ocurren en lugares determinados, llamados *zonas de riesgo*. Los efectos del sismo a corto plazo son muerte y lesión de personas; destrucción de edificios, puentes, vías de comunicación y sistemas de gas y agua potable; colapso de servicios públicos, y ansiedad, preocupación y perturbaciones de índole emocional en la población. A largo plazo los efectos pueden ser igualmente destructivos, pues sobreviene una falta crónica de habitación segura; el restablecimiento de las comunicaciones y de la capacidad de acción de los servicios públicos se demora días o semanas; la destrucción de los servicios de agua potable, alcantarillado y electricidad suele ser factor causante de enfermedades y epidemias; las personas quedan heridas o con secuelas importantes de sus lesiones; las familias se desintegran, lo cual significa niños huérfanos y problemas emocionales a largo plazo para los damnificados; la

reconstrucción de la zona afectada toma mucho tiempo, lo cual a su vez da lugar a problemas financieros e insatisfacción social. En estas condiciones, mucha gente sin casa ni trabajo puede optar por emigrar y se convierte en refugiada.

Los factores que determinan el efecto destructivo de un sismo son intrínsecos al fenómeno, como su intensidad y características, y extrínsecos, o sea dependientes de factores socioeconómicos. Dado que hasta el momento no hay un método eficaz para prevenir un terremoto, las medidas para reducir sus consecuencias negativas son de tipo socioeconómico, como las que describimos a continuación:

1. Las construcciones en las zonas sísmicas deben diseñarse para soportar los movimientos telúricos.
2. Es necesario informar a la población sobre los efectos del sismo y entrenarla a través de ejercicios de simulacro para que sepa cómo comportarse en caso de que ocurra.
3. Los gobiernos locales deben elaborar mapas de las zonas de riesgo.
4. Las organizaciones de auxilio deben prever la creación inmediata de un alojamiento temporal en zona segura, con las provisiones y medicamentos necesarios.
5. Los servicios de agua y luz deben tener un sistema de cierre automático en caso de sismo.

Estas medidas se suman a las que han sido descritas para las catástrofes en general. Conviene estudiar la posibilidad de elaborar un manual para el ciudadano⁸ que sea distribuido en las regiones afectadas.

Las observaciones realizadas después de varios terremotos muestran que las características socioeconómicas de la región afectada (calidad y cantidad de los servicios, características de la construcción, preparación de la población, etc.) determinan en gran medida la amplitud de la muerte y destrucción que causa el fenómeno. Por ejemplo, la tabla 1 muestra comparativamente la intensidad y el número de víctimas de varios terremotos. Como se puede constatar, el número de muertos no depende necesariamente de la intensidad del sismo.

⁸ El autor colaboró en la elaboración de un "Manual para el ciudadano" con estas características en Portugal (Galindo, 2009) .

TABLA 1. Comparación de diferentes terremotos. Escala de Richter

Lugar	Fecha	Grados	Muertos
Perú	31/05/1970	7.7	60 000
Nicaragua	23/12/1972	8.0	12 000 a 32 000
Guatemala	04/02/1976	7.3	23 000
México	19/09/1985	8.1	3 000 a 40 000
México	20/09/1985	6.5	0
Kobe, Japón	17/01/1995	6.9	5 000
Bhuj, India	26/01/2001	7.9	30 000 a 50 000
Bam, Irán	25/12/2003	6.5	4 000 a 20 000
Haití	12/01/2010	7.0	150 000 a 200 000

Después de la catástrofe es necesario iniciar inmediatamente las labores de atención a las personas heridas o damnificadas y la reconstrucción de los bienes materiales destruidos. Las funciones que debe cumplir el Estado en este caso son las siguientes:

1. Coordinación, dirección y control de las operaciones de emergencia.
2. Acciones de salvamento y combate a fuegos eventuales: extinción de incendios, seguridad, búsqueda y rescate de sobrevivientes.
3. Aplicación de la ley y control del tráfico: refuerzo de las leyes relacionadas con la evacuación, control de tráfico y accesos.
4. Servicios médicos de emergencia: cuidado y tratamiento de los heridos y enfermos.
5. Servicios de salud pública y saneamiento.
6. Operaciones de médico legista: recolección, identificación y protección de los restos mortales.
7. Operaciones de asistencia y abrigo: atención de las necesidades básicas de los damnificados y los trabajadores de los servicios de auxilio; censo de damnificados, enfermos y lesionados; cuidado de los sobrevivientes y de los trabajadores de los servicios de auxilio.
8. Acciones de traslado de la población de las áreas amenazadas o peligrosas.

9. Actividades de rescate.
10. Tareas de construcción e ingeniería: mantenimiento y reparación de calles, carreteras, estructuras y otras áreas públicas.
11. Manejo de recursos y apoyo: provisión de personal, equipo, comida, combustible, transporte y herramientas para apoyar las operaciones.
12. Información pública de emergencia: distribución rápida de instructivos de emergencia e información precisa al público.
13. Servicios técnicos de emergencia: respuestas técnicas sobre materiales peligrosos y consejos al público sobre recursos de protección.
14. Protección radiológica, incluyendo el monitoreo de los niveles de radiación del ambiente, la definición de medidas para minimizar la exposición personal e identificación y gestión de posibles albergues.

Myers (2006) considera esencial un plan de salud mental como parte del auxilio que se proporciona después de una catástrofe, el cual debe coordinar las respuestas de todos los especialistas y organizaciones en este campo que participen en el servicio. Recomienda que cada entidad gubernamental (municipio, ciudad, estado, país) cuente con un plan de salud mental integrado a los planes de emergencia para catástrofes, tal como sucede en Estados Unidos. Dicho plan debe especificar las funciones, responsabilidades y relaciones de las diversas entidades participantes. Asimismo, Myers recomienda ofrecer los servicios de salud mental a los sobrevivientes, incluyendo un programa de manejo de crisis en los albergues, locales donde se distribuyen alimentos, hospitales, centros de primeros auxilios y oficinas del médico legista. En el largo plazo, estos apoyos deben integrarse con otros servicios humanitarios destinados a los sobrevivientes. El texto de Myers (2006), fundamental para todos los interesados en el tema, comienza por explicar las principales diferencias entre los programas de salud mental en tiempos normales y los servicios que deben proporcionarse en el momento del desastre; aborda la selección y el entrenamiento del personal para enfrentarlo, y explica con todo detalle cómo debe organizarse un centro para atender a la población después de ocurrido el siniestro.

La participación del psicólogo en las actividades enumeradas es fundamental, incluyendo el apoyo a los rescatistas y voluntarios que participan en las diferentes labores de asistencia.

Situación actual

A manera de conclusión, podemos decir que de 1985 a la fecha ha cambiado radicalmente el panorama informativo en lo que respecta al manejo de las situaciones de desastre. Además de la literatura revisada, que no agota ni mucho menos las publicaciones existentes, actualmente existen revistas como *The Journal of Disaster Studies, Policy and Management*, que aborda todos los aspectos del análisis, prevención y manejo de las catástrofes y las emergencias políticas en todo el mundo a través de reportajes, reportes de campo, estudios de caso e informes sobre reuniones y conferencias.

Asimismo, hoy en día funcionan diversas entidades internacionales de información especializada. En el marco de la ONU encontramos organismos como la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres (*ISDR*, por sus siglas en inglés: *International Strategy for Disaster Reduction*)⁹ y el Sistema Global de Coordinación y Alerta ante Desastres (*GDACS*, por sus siglas en inglés: *Global Disaster Alert and Coordination System*).¹⁰

La ISDR trabaja en la promoción de la información y el entrenamiento de carácter preventivo, fomentando la investigación, el intercambio de experiencias y la colaboración entre diversas instancias interesadas en el tema. Con este fin, combina los esfuerzos de dos agencias clave de la ONU: la Unidad Especial de Trabajo Interagencial para la Reducción de los Desastres (*IATF/DR*, por sus siglas en inglés: *Inter-Agency Task Force for Disaster Reduction*) y el Secretariado Interagencial de Naciones Unidas de la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres (*UN/ISDR: Inter-Agency Secretariat for the ISDR*). La *IATF/DR* es el principal organismo de la ONU dirigido a la aplicación de estrategias para reducir los efectos de los desastres a nivel mundial. Reúne a especialistas y organizaciones para analizar temas relacionadas con su prevención y control. El *UN/ISDR* promueve los vínculos y la colaboración entre los organismos que trabajan para reducir los efectos de los desastres, distribuye información y realiza campañas en diversas partes del mundo.

El *GDACS*, por su parte, proporciona sistemas de alerta sobre siniestros naturales en todo el planeta, así como herramientas para facilitar una respuesta coordinada frente a sus efectos, por ejemplo, estimaciones del

⁹ Véase <http://www.unisdr.org/>

¹⁰ Véase <http://www.gdacs.org/>

impacto, análisis de riesgos, mapas, catálogos, observaciones *in situ* y monitoreo de medios.

La oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), creó en 1990 el Centro de Documentación de Desastres (CDD) en San José, Costa Rica, institución dedicada a recopilar información técnica sobre el tema. Siete años más tarde, en 1997, se fundó el Centro Regional de Información sobre Desastres (CRID),¹¹ dedicado al acopio y difusión de información disponible sobre el tema en América Latina y el Caribe. Esta institución aglutina los esfuerzos de organizaciones como la OPS, el Secretariado de Naciones Unidas de la ISDR, la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias de Costa Rica, las Sociedades Nacionales de la Federación Internacional de la Cruz Roja (FICR) y Media Luna Roja, el Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central (Cepredenac) y la Oficina Regional de Emergencias de Médicos sin Fronteras (MSF). Actualmente el CRID presta asistencia a los usuarios para localizar información sobre el tema, difunde publicaciones relacionadas y ofrece asesoría técnica para formar centros de información semejantes.

En México, la Secretaría de Gobernación, a través del Sistema Nacional de Protección Civil (Sinaproc),¹² es la entidad encargada de actuar en caso de catástrofe para salvaguardar a la población, sus bienes y su entorno. El Centro Nacional de Prevención de Desastres,¹³ que actúa en el marco del Sinaproc, tiene como principal objetivo promover la aplicación de tecnologías preventivas y para mitigar los efectos devastadores, impartir capacitación sobre la materia y difundir medidas de protección en el país.

Además, existen organizaciones de voluntarios cuyo objetivo es dar respuesta en situaciones críticas, como los Bomberos Voluntarios y la Cruz Roja Mexicana.

En los momentos de escribir estas líneas están frescas las imágenes del terremoto que sacudió a Haití el 12 de febrero de 2010 y somos testigos de sus trágicas consecuencias con toda su crudeza. A la vez, llegan las primeras noticias del terremoto que asoló a Chile la noche del 26 al 27 de febrero. No nos queda sino desear que trabajos como el presente contribuyan a reducir

11 Véase www.crid.or.cr

12 Véase <http://www.proteccioncivil.gob.mx>

13 Véase <http://www.cenapred.unam.mx/es/>

un poco el sufrimiento de los seres humanos que vivan catástrofes semejantes en el futuro.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR). 4a. ed., American Psychiatric Press.
- Azarian, A. y Skriptchenko-Gregorian, V. (1998). "Children in natural disasters: an experience of the 1988 earthquake in Armenia." *American Academy of Experts in Traumatic Stress*. [<http://www.aaets.org/article38.htm>]. Consultado el 12 de febrero de 2010.
- Bland, S. H., O'Leary, E. S., Farinaro, E., Jossa, F. y Trevisan, M. (1996). "Long-term psychological effects of natural disasters." *Psychosomatic Medicine*, 58, p. 18-24.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P. y Peterson, E. (1991). "Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults." *Archives of General Psychiatry*, 48, p. 216-222.
- Breslau, N. y Davis, G. C. (1992). "Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors and chronicity." *American Journal of Psychiatry*, 149, p. 671-675.
- Crenshaw, M. (2004). "The psychology of political terrorism." Jost, J. T. y Sidanius, J. (eds.), *Political psychology*. Nueva York: Psychology Press.
- Darley, J. M. (2004). "The psychology of political terrorism." Jost, J. T. y Sidanius, J. (eds.), *Political psychology, op. cit.*
- De Silva, P. y Marks, M. (1999). "The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder." *Behavior Research and Therapy*, 37(10), p. 941-951.
- Dunmore, E., Clark, D. M. y Ehlers, A. (2001). "A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent PTSD after physical or sexual assault." *Behavior Research and Therapy*, 39(9), p. 1063-1084.
- Everstine, D. y Everstine, L. (1993). *The trauma response: treatment for emotional injury*. Nueva York: W. W. Norton and Company.
- Foa, E., Steketee, G. y Rothbaum, B. (1989). "Behavioral cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder." *Behavior Therapy*, 20, p. 155-176.
- Foy, D. (1992). *Treating PTSD: cognitive-behavioral strategies*. Nueva York: The Guilford Press.

- Foy, D., Sipprele, R. y Carroll, E. (1987). "Premilitary, military and posmilitary factors in the development of combat related stress disorders." *The Behaviour Therapist*, 10, p. 3-9.
- Friedman, M. J. (1990). "Interrelationships between biological mechanism and pharmacology of posttraumatic stress disorder." M. E. Wolfe y A. D. Mosnaim (eds.), *Postraumatic stress disorder: etiology, phenomenology and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press, p. 204-225.
- Galindo, E. (1987). "Die Rolle der Psychologen in Katastrophenfällen am Beispiel des Erdbebens vom September 1985 in Mexiko." *Forum Kritische Psychologie*, 20, p. 105-122.
- . (2009). *Manual para o cidadão. O que fazer em caso de incêndio, terramoto, cheia, tempestade ou ataque terrorista?* Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.
- Goenjian, A. K., Najarian, L. M., Pynoos, R. S., et al. (1994). "Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia." *American Journal of Psychiatry*, 151, p. 895-901.
- Green, B. L. (1993). "Trauma history questionnaire." B. H. Stamm y E. M. Varra (eds.), *Instrumentation in stress, trauma and adaptation*. Northbrook, IL: Research and Methodology Interest Group of the ISTSS, p. 366-369.
- Grossman, D. (1995). *On killing—the psychological cost of learning to kill in war and society*. Boston MA: Little, Brown.
- Guthrie, R. y Bryant, R. (2000). "Attempting suppression of traumatic memories over extended periods in acute stress disorder." *Behaviour Research and Therapy*, 38, p. 899-907.
- Horgan, J. (2005). *The psychology of terrorism*. Londres: Rutgers.
- Keane, T. M. y Wolfe, J. (1990). "Comorbidity in post-traumatic stress disorder: an analysis of community and clinical studies." *Journal of Applied Social Psychology*, 20(21), p. 1776-1788.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. y Nelson, C. B. (1995). "Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey." *Archives of General Psychiatry*, 52, p. 1048-1060.
- Kubany, E. S., Leisen, M. B., Kaplan, A. S., Watson, S. B., Haynes, S. N., Owens, J. A. y Burns, K. (2000). "Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: the traumatic life events questionnaire." *Psychological Assessment*, 12, p. 210-224.

- Lopez Ibor, J. J. (2004). *Disasters and mental health*. Nueva York: Wiley.
- Lopez Ibor, J. J. y Valdés, M. (eds.) (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson.
- Malmquist, C. P. (1986). "Children who witness parental murder: posttraumatic aspects." *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, p. 320-325.
- Marsella, A. J., Bornemann, T., Ekblad, S. y Orley, J. (1994). *Amidst peril and pain: the mental health and well-being of the world's refugees*. Washington/Londres: American Psychological Association.
- Mash, E. J. y Wolfe, D. A. (2002). *Abnormal child psychology*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Co.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González, H. y Galea, S. (2004). "Consecuencias psicológicas de los atentados del 11-M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en la población general." *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), p. 163-179.
- Miguel-Tobal, J. J. y F. Martínez-Sánchez, F. (2004). "La reacción humana ante el trauma: consecuencias del 11 de marzo de 2004." *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), p. 141-145.
- Myers, D. (2006). "Disaster response and recovery: a handbook for mental health professionals." Monterey, California. [<http://www.empowermentzone.com/disaster.txt>]. Consultado el 12 de febrero de 2010.
- Nietzel, M. T., Bernstein, D. A. y Milich, R. (1998). *Introduction to clinical psychology*. Nueva Jersey: Prentice Hall International.
- Norris, F. H. (1990). "Screening for traumatic stress: a scale for use in the general population." *Journal of Applied Social Psychology*, 20, p. 1704-1718.
- . (1992). "Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, p. 409-418.
- Peterson, K. C., Prout, M. F. y Schwarz, R. A. (1990). *Postrumatic stress disorder. A clinician's guide*. Nueva York: Plenum Publishing Corporation.
- Pyszczynski, T., Solomon, S. y Greenberg, J. (2002). *In the wake of 9/11. The psychology of terror*. Washington/Londres: American Psychological Association.
- Ross, S. (2002). *Natural hazards*. Cheltenham, U.K.: Nelson Thornes Ltd .

- Van der Kolk, B. A. (1987). "The drug treatment of post-traumatic stress disorder." *Journal of Affective Disorders*, 13, p. 203-213.
- Vrana, S. y Lauterbach, D. (1994). "Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a non-clinical sample of college students." *Journal of Traumatic Stress*, 7, p. 289-302.
- Wroth, W. T. (1988). "The role of medication in post-traumatic therapy." F. M. Ochberg (eds.), *Postrumatic therapy and victims of violence*. Nueva York: Brunner/Mazel, p. 39-56.

Capítulo 2

El papel de los psicólogos en situaciones de catástrofe: el caso de los terremotos de septiembre de 1985 en México¹⁴

Edgar Galindo

Introducción

Esta ponencia no pretende ser un análisis riguroso de la aplicación de la psicología en situación de desastre; más bien es un informe de las experiencias de trabajo de un grupo de psicólogos mexicanos como resultado de los sismos que afectaron la Ciudad de México en septiembre de 1985.

Existen escasos informes empíricos acerca de los efectos psicológicos de los desastres o, al menos, son pocos los conocidos en México. Algunos han sido citados por Oscós-Alvarado (1985), Sánchez Sosa (1985) y Hernández (1985). Aunque no intentamos hacer un análisis de esos estudios, es conveniente señalar que nuestras observaciones parecen concordar con las referidas por estos autores.

Poco después de los sismos, el doctor David Green, de la Universidad de Tel-Aviv, impartió en la Facultad de Psicología de la UNAM un curso sobre la intervención del psicólogo en situaciones de crisis. En la parte final de este trabajo retomamos algunos conceptos con los cuales Green caracteriza los efectos psicológicos del desastre.

En México se han escrito muchos trabajos sobre los impactos del sismo, algunos dedicados a los aspectos psicológicos. La mayoría de estos

¹⁴ Versión de la conferencia pronunciada en la sección de Psicología de la Universidad de Leipzig (RDA) el 26 de junio de 1986 y en el Instituto Psicológico de la Universidad Libre de Berlín (RFA) el 3 de julio de 1986. Versiones de este trabajo fueron publicadas en Galindo (1987) y Galindo (2009).

últimos no ha sido publicada y se conserva como informes internos de trabajo de las organizaciones de psicólogos, psicoanalistas y psiquiatras —prácticamente todas las existentes en la Ciudad de México— que auxiliaron a las víctimas del terremoto.

Este trabajo se basa en los informes y materiales generados por la Comisión de Asesoría Psicológica creada por el Departamento de Ciencias Sociales y de la Conducta, y la Coordinación de Psicología de la entonces Escuela Nacional de Estudios Profesionales de la UNAM, plantel Iztacala, para auxiliar a las víctimas.

Antes de entrar en el tema, explicaremos con algún detalle las condiciones en que este trabajo tuvo lugar, es decir, las características de la catástrofe y sus consecuencias.

Características y efectos destructivos del sismo

El 19 de septiembre de 1985, a las 7:19 horas de la mañana, un terremoto de 190 segundos de duración y 8.1 grados en la escala de Richter azotó la Ciudad de México. Al día siguiente, el 20 de septiembre, a las 19:38 horas, la ciudad fue sacudida por otro sismo, de 6.5 grados en la escala de Richter. Este segundo movimiento telúrico causó pánico, pero pocas destrucciones y ninguna víctima mortal.

La tabla 1 muestra comparativamente la intensidad de los terremotos más importantes ocurridos en el continente americano desde 1970 y el número estimado de víctimas. Varios hechos saltan a la vista. En primer lugar, si tomamos en cuenta que la escala de Richter —la cual mide la energía desplazada por el movimiento telúrico— tiene 9 puntos, podemos apreciar que el sismo del 19 de septiembre de 1985 fue particularmente intenso. Algunas estimaciones señalan que se trata del peor terremoto ocurrido en América hasta la fecha. En segundo lugar, resalta la estimación del número de víctimas fallecidas: no se sabe exactamente cuántas personas perecieron (volveremos más adelante a este problema), pero es evidente que se trata de uno de los sismos más mortales del siglo.

Los daños humanos y materiales fueron relativamente reducidos, pues se trata de una ciudad con 18 millones de habitantes y 1 millón 404 mil inmuebles (sólo 0.03% de los edificios se derrumbó y 0.08% quedó afectado). No obstante, las pérdidas humanas y la destrucción material fueron de una magnitud nunca antes vista, con la particularidad de que se

concentraron en una pequeña zona del centro de la ciudad y causaron un *shock* terrible en toda la población.

TABLA 1. Comparación de diferentes terremotos según la escala de Richter (9 grados)

Lugar	Fecha	Grados Richter	Víctimas fatales
Perú	31/05/70	7.7	60 000
Nicaragua	23/12/72	8.0	12 000 a 32 000
Guatemala	04/02/76	7.3	23 000
México	19/09/85	8.1	3 000 a 40 000
México	20/09/85	6.5	0

Este *shock* explica parcialmente la situación caótica que vivió la metrópoli y la dislocación que experimentaron los organismos gubernamentales en los días que siguieron al suceso.

Una de las consecuencias de este caos fue la imposibilidad de dar cuenta precisa de sus efectos.

La tabla 2 muestra las diferentes estimaciones de las pérdidas humanas causadas por el sismo del día 19. Puede observarse que el número de muertos, heridos, damnificados, rescatados y desaparecidos varía considerablemente según la instancia evaluadora y la fecha de la estimación.

TABLA 2. Estimación de las pérdidas humanas

Fecha	Organismo evaluador	Muertos	Heridos	Damnificados	Rescatados con vida	Desaparecidos
19/09/85	Ss	4 000 - 6 000	10 000	–	–	–
21/09/85	DDF	1 300	–	10 000	–	–
	SPVO	6 299	–	–	–	–
22/09/85	DDF	1 952	9 708	–	–	–
	SPV	–	–	–	–	–
	<i>Excélsior</i>	2 822	5 282	–	–	4 180
26/09/85	DDF	3 000	10 000	31 059	–	–

Fecha	Organismo evaluador	Muertos	Heridos	Damnificados	Rescatados con vida	Desaparecidos
27/09/85	DDF	3 826	-	-	-	-
	<i>El Universal</i>	4 600	400 000	-	-1	-
	<i>La Jornada</i>	-	-	300 000	-	-
	<i>unomásuno</i>	-	-	-	1 150	93 410
	CIM	4 000	30 000	40 000	-	-
	Segob	1 840	-	-	-	-
28/09/85	TV	5 300	40 000	30 000	-	1 500
29/09/85	<i>El Universal</i>	6 000	-	-	-	-
30/09/85	<i>La Jornada</i>	5 000	40 000	-	-	1 500
	CME	2 329	-	-	-	-
01/10/85	CME	-	10 000	33 176	3 266	-
04/10/85	<i>El Universal</i>	8 000 - 12 000	-	-	-	-
10/10/85	De la Garza	-	-	32 000	-	-
22/10/85	CUD ¹	40 000	-	200 000	-	-
28/10/85	CME	3 000	-	50 000	4 000	-
05/11/85	Ss*	11 600	30 000	-	-	-
19/11/85	De la Garza ³	-	-	20 000	-	-
29/10/85	Martí <i>et al</i> ²	-	-	60 000	-	-

Sa Secretaría de Salud
 Segob Secretaría de Gobernación
 DDF Departamento del Distrito Federal
 SPV Secretaría de Protección y Vialidad = Policía
 TV Televisión
 CIM Comisión Intersecretarial Metropolitana
 CME Comisión Metropolitana de Emergencia
 CUD Coordinadora Única de Damnificados

Notas

1. Citado en De la Garza *et al.*, 1985, pp. 66 y 85.
 2. Martí *et al.* (s/f) p. 90.
 3. De la Garza *et al.*, 1985, p. 126.
- * Durante la gestión de Guillermo Soberón

La evaluación del 19 de septiembre es evidentemente un mero cálculo apreciativo basado en los efectos visibles del sismo más que en registros reales. A partir del día 21 las estimaciones se basan ya en informes concretos.

Es comprensible que las cifras crezcan conforme avanzan los días, pues es lógico suponer que con el tiempo se conozcan mejor los efectos del desastre. Sin embargo, llama la atención que las apreciaciones de diversas instancias gubernamentales sean tan diferentes en el mismo día. Por ejemplo, el Departamento del Distrito Federal (DDF) y la Secretaría de Protección y Vialidad (SPV) reportaron, respectivamente, mil 300 y 6 mil 299 muertos el 21 de septiembre. La misma discrepancia se observa en otros días.

Por su parte, las cantidades manejadas por los periódicos *El Día*, *El Universal*, *La Jornada*, *unomásuno*, *El Nacional* y *Excélsior* son mucho más altas que las de los organismos gubernamentales. En términos globales, las discrepancias más profundas se observan entre las apreciaciones del gobierno y las de las asociaciones de damnificados.

Lo mismo ocurre con las cifras de personas damnificadas por el sismo. El 1 de octubre la Comisión Metropolitana de Emergencia (CME) calcula su número en 33 mil 176, mientras que el 22 de octubre la Coordinadora Única de Damnificados (CUD) reporta 200 mil.

Igualmente, la cantidad de heridos varía entre 5 mil 282 (SPV, 22 de septiembre) y 40 mil (*La Jornada*, 30 de septiembre).

En cuanto a los rescatados con vida y los desaparecidos, las discrepancias son comprensibles, pues el número de los primeros creció con el paso de los días hasta llegar a 4 mil (CME, 28 de octubre), mientras que el número de los segundos disminuyó a mil 500 (*La Jornada*, 30 de septiembre).

Se desconoce si estos mil 500 desaparecidos aparecieron posteriormente o hay que contarlos entre los muertos.

De cualquier modo, oficialmente fueron rescatadas unas 3 mil 160 personas, entre ellas 10 recién nacidos, algunos de los cuales estuvieron hasta siete días bajo las ruinas.

Es difícil explicar satisfactoriamente las divergencias en la estimación del número de muertos, sobre todo entre los propios organismos del Estado.

Una posible razón es el caos administrativo que sobrevino con la destrucción de una parte importante de los edificios gubernamentales en la capital y el consiguiente *shock* producido por el sismo en los propios

funcionarios.¹⁵ Otra más es la aparente intención del gobierno de minimizar los alcances de la catástrofe a los ojos de la población. Esta última opinión ha predominado principalmente entre los periodistas mexicanos. Por nuestra parte, preferimos abstenernos de estimar el número de muertos; sin embargo, parece evidente que es mucho mayor de 3 mil.

En cuanto a las cifras de damnificados, las divergencias son también notables pero explicables hasta cierto punto, pues dependen de la manera como se defina la condición de *damnificado*.

La tabla 3 muestra el número de damnificados estimado por diversos organismos en distintas fechas. El rubro con menos discrepancias es el de los contabilizados en albergues. Este dato es especialmente importante para los fines del trabajo aquí analizado, pues se desarrolló principalmente en esos sitios. Podemos situar razonablemente en 20 mil el número de personas acogidas en los refugios.

TABLA 3. Números estimados de damnificados*

Fecha	Organismo evaluador	Total de damnificados	Damnificados con albergue	No. de albergues	Damnificados sin albergue (campamentos)
21/09/85	DDF	10 000	10 000	60	–
26/06/85	DDF	31 059	22 300	–	8 759
27/09/85	CIM	40 000	20 000	–	–
28/09/85	TV	30 000	17 000	–	13 000
01/10/85	CME	33 176	20 000	131	13 176
10/10/85	De la Garza <i>et al.</i> ¹	32 000	22 000	125	10 000
22/10/85	CUD ⁴	200 000	–	–	–
28/10/85	CME	5 000	–	–	–
29/10/85	Martí <i>et al.</i> ²	–	–	159	60 000
19/11/85	De la Garza <i>et al.</i> ³	–	–	66	20 000

Notas

* Ver tabla 2 para interpretación de las siglas

15 Funcionarios del gobierno reconocieron (30 de septiembre de 1985) que no fue posible llevar un registro de los muertos.

1. De la Garza *et al.*, 1985, p. 109.
2. Martí *et al.*, 1985, p. 90.
3. De la Garza *et al.*, 1985, p. 126.
4. *Ibidem*, 1985, p. 85

Las divergencias sobre la cantidad de albergues existentes son explicables, pues su número se incrementó en forma gradual en los días inmediatos al terremoto y luego empezó a disminuir, también gradualmente, porque los damnificados fueron reubicados de manera constante en sitios menos improvisados.

Es razonable considerar que el número de albergues osciló entre 131 y 159 en el mes de octubre y luego empezó a reducirse drásticamente.

Cabe agregar que una cantidad significativa de los afectados se instaló en las calles, en campamentos improvisados carentes absolutamente de servicios. En un principio tuvieron que vivir en campamentos ante la falta de albergues adecuados, pero posteriormente prefirieron desplazarse a otros sitios por miedo a posibles actos de pillaje y por desconfianza a las autoridades.

Muchos de estos campamentos existen hasta la fecha. El último dato de que disponemos (*El Nacional*, 9 de abril de 1986), señala que en esta fecha existían 11 mil damnificados en la vía pública y 26 mil en albergues.

La tabla 4 muestra varias estimaciones de las pérdidas materiales causadas por el sismo.

TABLA 4. Pérdidas materiales estimadas

Organismo evaluador	Edificios afectados	Costos materiales
CME	3 536	
AMIS	7 000	\$100 000 millones en seguros
AMB		\$75 000 millones (viviendas)
<i>Excélsior</i> (29 de septiembre de 1985)		\$5 000 millones (total de daños)
AMIS		3 000 - 4 000 mdd (total)
TV		6 000 mdd (total)
MRG		2 000 a 20 000 mdd (total)

AMB	Asociación Mexicana de Bancos
CME	Comisión Metropolitana de Emergencia
AMIS	Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros
MRG	Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft
mdd	millones de dólares

La CME considera que 3 536 construcciones fueron afectadas; de este total, 412 edificios se derrumbaron y 3 mil 124 quedaron dañados.

El cálculo es superado con creces por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, organismo que por razones obvias seguramente está bien informado, pues se vio obligado a cubrir 100 mil millones de pesos en seguros. La institución considera que las pérdidas totales se sitúan entre 3 mil y 4 mil millones de dólares. Aquí es importante señalar que una compañía aseguradora de la República Federal Alemana, la *Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft*, que también estuvo involucrada financieramente en los efectos de la catástrofe, estima las pérdidas totales, muy probablemente con conocimiento de causa, entre 2 mil y 20 mil millones de dólares.¹⁶

A estas pérdidas habría que agregar las derivadas del carácter de los edificios destruidos. Al menos:

- Escuelas: 448.
- Edificios de viviendas: 421.
- Edificios públicos: 57.
- Cines y teatros: 97.
- Mercados: 60.
- Hospitales y centros de salud: 39.
- Centros deportivos: 9.

Entre los edificios públicos dañados destacan los de la Secretaría de Marina, la Secretaría de Comercio y Transporte, la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal, la Secretaría del Trabajo, el Instituto Mexicano de la Radio, la Secretaría de Gobernación, la Secretaría de Protección y Vialidad, el edificio central del Departamento del Distrito Federal, los principales

16 “[...] las estimaciones de los daños totales a la economía nacional (oscilan), según si incluyen también efectos a largo plazo, como el retroceso de la productividad y del tránsito de extranjeros o los daños infraestructurales, entre un rango todavía muy amplio de unos 2 mil a 20 000 mil millones de dólares” (Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft, 1986).

tribunales de la capital, el inmueble de una televisora privada y la central telefónica más importante del país.

Entre los hospitales destaca, sobre todo, una buena parte del Centro Médico Nacional, el complejo hospitalario más grande de América Latina.

Es decir, que entre las pérdidas hay que contar también cientos de archivos de importancia vital para el país y gran cantidad de oficinas, vehículos y muebles de la administración pública, así como cientos de investigaciones y aparatos científicos invaluableles.

Por último, habría que agregar a las miles de personas que perdieron su fuente de trabajo (un millón, según *El Universal*, 22 de septiembre de 1985) y los 518 mil estudiantes que se quedaron sin escuela.

Efectos no cuantificables del sismo

El caos

El efecto más notable del terremoto del 19 de septiembre fue el caos en que se vio inmersa la Ciudad de México durante varios días. El Centro parecía una ciudad bombardeada. Cientos de heridos yacían bajo los escombros. Miles de personas buscaban a sus parientes y amigos. Muchos otros deambulaban por las calles sin entender lo sucedido. En la zona de desastre no había agua ni luz. La comunicación telefónica y telegráfica con el exterior quedó interrumpida durante semanas. Los organismos gubernamentales fueron incapaces de controlar la situación.

El día 19, el gobierno puso en práctica el único plan de emergencia existente en el país, el llamado *Plan DSN-III*,¹⁷ según el cual se destinaron 3 mil 500 efectivos del Ejército para “garantizar la seguridad y evitar el pillaje”. Tres días después, el 22 de septiembre, el número de soldados aumentó a 9 mil.

Evidentemente, tanto los objetivos como el número de los efectivos eran insuficientes. Por si fuera poco, los funcionarios actuaron con ineptitud extraordinaria.

Las declaraciones oficiales se contradecían: unos funcionarios afirmaban que la situación estaba bajo control y pedían a la población

¹⁷ Después del desastre, el presidente de la República ordenó elaborar un “plan de defensa civil ante siniestros” (*Excélsior*, 30 de septiembre de 1985). Obviamente, no existía ningún plan previo.

quedarse en casa, mientras que otros solicitaban máquinas, herramientas, medicinas, alimentos y, sobre todo, voluntarios.

En medio de semejante caos, miles de personas, individualmente, en grupos u organizadas por gremios asumieron en forma espontánea las tareas de rescate, evacuación y auxilio.

Efectos sociales

El primer gran efecto social del sismo es, sin duda alguna, la organización espontánea de la sociedad civil.

Ante la desorganización de los organismos del Estado, miles de jóvenes asumen las tareas de rescate desde el momento mismo en que termina el sismo, y los vecinos de las zonas destruidas toman en sus manos la coordinación de los servicios de auxilio. La población de las zonas no afectadas reúne herramientas, medicinas, materiales sanitarios, pañales, biberones, mantas, etc., para donarlas a los hospitales, albergues y campamentos. También organiza la distribución de agua y alimentos entre las víctimas y las brigadas de rescate, y toma en sus manos la evacuación de los damnificados hacia albergues improvisados en diferentes puntos de la ciudad.

En los días y semanas subsiguientes, escuelas y universidades, iglesias y organizaciones civiles y profesionales de la capital (algunas del resto del país) participan activamente en los trabajos de rescate y auxilio, y ofrecen diversos tipos de asesoría profesional al gobierno y a los damnificados.

En este contexto se inscriben las tareas de apoyo de la UNAM y, por tanto, el trabajo realizado por el grupo de psicólogos de la ENEP Iztacala.

Antes de explicar con detalle nuestras actividades, señalaremos otros efectos del sismo de naturaleza totalmente diferente, que podemos llamar *sociopolíticos*.

Pasados los primeros días de sufrimiento y sorpresa, aparecen las críticas a la actuación del gobierno y sospechas de corrupción; la desconfianza y la ira hacen presa de los damnificados:

- Algunos brigadistas extranjeros denuncian la mala calidad de los materiales de construcción derrumbados (*La Jornada*, 28 de septiembre de 1985).
- Aunque el Instituto de Geofísica de la UNAM y otros especialistas confirman que la destrucción se debió a la intensidad imprevista del

sismo y a las características del suelo de la Ciudad de México, hay indicios suficientes para creer que sí hubo casos de negligencia criminal. Como consecuencia, los damnificados exigen una investigación (*El Día*, 29 de septiembre de 1985).

- Diez días después del terremoto domina un gran desorden en la distribución de alimentos, medicinas y ropa (*El Universal*, 29 de septiembre de 1985). Los damnificados se quejan públicamente y los diarios informan de tensiones entre los vecinos organizados y las autoridades. Estas tensiones dan lugar posteriormente a importantes movimientos políticos entre las asociaciones de vecinos y los damnificados en demanda de indemnización. Como consecuencia, se forma la Coordinadora Única de Damnificados (CUD).

Además, dos grandes escándalos descubiertos por el sismo conmueven al país.

- En las ruinas de un edificio de la Policía Judicial aparecen los cuerpos de varias personas torturadas. Diversas organizaciones políticas del país, la Federación Internacional de Derechos Humanos (FIDH) y el Comité Francés de Derechos Humanos acusan al gobierno mexicano de torturar a los prisioneros (*unomásuno*, 28 de septiembre de 1985).
- A resultas del derrumbe de varios talleres de costura donde trabajaban 8 mil mujeres se revela la miseria de la explotación humana. Las obreras, algunas de 16 y 17 años, hacen saber que los patrones se dedicaron a salvar las máquinas y los objetos de valor sin prestar atención a las señales de vida que se escuchaban bajo los escombros (*La Jornada*, 4 de octubre de 1985). Algunas de las atrapadas son rescatadas por sus compañeras, pero las labores de salvamento empiezan 18 días después del sismo a pesar de que se sabía que 12 muchachas vivas estaban bajo las ruinas (*unomásuno*, 8 de octubre y 11 de septiembre de 1985). El número de obreras muertas asciende a 130.

Investigaciones posteriores revelan que las obreras son pagadas a destajo, 50% de ellas carece de seguro social y fueron organizadas sin su consentimiento en sindicatos fantasma. La organización política de las costureras es una de las consecuencias del sismo.

Labores de rescate y auxilio

Es difícil estimar la magnitud de las labores de rescate y auxilio realizadas por la población. Se calcula que el número de voluntarios que tomaron parte en esas acciones en los primeros días después del sismo osciló entre 50 mil y 300 mil (*La Jornada* y *El Universal*, 27 de septiembre de 1985).

El trabajo de estos voluntarios, entre ellos muchos bomberos y especialistas extranjeros, no puede ser expresado en números. Por su parte, el gobierno creó primero una Comisión Intersecretarial Metropolitana (CIM) y después una Comisión Metropolitana de Emergencia (CME) para coordinar las acciones de rescate y auxilio.

La tabla 5 muestra los servicios prestados a las víctimas según la CME. A esos datos hay que agregar 2 millones 380 mil dólares en ayuda material enviada por 26 países en 93 vuelos (primer boletín de la CME, 1 de octubre de 1985).

TABLA 5. Servicios prestados

Servicio	Número
Hospitales y puestos de socorro	110
Unidades de atención primaria	850
Médicos y personal auxiliar	97 100
Personas atendidas	40 000
Toneladas de frutas y verduras	80
Raciones alimentarias	20 000
Litros de leche	206 000
Bolillos	400 000
Kilogramos de tortilla	15 000
Litros de agua	400 000
Edificios revisados	1 593
Metros cúbicos de escombros retirados	40 000
Casos de energía eléctrica restablecida	3 160 000

Servicio	Número
Fugas de gas reparadas	600
Elementos de seguridad (policía y Ejército)	10 000
Incendios controlados	374

* **Fuente.** Primer Boletín de la Comisión Metropolitana de Emergencia (1 de octubre de 1985).

Participación de los psicólogos de la ENEP Iztacala, UNAM

La tabla 6 muestra las actividades de apoyo realizadas por la UNAM hasta el 4 de octubre de 1985. La ENEP Iztacala participó en todas ellas, pues al igual que prácticamente todas las instituciones de la máxima casa de estudios, se unió a las labores de rescate y auxilio el 23 de septiembre de 1985. A partir de ese día se organizaron brigadas en las que participaron profesores y estudiantes de las carreras de medicina, biología, odontología, enfermería y psicología.

TABLA 6. Actividades de apoyo de la unam a los afectados (del 19/09/85 al 4/10/85)

Número de voluntarios	17 005
Número de brigadas	2 640
Tipo de actividades	
▪ Recolección y distribución de agua, alimentos, medicamentos, ropa, etcétera.	
▪ Servicios de información	
▪ Asistencia sanitaria	
▪ Asistencia médica	
▪ Asesoría jurídica	
▪ Préstamo de equipo	
▪ Evaluación de inmuebles	
▪ Cómputo de afectados	
▪ Apoyo psicológico	
—Individual	4 565 personas atendidas
—Grupal	3 575 personas atendidas

Fuente. *Gaceta UNAM*, 7 de octubre de 1985.

Entre los psicólogos se constituyó un comité de auxilio que se dividió en tres comisiones: información y enlace, abastecimiento y asesoría psicológica.

No existe una relación precisa del personal universitario que participó en las tres comisiones mencionadas, pero el número asciende probablemente a unos 70 profesores y 300 estudiantes y voluntarios.

Comisión de información y enlace

Integrada por profesores, estudiantes y voluntarios, se constituyó en centro de recopilación de información con los objetivos siguientes:

- a) Concentrar informes sobre los servicios ofrecidos por diferentes organizaciones o personas a los grupos de auxilio y rescate y a los damnificados.
- b) Concentrar informes sobre las solicitudes de ayuda de los equipos de auxilio y rescate y de los grupos de damnificados.
- c) Canalizar las brigadas de auxilio psicológico de Iztacala a los demandantes de ayuda.
- d) Poner en contacto a los solicitantes de apoyo con las instancias que lo ofrecían, según las necesidades, o viceversa.

En las condiciones caóticas que reinaban en la ciudad este trabajo fue de importancia fundamental en los días que siguieron al sismo.

Comisión de abastecimiento

Su función principal consistió en distribuir agua, alimentos, medicinas y ropa en las zonas de desastre y organizar un servicio de atención psicológica especializada en crisis en la Clínica Universitaria de la Salud Integral en Iztacala.

Comisión de asesoría psicológica

Su primera tarea fue organizar brigadas integradas por al menos un profesor y un número variable de estudiantes con experiencia práctica.

La existencia de una organización académica y de una experiencia práctica acumulada en las áreas de psicología social aplicada, desarrollo y

educación, psicología clínica y educación especial y rehabilitación fue de importancia fundamental en el desarrollo de los trabajos que aquí se reseñan, pues le permitió a esta comisión actuar con rapidez y eficacia relativas.

La estrategia de trabajo siguió dos pasos:

1. Localizado un albergue, enviar a él una brigada de diagnóstico con la misión de evaluar sus necesidades.
2. Con base en los datos anteriores, conformar una brigada de trabajo con la misión específica de diseñar un plan de acción para el albergue diagnosticado y aplicarlo mientras fuera necesario.

Mientras tanto, un equipo de profesores se encargó de elaborar diversos materiales para guiar el trabajo en los albergues. En uno de estos materiales, el “Instructivo para intervenir en los albergues de damnificados”,¹⁸ se recomienda a la brigada de diagnóstico proceder de la siguiente manera:

I. Evaluación de la población meta

- Edad
- Sexo
- Lugar de origen
- Ocupación
- Escolaridad
- Núcleos familiares

II. Evaluación de la organización del albergue

- Tipo de institución
- Tipo de voluntarios
- Funciones organizativas
- Turnos, horarios y actividades
- Relaciones entre voluntarios y administración
- Funciones y división del trabajo
- Organización interna
- Servicios médicos y asistenciales

¹⁸ Véase Contreras y Desatnik en este volumen.

III. Evaluación de las condiciones físicas

- Características del local
- Servicios básicos (cocina, baño, agua, luz, etcétera)
- Distribución del espacio físico
- Mobiliario
- Ropa y víveres
- Material de apoyo y recreativo
- Manejo de alimentos

IV. Problemas de conducta y emocionales

- Descripción de los problemas
- Canalización de casos graves a la clínica psicológica u otras instancias

V. Expectativas y necesidades de la población

- De servicios
- Asistenciales
- De asesoría
- Ocupacionales
- Organizativas
- Terapéuticas
- Educativas
- Recreativas

Los evaluadores debían proceder con suma discreción y recopilar la información de preferencia mediante registros existentes y observaciones propias a través de entrevistas con los encargados del albergue, y sólo en caso necesario mediante entrevistas con los damnificados.

La información recopilada debía servir para normar las acciones de la brigada de trabajo.

Sin embargo, por regla general, las brigadas de diagnóstico no efectuaron una evaluación precisa de todos los puntos antes listados, sino sólo una pre-evaluación, con el objetivo de decidir si se enviaba o no una brigada de trabajo, y de cuántos miembros. Por tanto, correspondió a esta última la evaluación propiamente dicha.

De esta manera se organizaron 12 brigadas, integradas por 47 profesores y 139 estudiantes, que trabajaron en los albergues entre 1 y 195 días, principalmente en la semana que siguió al terremoto.

La tabla 7 muestra los refugios en los que se realizó la labor, así como el número de damnificados alojados en cada uno de ellos, el número de profesores y estudiantes participantes, la duración de su intervención y las tareas efectuadas.

TABLA 7. El trabajo de los psicólogos de la enep-Iztacala en los albergues de damnificados

Albergue	No. de damnificados	Psicólogos activos	Duración del trabajo	Tareas realizadas
Tonalá 136	60	2 profesores 9 estudiantes	1 día	1
Unidad Cuauhtémoc	800	3 profesores 23 estudiantes	9 días	3a
Tepito				
Deportivo López Velarde	100	7 profesores		2b
Iglesia Bautista	250	25 estudiantes	10 días	1, 2b, 3a
Centro Comunitario "Cuauhtémoc Bocanegra"	300	4 profesores 12 estudiantes	24 días	2a, 2b, 3
Parque Deportivo 18 de Marzo	100	4 profesores 14 estudiantes	43 días	2a, 2b, 3a, 4a, 4b, 4c, 5a, 5b
CREA G. A. Madero	400	7 profesores 16 estudiantes	5 días	1, 2a, 2b
Plaza de las Tres Culturas	100	2 profesores 9 estudiantes	5 días	1, 2b
Seminario Bautista	100	6 profesores	25 días	1, 3

Albergue	No. de damnificados	Psicólogos activos	Duración del trabajo	Tareas realizadas
Centro Social B. Juárez El Rosario	35	3 profesores 6 estudiantes	5 días	1, 2b
CREA "Culiacán" (nocturno)	100	1 profesor 5 estudiantes	7 días	1, 2b
Fábrica Ford*	365	4 profesores 15 estudiantes	21 días	4a, 4b, 4c,
Centro "Héroe de Celaya"***	477	4 profesores 5 estudiantes	195 días	1, 4a, 4b, 4c
Totales	3 187	47 profesores 139 estudiantes		

* Octubre-noviembre de 1985.

** Noviembre de 1985 a mayo de 1986.

Es necesario hacer algunas aclaraciones para entender en su justa dimensión el trabajo desarrollado.

En primer lugar, los psicólogos de Iztacala no trabajaron solos en los albergues, pues generalmente había en ellos otras brigadas de voluntarios que asumían diversas tareas. Incluso hubo otras brigadas de psicólogos o simplemente psicólogos provenientes de otras instituciones. No puede considerarse, entonces, que los de Iztacala se hicieron cargo por sí de todas las personas albergadas, sino que cooperaron con otros grupos para atenderlas.

De cualquier modo, puede decirse con justicia que colaboraron en la atención de 3 mil 187 personas, es decir, casi 16% de los damnificados en albergues si se toma como base el número de 20 mil (véase la tabla 3).

En segundo lugar, la duración del trabajo fue variable por diversas razones. La más frecuente fue la disolución de los refugios, pues desde los primeros días las instancias gubernamentales iniciaron un proceso de traslado sistemático de los albergados con la intención, probablemente, de concentrarlos en lugares mejor acondicionados, eliminando así los alojamientos improvisados. Sea como fuere, el proceso se caracterizó por la

ausencia de coordinación y resultó sumamente pernicioso para los afectados.

Otra razón frecuente fue la reorganización paulatina de los servicios gubernamentales. Así, llegó un momento en que la presencia de las brigadas voluntarias fue innecesaria a juicio de la administración de los albergues. Desafortunadamente, algunas veces con razón o sin ella, se produjeron tensiones entre la administración y los voluntarios.

Entre los ex voluntarios prevalece la opinión de que las instancias de gobierno actuaron sistemáticamente para asumir en forma paulatina el control absoluto de los albergues aun cuando las brigadas seguían siendo necesarias.

En la mayoría de los refugios se iniciaron nuestras labores en la primera semana después del sismo; en dos se empezó a trabajar varias semanas después y sólo en uno se operó durante varios meses, hasta abril de 1986.

La tabla 7 indica con números las tareas realizadas, que corresponden a lo siguiente:

1. Organización social (autogestión)
2. Terapia de crisis
 - a) Grupal
 - b) Individual
3. Actividades terapéutico-recreativas
 - a) Niños
 - b) Adultos
4. Actividades educativas
 - a) Informativas
 - b) Escuelas para niños
 - c) Escuelas para adultos
5. Información profesional
 - a) Sobre la catástrofe
 - b) Jurídica
 - c) Técnica



Salta a la vista que la organización social y la terapia de crisis fueron las intervenciones más frecuentes.

Veamos en qué consiste cada una de ellas.

Organización social

Aunque las tareas de organización social fueron diferentes en cada albergue, todas tuvieron como objetivo hacer que los damnificados tomaran en sus manos la gestión del refugio por dos razones: el caos reinante en el sitio y la convicción de que la actividad tendría efectos terapéuticos en ellos.

Las experiencias de organización fueron sintetizadas en el documento “Guía para la convivencia forzada en situaciones de desastre”. En él se señala la prevalencia de dos tipos de problemas en los albergues:

1. Los que provienen de la simple convivencia con desconocidos (higiene, preparación y distribución de alimentos, relaciones interpersonales y cuidado de niños y enfermos).
2. Los que provienen del desastre mismo (vivienda, trabajo, escuelas, alteraciones emocionales).

También se destaca que la situación hace aflorar y agravarse los problemas emocionales ya existentes en la familia y los individuos.

Enseguida, el documento ofrece instrucciones para promover la organización del grupo a través de asambleas y la formación de comisiones de trabajo.

Según la experiencia acumulada, las comisiones más necesarias fueron:

- Comisión de alimentación
- Comisión de aseo, higiene y salud
- Comisión de recuperación de la vivienda
- Comisión de recuperación del empleo
- Comisión de apoyo profesional

Cada una se orientó a resolver los problemas más urgentes de los damnificados.

De acuerdo con los informes de las brigadas de trabajo, su éxito fue relativo, pues un número considerable de los afectados no participó activa y sistemáticamente en la organización, y en la mayoría de los casos fue imposible resolver los problemas más urgentes de higiene, alimentación y relaciones interpersonales, al menos en los primeros días de la convivencia forzada.

Terapia de crisis

La intervención terapéutica fue de tipos muy diversos, pues los psicólogos participantes provenían de muy diferentes corrientes teóricas.

En términos generales, los albergados mostraron problemas de ansiedad generalizada, insomnio, llanto incontrolado, depresión, anorexia, agresividad hacia los vecinos y trastornos psicósomáticos (por ejemplo digestivos).

Los casos de depresión extrema se presentaron, obviamente, sobre todo entre las personas que perdieron a uno o varios familiares, los heridos y los que se quedaron sin casa y trabajo, o todo a la vez. Estos casos fueron canalizados a la clínica de Iztacala o a otras instituciones.

Cabe señalar que también fueron atendidos los brigadistas y las autoridades administrativas de los albergues que sufrían los efectos del estrés.

Bastan algunos ejemplos de intervención terapéutica. En el albergue del CREA “Culiacán”, el profesor Ángel Luis León y su equipo trabajaron de noche atendiendo sobre todo casos de insomnio mediante técnicas de relajación muscular.

En el albergue “Deportivo 18 de Marzo” el profesor Alfredo Flores aplicó técnicas psicoanalíticas para reducir la ansiedad acumulada. A su juicio, era necesario dejar que las personas en crisis se desahogaran (llorando o relatando su historia) e incluso propiciarlo, pero haciendo hincapié al individuo sobre la suerte de estar vivo y la necesidad de reorganizar su vida. La profesora Guadalupe Hernández organizó en diversos albergues un taller de apoyo psicológico para grupos con el objetivo de combatir los estados de aislamiento, tristeza, desamparo, depresión, sentimientos de culpa y agresividad; fomentar la comunicación entre los participantes, y orientarlos hacia las tareas urgentes del momento.

Su taller manejó los siguientes pasos:

1. Relajación mediante movilización corporal, masajes y respiración controlada.
2. Reflexión individual profunda centrada en el momento de la catástrofe.
3. Expresión plástica (por ejemplo un dibujo) de la reflexión individual.
4. Interpretación en grupo de cada uno de los dibujos.

De este modo, según Hernández, los participantes expresaban públicamente sus miedos, desarrollaban un sentimiento de comunidad con los demás, y se orientaban hacia las tareas de reorganización de la propia vida.

Según los informes, todos los procedimientos tuvieron al menos éxito momentáneo.

Actividades terapéuticas recreativas

Se destinaron sobre todo a los niños y en algunos casos a los adultos. Para los pequeños se organizaron principalmente rondas y juegos de acuerdo con las edades de los participantes.

A través del documento “Estrategias de intervención psicológica en situaciones de desastre”¹⁹ se propuso un programa para niños en edad escolar que incluía actividades de expresión plástica, oral y escrita.

Para los adultos se organizaron talleres de trabajos manuales. Por ejemplo, en el albergue “Deportivo 18 de Marzo” la profesora Leticia Sánchez²⁰ organizó un taller de tejido que aglutinó a alrededor de 20 mujeres. El dato importante es que participaron sobre todo los niños con el apoyo total de los padres.

Actividades educativas

Este trabajo consistió principalmente en la organización de un salón de clases para los niños, con frecuencia a petición de los padres.

También se establecieron algunos cursillos para adultos sobre diferentes temas (salud y educación), pero no contaron con mucha asistencia.

Las conferencias informativas, sobre todo las relacionadas con el terremoto y sus consecuencias, tuvieron más éxito.

19 Contreras, O. y Desatnik, O., en este volumen. Una versión de este trabajo fue presentada en 1986 en el simposio *Prevención y desastre: efectos psicológicos de la catástrofe*, y se publica aquí bajo el nombre arriba enunciado.

20 Véase Sánchez Encalada, L., “Intervención del psicólogo en situaciones de convivencia forzada”, en este volumen.

Información profesional

En algunos albergues se organizaron centros de información sobre temas de interés para los damnificados, como su situación jurídica, es decir, derecho a una indemnización y posibilidades de ayuda económica, así como aspectos técnicos de la seguridad de los edificios y su posible reparación o reconstrucción. En la mayoría de los casos los damnificados fueron canalizados hacia grupos de juristas, ingenieros o médicos.

Una de las funciones más importantes de estos centros de información fue el apoyo para la localización de familiares o amigos desaparecidos durante el sismo.

Actividades fuera de los albergues

Fuera de los refugios, en la Clínica Psicológica de Iztacala, se organizó un servicio de atención a los casos de crisis graves. Participaron 16 psicólogos clínicos organizados en turnos de las 8 a las 20 horas, quienes atendieron 17 casos, dos de ellos de mutilados. Las técnicas utilizadas consistieron principalmente en sensibilización sistemática y terapia racional emotiva.

Además, un equipo de profesores elaboró los instructivos y guías citados en páginas anteriores.

Conclusiones críticas

La primera conclusión que se desprende del trabajo antes expuesto es que la catástrofe encontró a los psicólogos mexicanos totalmente desprovistos de los medios teóricos y prácticos para afrontar la situación. En realidad, lo único que hicimos fue aplicar los conocimientos adquiridos en otros contextos a la solución de los problemas suscitados.

Es imposible evaluar los resultados de esta intervención, pues contamos solamente con los informes de los profesores participantes. En pocas palabras, cada quien hizo lo que pudo y la mayoría de las veces no supo si su tarea tuvo efectos positivos.

Otra observación pertinente es que la labor desarrollada por los psicólogos con frecuencia tuvo poca relación con el campo estricto de la psicología, pues se impusieron otras tareas más importantes a realizar.

En segundo lugar, cabe mencionar algunos de los efectos psicológicos del sismo.

El movimiento telúrico sacudió a la ciudad en una hora en la que la mayoría de sus habitantes de encontraba aún en casa, preparándose para salir al trabajo o a la escuela. El detalle es importante, pues la mayoría de las construcciones derrumbadas fueron oficinas públicas y escuelas que a esa hora estaban vacías. Esto significa que el número de víctimas pudo haber sido mucho mayor.

Sin embargo, también se derrumbaron muchos edificios de departamentos, cuyo efecto psicológico es desastroso: no hay nada más terrible que saber que uno vive amenazado en su propia casa. Si a eso le agregamos el hecho de que en los días siguientes ocurrieron otros temblores menores —500 según el Instituto de Ingeniería de la UNAM hasta el 23 de septiembre—, se confirma un cuadro de miedo colectivo.

Así, durante el sismo del día 20 la gente salía a la calle llorando y gritando; miles abandonaron su hogar para dormir en las calles, los jardines y las plazas. El 30 de octubre de 1985 ocurrió un tercer gran sismo (5.7 grados en la escala de Richter). A pesar de que no hubo daños materiales, se presentaron numerosos casos de crisis nerviosa entre la población.

Otros efectos psicológicos resaltan en las descripciones de diversos testigos sobre la conducta de los sobrevivientes después del primer sismo.

Los que no fueron atrapados en los derrumbes “caminan y observan, pero parecen flotar con la mirada puesta en ninguna parte, con las señas de identidad extraviadas”. (Musacchio, 1985, p. 12).

Un sobreviviente de un derrumbe cuenta: “Mi primera impresión fue ver mi edificio transformado en una montaña de escombros... y luego otra sorpresa, ver a la gente caminando por la acera de enfrente sin voltear, sin mirar; y entonces me pregunto: ‘¿Estaré soñando?, la gente ni mira.’ Pienso que están atontados por la impresión.” (*unomásuno*, 1985, p. 11).

Algunos deambularon azorados durante largo tiempo, mientras otros se integraron inmediatamente a las labores de rescate, iniciadas principalmente por los familiares, amigos y vecinos de los atrapados.

Los que fueron rescatados inmediatamente de las ruinas parecieron perder la memoria y en algunos casos no reconocían a sus familiares.

Entre los salvados varios días después del derrumbe se presentó una perturbación de la percepción temporal: un sobreviviente inglés dijo haber estado enterrado, gritando y haciendo ruidos para ser localizado durante

“unas seis horas”. En realidad habían pasado 26 horas (Martí *et al.*, p. 72). La historia se repite con otros rescatados.

Mientras tanto, entre los damnificados corrían numerosos rumores sin origen preciso —agravados por la desconfianza en las informaciones oficiales— sobre grandes pillajes, epidemias o destrucciones mucho mayores. En nuestra opinión, una de las causas de esos rumores fue la falta de información verídica de parte de los órganos responsables de rendirla.

Muy probablemente los efectos más devastadores se observaron entre los que perdieron a su familia o sus bienes, o sufrieron alguna mutilación, o todo a la vez. No conocemos datos al respecto.

Por otro lado, entre algunas personas no damnificadas se observaron estados de ansiedad generalizada y depresión en fechas muy posteriores al sismo, incluso meses después.

Por último hay que mencionar otros datos interesantes.

Las observaciones realizadas por los psicólogos de Iztacala y de otras instituciones concuerdan con los de los pocos autores que se han referido a los efectos psicológicos de una catástrofe, concretamente Oscós-Alvarado, Hernández y Green:

- El hecho de que la población esté expuesta constantemente a desastres no disminuye la magnitud del impacto en ella. Así, la condición de que en México tiemble con frecuencia no redujo los efectos del miedo colectivo.
- La catástrofe tiene mayores efectos sobre las personas con problemas psicológicos previos no resueltos. El choque tiende a agravar las reacciones neuróticas y psicóticas.
- Las reacciones ante el sismo pueden dividirse en mediatas o inmediatas.
 - Terror durante el hecho súbito del sismo.
 - La lucha por sobrevivir (huir).
 - Preocupación por los otros: familiares, amigos y vecinos, en ese orden.
 - Preocupación por el rescate de los que están cerca y necesitan ayuda.
 - Crisis emocional, que puede tardar horas, días o semanas en desaparecer.

Los doctores Sánchez Pintado y Ayala²¹ identifican tres etapas después de un desastre.

1. Desastre y primeros momentos, donde ocurren tres tipos de reacciones: 25% de los individuos se controla, 50% presenta síndrome de fatiga o desastre (neurosis traumática) y el 25% restante muestra severos desórdenes emocionales.
2. Ayuda y rescate.
3. Reconstrucción, fase en la que emerge un síndrome de tristeza colectiva y reacción de duelo, que genera agresión y búsqueda de “culpables”.

Las reacciones mediatas pueden surgir súbitamente incluso meses después de la catástrofe. Generalmente se trata de un síndrome de ansiedad generalizada y depresión, y a veces agresividad.

Sánchez Pintado y Ayala afirman que con frecuencia se presenta el “síndrome del sobreviviente”, caracterizado por sentimientos de culpa y la sensación de “no haber hecho nada”.

El impacto del desastre afecta diferencialmente a los diversos sectores de la población de acuerdo con la “distancia” a la que estuvieron del siniestro.

Green y Sánchez Sosa remiten a un esquema de círculos concéntricos: en el centro están las personas directamente afectadas —los que perdieron familiares o bienes, o resultaron heridos—; enseguida viene la familia del afectado, luego su vecindario, su comunidad, y así sucesivamente.

En México se pudo observar que las personas directamente afectadas mostraron reacciones y problemas diferentes respecto de la población no perjudicada o afectada indirectamente.

Por ejemplo, el sismo del 20 de septiembre desencadenó crisis nerviosas graves entre los que presenciaron de cerca la destrucción del sismo anterior, mientras que el resto de los habitantes reaccionó con miedo, pero sin mayores perturbaciones.

Otro ejemplo: durante los temblores menores ocurridos en abril de 1986 los habitantes de las zonas que sufrieron mayor destrucción en septiembre de 1985 fueron presa del pánico, huyeron de su casa y muchos

²¹ Sánchez Pintado, S. y Ayala, J., “Aspectos generales de la psicología del desastre”, conferencia pronunciada ante la Asociación Psicoanalítica Mexicana, septiembre de 1985.

durmieron en la calle, mientras que los habitantes de las zonas no afectadas reaccionaron con calma.

En términos generales, entre la población no afectada directamente por el terremoto se presentaron fenómenos de ansiedad, insomnio, pesadillas, hipersensibilidad ante otros sismos reales o supuestos y depresión.²²

Parece ser que estos fenómenos perduran hasta la fecha entre mucha gente.

Con toda, Green propone crear programas de prevención ante situaciones de desastre que tomen en cuenta los efectos diferenciales de las posibles catástrofes entre la población.

Esa es también la conclusión de este trabajo.

Bibliografía

- De la Garza *et al.* (1985). *Esto pasó en México*. México: Ed. Extemporáneos.
- Galindo, E. (1987). "Die Rolle der Psychologen in Katastrophenfällen am Beispiel des Erdbebens vom September 1985 in Mexiko. *Forum Kritische Psychologie*, Bd. 20, Berlín, p. 105-122.
- Galindo, E. (ed.) (2009). *Manual para o cidadão. O que fazer em caso de incêndio, terramoto, cheia, tempestade ou ataque terrorista?* Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.
- Hernández, L. H. (1985). *El cuidado de la salud mental de menores en situación de desastre*. México: UNAM.
- Martí, G. *et al.* (1985). *El terremoto*. México.
- Münchner Rückversicherungs-Gesellschaft (MRG) (1986). *Elementargefahrenveröffentlichungen der MGR*. München: MRG.
- Musacchio, H. (1986). *Ciudad quebrada*, México: Océano.
- Oscós-Alvarado, A. (1985). "Psicología del desastre y teoría de la crisis." México: *Información Científica y Tecnológica*, vol. 7, núm. 111.
- Sánchez Sosa, J. J. (1985). "Aspectos psicológicos." UNAM: *la UNAM ante los sismos de septiembre*. México: Imprenta Universitaria.
- unomásuno*. (1985). *19 de septiembre*. México: Editorial unomásuno.

²² Véanse también las reacciones que describe Sánchez Sosa (1985).

Capítulo 3

Estrategias de intervención psicológica en situaciones de desastre

Ofelia Contreras Gutiérrez
Ofelia Desatnik Miechimsky

Cómo se define un desastre

A través de la historia frecuentemente hemos enfrentado situaciones que han sido llamadas “desastres” o “catástrofes”; incluso en algunas ocasiones se les ha denominado “catástrofes nacionales”. Pero, ¿qué es aquello a lo que debemos llamar *desastre* o *catástrofe* realmente?

De acuerdo con Green (1985), un hecho o situación se considera un desastre cuando involucra una pérdida significativa para un sujeto o grupos de sujetos, y ante la cual se produce una reacción postraumática. La pérdida de un objeto o persona amada puede significar una catástrofe a nivel personal, pero cuando afecta a un grupo considerable de personas suele definirse como un *desastre nacional*. El hecho exterior no necesariamente tiene que ser de gran magnitud (en cuanto al daño ni en el número de víctimas), sino que más bien depende de la manera en que el grupo es afectado. La muerte de un Presidente representa un desastre nacional aun cuando involucre a un solo individuo. Las reacciones que despierta en la población le dan ese carácter.

La pérdida puede ser de naturaleza emocional, como en el ejemplo anterior, o bien de tipo material, tal como el despojo de territorio o el daño causado por un fenómeno natural, lo cual produce una reacción de duelo en la población.

Si, como hemos señalado, el factor externo no es lo que define directamente la catástrofe, sino más bien las reacciones de la población, ésta se verá fuertemente influida por la declaración oficial de un hecho como

“desastre nacional”, la cual desencadena fuertes repercusiones a nivel emocional y cognitivo.

Factores que determinan la magnitud de un desastre

Existen diversos factores que deben tomarse en cuenta para evaluar la magnitud de un desastre, entre los cuales podemos mencionar:

- 1. Cuantificación de los daños en cuanto a pérdidas humanas.**
- 2. Cuantificación de los daños materiales.** Edificios dañados y dinero requerido para reanudar las actividades de las personas, reconstruir, etcétera.
- 3. Factor sorpresa.** Lo inesperado del evento es un factor clave para determinar su magnitud. El factor sorpresa es inmanente a un terremoto y generalmente produce grandes catástrofes, ya que no existen formas efectivas de predecirlo.
- 4. Prolongación del desastre.** La catástrofe puede durar un tiempo corto o extenderse por un periodo considerable. No hay evidencia clara de cuáles son los efectos de su prolongación. Las opiniones son encontradas. Algunos autores afirman que mientras más tiempo se alargue el evento, más se desorganiza la personalidad del individuo; otros han encontrado que éste puede desarrollar una inoculación al desastre, tal como fue observado durante la Primera Guerra Mundial; otros han señalado que en algunos tipos de hechos, como el hambre y la pobreza, no se presenta el fenómeno de inoculación.
- 5. Experiencias anteriores.** Las experiencias previas de los individuos o de la población en general ante situaciones semejantes puede determinar el tipo de reacción que manifiesten ante el desastre y, por tanto, su evaluación. Por ejemplo, hay quienes consideran que vivir en zonas de alto riesgo genera mayor inoculación en las personas, pero esta afirmación no es necesariamente cierta. Los sucesos en la Ciudad de México de septiembre de 1985 lo ejemplifican, ya que aun cuando la población mexicana ha estado expuesta con cierta frecuencia a temblores, no por esto se redujo la magnitud del impacto que aquellos revistieron.
- 6. Mentalidad nacional.** Las reacciones de las personas varían según sea la idiosincrasia nacional. Por ejemplo, si existe una tendencia

fatalista en la gente, o si de forma general el control de los hechos ocurridos se ubica en un plano externo o interno al individuo, éste manejará de forma diferenciada las situaciones de desastre.

7. **Edad de las personas afectadas.** El impacto será distinto para diferentes sectores de la población dependiendo de su edad, pero afecta probablemente en forma más importante a los niños. Éstos no tienen elementos cognitivos ni emocionales para procesar la experiencia, lo cual puede conducir a la posterior manifestación de problemas. Por ejemplo, en niños huérfanos de guerra o de desastre, la orfandad ocasiona menos adaptación cognitiva, educativa y emocional. La adolescencia también es un periodo muy vulnerable ante situaciones externas. En México se observó que el grupo de los adolescentes fue el que más directamente se involucró en el trabajo de rescate y reorganización de la vida cotidiana. Dadas las características propias de esa etapa, los jóvenes experimentan menos miedo y/o menos angustia ante situaciones que impliquen la aceptación de un reto.
8. **Nivel de salud mental individual.** Las personas muestran mayor número de reacciones neuróticas y psicóticas de acuerdo con su estado previo al evento desastroso. Aquellos que tienen cualquier tipo de afección no tratada o no resuelta desde antes del evento tienden a manifestar dichas conductas en forma más acentuada.

Reacciones ante un desastre o en situaciones de crisis

En forma general, considerando la dimensión temporal exclusivamente, podemos clasificar las reacciones que presentan los individuos ante situaciones de desastre en dos tipos:

- a) Reacciones inmediatas.
- b) Reacciones de largo alcance.

Reacciones inmediatas. Son aquellas que se presentan durante las primeras horas, y pueden incluso demorar días o semanas en desaparecer.

Reacciones de largo alcance. Pueden presentarse de inmediato y prolongarse por mucho tiempo, o bien permanecer en forma latente y después de un periodo dilatado emerger. Incluso llegan a surgir después de

un año o dos, cuando el individuo vive otra situación crítica o de duelo que las desencadena.

El DSM-III consigna reacciones postraumáticas que se refieren a una neurosis de gran ansiedad, y hace notar que cuanto más prolongada es la reacción y más se aleja en tiempo y espacio del hecho real que la produce, más aguda será la neurosis y puede incluso convertirse en psicosis.

Estas reacciones se manifiestan de forma distintiva en diferentes personas, y se observan no sólo diferencias a nivel individual, sino también a nivel cultural o nacional en las formas de responder ante los desastres.

Se ha sugerido que las reacciones traumáticas o postraumáticas son producto de una pérdida ya sea individual o grupal; cuanto más significativa sea ésta, más fuertes serán las conductas postraumáticas.

Las reacciones que se presentan en los individuos también pueden darse en dos planos:

- a) Reacciones somáticas.
- b) Reacciones que cubren aspectos psicológicos.

Reacciones somáticas. Son aquellas que se presentan en cualquier neurosis o depresión: enuresis, encopresis, anorexia, insomnio, diarrea, hipertensión, anoxia y pérdida de la libido. Éstas parecen a primera vista tener solamente un componente físico, y pueden manifestarse de forma inmediata o latente; en algunas personas se presentan en forma aguda, mientras que en otras se expresan levemente. Sin embargo, todas las manifestaciones enunciadas son parte de un síndrome asociado con la reacción postraumática. En algunas ocasiones los médicos generales desconocen este proceso, por lo que recetan fármacos que eliminan los síntomas, pero que no permiten a la persona elaborar la pérdida. Con base en lo anterior, es recomendable analizar de forma más detallada a los pacientes que requieren fármacos y a los que no los precisan.

Reacciones psicológicas. Varían a lo largo de un continuo que va de la depresión a la manía, y viceversa. Estos dos tipos de trastornos se presentan en toda la gama de reacciones. Entre las respuestas depresivas se observan: apatía, anaedonia, llanto, regresión total o no desear hacer nada en casos agudos.

Las reacciones maniacas son inmediatas y exteriorizan gran parte de la energía en distintas formas. También se observan reacciones obsesivo-compulsivas y conductas agresivas intensas, las cuales llegan a

tener una dirección positiva y ser útiles; por ejemplo, una persona puede dirigirlos a remover escombros. Las reacciones agresivas se manifiestan de forma patológica en ciertos casos; algunos ejemplos serían los siguientes:

- a) *Agresión contra las víctimas.* ¿Por qué nos causaste esto con tu muerte?
- b) *Agresión contra los demás.* Contra posibles causantes del desastre, por ejemplo Dios, el que construyó el edificio, la autoridad, etcétera.
- c) *Agresión hacia sí mismo.* Cuando no hay posibilidad de expresar este sentimiento hacia afuera, o canalizarlo hacia un objeto externo, puede haber reacciones o pensamientos suicidas.

Otras reacciones de tipo psicológico son las alucinaciones y la pérdida del juicio o del sentido de la realidad.

La prevención ante situaciones de desastre

Como ya fue señalado, el factor sorpresa es determinante tanto en las consecuencias a nivel humano como en lo que respecta a las estructuras económicas, ecológicas, políticas y sociales de una comunidad. De ahí la imperiosa necesidad de desarrollar programas preventivos que permitan marcar líneas de acción pertinentes, donde la energía sea canalizada y se establezcan metas cuya perspectiva tenga el mayor alcance posible.

Los planes deben definir una estructura de acción ante situaciones concretas inmediatas y ante posibles situaciones futuras, y deben vincularse entre sí de tal forma que todos en conjunto constituyan un sistema nacional de prevención de desastres.

Este sistema nacional de prevención, así como los planes y proyectos asociados deben adaptarse a las condiciones de nuestro país: físicas, geográficas, ecológicas, sociales, idiosincráticas, económicas, políticas y organizativas.

Además, considerando que la población se ve afectada diferencialmente de forma real o potencial, los proyectos deben esquematizarse a través de círculos concéntricos, donde el centro estaría constituido por los individuos más afectados (población de alto riesgo), por ejemplo aquel que perdió todo. Así, alrededor de éste giraría su familia, y los círculos que le seguirían son la pequeña comunidad, el barrio, la ciudad, etc.

Este esquema nos lleva a crear planes diferenciales de acción para distintos niveles de la población según su grado de afectación. Luego se señalan rutas de acción concreta por nivel en cada situación posible y en correspondencia con necesidades específicas. Por ejemplo, la población más afectada —la que se encuentra en el centro del círculo— requiere la satisfacción de necesidades básicas: comida, espacio, calor, etc. Para los otros niveles las necesidades serían de apoyo psicológico afectivo-cognitivo.

Los planes tanto de corto como de largo alcance que se elaboren considerando esta organización concéntrica deben basarse en los niveles de afectación establecidos. Han de diseñarse, por ejemplo, planes para familias, escuelas, centros de trabajo o colonias (especialmente las consideradas como población de alto riesgo), donde a cada individuo se le asigne una tarea particular que le permita, en la medida de lo posible, salvaguardar su vida y ayudar a salvar la de los otros, así como su patrimonio. Lo anterior puede nulificar el factor sorpresa ante situaciones de desastre y proporcionar a la población un sentimiento de seguridad derivado del conocimiento de alternativas de acción pertinentes.

El sistema debe ser piramidal, centralizado, pero también autónomo, de tal forma que cada núcleo comunitario pueda desarrollar sistemas de seguridad independientes de acuerdo con las características de su ubicación geográfica, población y sistemas de organización.

Plan de acción inmediata de apoyo psicológico

La elaboración de un plan de acción para la totalidad de la población rebasa los objetivos del presente trabajo, por lo cual éste se centra en desarrollar un plan de apoyo psicológico inmediato que abarque dos niveles: asesoría organizativa y orientación terapéutica y educativa.

Las características que requiere un plan de acción inmediata son las siguientes: en virtud de que responde a una situación crítica, debe ser breve e inmediato, y abarcar al mayor número de individuos. Es preferible tratar problemas globales y grupales en vez de enfocarse en una terapia individual y a largo plazo, así como utilizar técnicas y dinámicas grupales que aborden problemas comunes. Una charla o plática en grupo es más efectiva que hablar con una sola persona, y la elaboración del duelo conjunto suele desarrollarse más fácilmente.

La ayuda también puede enfocarse en forma de consultas cortas mediante consejos prácticos; por ejemplo qué hacer en situaciones determinadas, cómo ayudar a ciertas personas, a dónde referirlas, cómo trasladarlas, etc. El objetivo en el corto plazo consiste en que los afectados comiencen a funcionar de forma más eficiente de acuerdo con sus nuevas condiciones de vida.

En este contexto de intervención inmediata y breve proponemos un conjunto de estrategias destinadas, por una parte, a agilizar y hacer eficiente la organización en grupos de las personas afectadas en forma directa por el desastre, y por la otra, a proporcionarles apoyo psicológico para que estructuren la experiencia vivida y la incorporen a sus esquemas cognitivos y emocionales, de tal forma que puedan readaptarse a la vida cotidiana.

Es deseable aplicar en primera instancia estas estrategias en escenarios donde se encuentren grupos de damnificados, tales como albergues o centros de concentración. Es esta una etapa de diagnóstico y detección de necesidades.

A continuación se propone un programa de apoyo psicológico dirigido a los voluntarios, organizadores y brigadistas.

Finalmente se presenta un programa de actividades de expresión oral, escrita, plástica y corporal dirigido a la población infantil y adolescente, aunque no se descarta que dichas actividades se pongan en práctica con grupos de adultos.

Se ha propuesto el grupo de trabajo como un marco adecuado que permite a los individuos analizar y confrontar sus experiencias en un espacio que cubre dos funciones:

- a) Terapéutica.
- b) Como grupo de aprendizaje (Lifton, 1979).

Lo anterior favorece un proceso de introspección y autoexplicación de lo que está sucediendo dentro del individuo y a su alrededor.

La función terapéutica del grupo ayuda al individuo a poner en práctica nuevos métodos de ajuste a través del apoyo a los demás, el análisis de los problemas y la propuesta de alternativas. El objetivo es que sea él mismo quien elija las soluciones que le sean útiles y que se adecuen a sus perspectivas.

El grupo, como núcleo educativo, aporta a los individuos los elementos necesarios para adaptarse a su medio ambiente y adquirir hábitos y habilidades que le permitan actuar de manera más efectiva.

También utilizamos como herramienta terapéutico–educativa la expresión en todas sus modalidades, pues ésta permite poner al sujeto en contacto con el mundo exterior y, al mismo tiempo, dejar libre su mundo interior.

En un plano pedagógico, la expresión se considera un entrenamiento que lleva a la persona a saber representar, comunicar e interpretar su sentir para establecer lazos reales entre su mundo interno y el exterior de una manera auténtica y personal.

Un sujeto en situación crítica encuentra en el trabajo de expresión un medio para estructurar su mundo interior y sus experiencias, y para ajustarlos a sus nuevas condiciones de vida.

Estrategias de intervención psicológica en albergues

El presente instructivo describe el primer paso de una estrategia de intervención psicológica: la evaluación preliminar. Es importante que ésta se lleve a cabo como guía de acción futura.

A continuación se enuncian algunos rubros prioritarios en el proceso de evaluación ante situaciones de emergencia.

I. Evaluación de la población

- Edad.
- Sexo.
- Lugar de origen.
- Escolaridad.
- Núcleos familiares.

II. Organización y administración del albergue

- Tipo de voluntariado.
- Funciones organizativas.
- Turnos.
- Relaciones entre el voluntariado y la administración.
- Tipo de institución.

- Organización con la que se cuenta.
- Funciones y división del trabajo.
- Horarios y actividades.
- Servicios médicos y asistenciales.

III. Evaluación de las condiciones físicas

- Características físicas del local.
- Servicios básicos (agua, luz, baño, etcétera).
- Distribución del espacio físico (áreas interiores y exteriores).
- Mobiliario.
- Ropa y víveres.
- Material de apoyo y recreativo.
- Manejo de alimentos.

IV. Problemas de conducta y emocionales

- Descripción del tipo de problema.
- Análisis de las posibilidades de remisión.
- Contactos con los posibles centros a los que pueden ser remitidas las personas afectadas.

V. Expectativas y necesidades de la población

- De servicio.
- Asistenciales.
- De asesoría.
- Ocupacionales.
- Organizativas.
- Terapéuticas.
- Educativas.
- Recreativas.

Puesta en operación de las estrategias de evaluación propuestas

Recomendaciones generales

- Es importante que el grupo se divida en equipos de tres a cinco personas para evaluar simultáneamente las distintas áreas sugeridas.

- Es de primer orden establecer un contacto estrecho y continuo con las personas al frente del grupo.
- Se sugiere sutileza y sumo cuidado en la tarea de obtener la información, sobre todo con la población damnificada y los responsables de los centros.
- Es preferible obtener la información de las fuentes primarias para que las acciones no se dupliquen y la información se obtenga lo más rápidamente posible.
- La información recolectada por los subgrupos deberá ser analizada conjuntamente.

Acciones particulares para evaluar cada uno de los rubros sugeridos

I. Evaluación de la población meta

- a)* Entrevistas a los encargados del albergue.
- b)* Análisis de registros existentes en el refugio.
- c)* Entrevistas con la población albergada.

Es recomendable que se respete el orden de los pasos para que, en caso de que la información se obtenga de inmediato, no se continúe con los pasos subsecuentes.

II. Organización y administración del albergue

- a)* Entrevistas con el encargado del refugio.
- b)* Entrevistas con los voluntarios.
- c)* Observaciones directas de las actividades y sus horarios.
- d)* Entrevistas con la población.

III. Evaluación de las condiciones físicas

- a)* Entrevista con los voluntarios.
- b)* Análisis de los registros del centro.
- c)* Realización de inventarios.
- d)* Observaciones directas.

IV. Problemas de conducta y emocionales

- a)* Entrevistas con los encargados de los servicios médicos y asistenciales para detectar problemas.
- b)* Observación directa.
- c)* Entrevistas con la población a través de núcleos familiares.
- d)* Identificación de problemas a lo largo de las actividades.

V. Expectativas y necesidades de la población

- a)* Entrevistas a la población por grupos.
- b)* Observación directa.

Programa de apoyo para los organizadores y voluntarios de los albergues

Objetivos

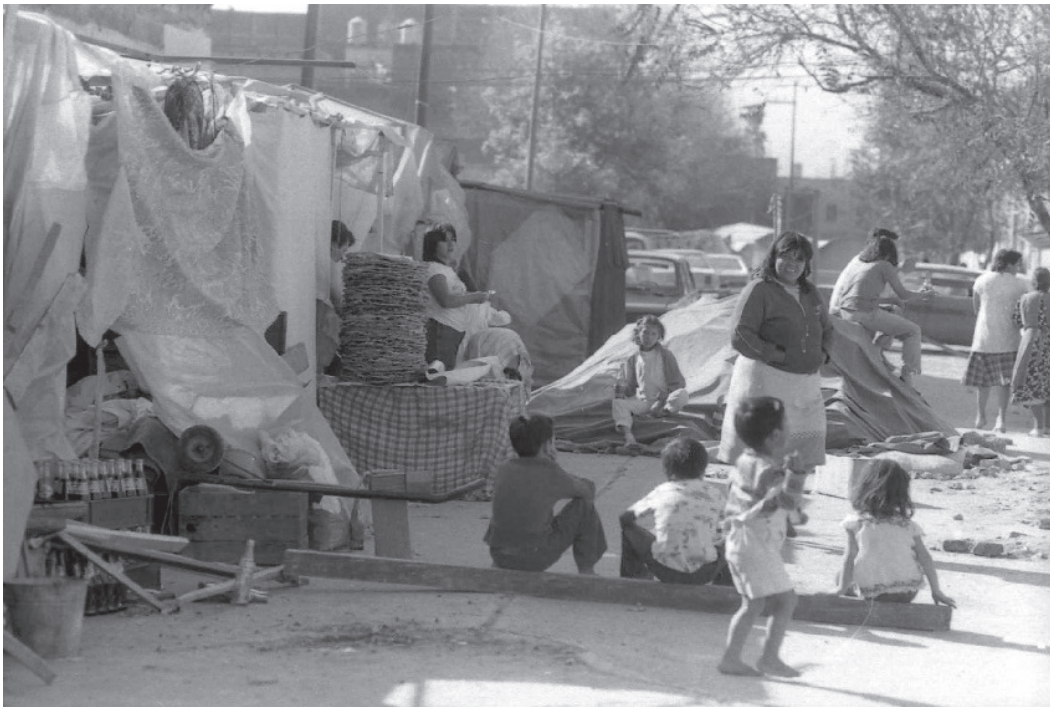
- Los miembros del grupo exteriorizarán las experiencias vividas.
- Los participantes estructurarán las experiencias a partir de su exteriorización y de escuchar los relatos de los demás miembros.
- Con base en los objetivos anteriores y con el apoyo del grupo, se sugerirán opciones de acción pertinentes para las condiciones actuales, así como para situaciones futuras.

Para cumplir los objetivos expuestos se sugiere trabajar con dinámicas de grupo, algunas de las cuales pueden ser las siguientes:

1. Ejercicios de relajación

- a)* Cada uno de los miembros del grupo se coloca en posición cómoda.
- b)* Como segundo paso, se les pide que cierren los ojos, que respiren lenta y profundamente, y que al exhalar repitan y visualicen tres veces el número 3.
- c)* Se repite la operación ahora con el número 2.
- d)* En seguida se efectúa la operación de nuevo con el número 2.

- e) Como paso subsecuente se pide al grupo que mantenga los ojos cerrados y que cuente lentamente y en forma regresiva del número 10 al 1.
- f) Se indica a los participantes que sientan cada parte del cuerpo mientras el instructor la va nombrando, y que observen cómo ésta se va relajando. El ejercicio inicia con los pies y termina con la cabeza. Se dice para cada parte: “Miren cómo se va relajando.”
- g) En este estado de tranquilidad se indica a los miembros del grupo que se preparen para analizar las experiencias vividas.
- b) El grupo contará hasta el número 5 y al finalizar cada integrante se incorporará y se mantendrá tranquilo.



2. Hablemos del problema

Para este paso, los integrantes del grupo se colocan en círculo. Luego se le pide a cada uno que exprese las experiencias vividas en los últimos días y cómo se ha sentido al respecto.

Al finalizar la exposición, el conductor resume las experiencias relatadas destacando aquellas que son similares y recapitulando los problemas más importantes a los que el grupo se ha enfrentado.

Asimismo, hace hincapié en cómo muchos de los sentimientos expresados son comunes.

3. Analicemos un problema específico

Con base en el ejercicio anterior, y una vez identificados los problemas más importantes que el grupo ha confrontado, el conductor pide que éste se subdivida en subgrupos y que cada uno seleccione un problema particular para analizarlo.

El análisis deberá basarse en las siguientes estrategias:

- a)* Definición o caracterización del problema.
- b)* Pros y contras de las acciones realizadas para enfrentarlo.
- c)* Enumeración de las posibles acciones pertinentes para solucionarlo.
- d)* Valoración de cada una de las opciones.
- e)* Elección de alguna alternativa a seguir.

Luego de que los equipos presenten las conclusiones, el conductor resume los planteamientos y manifiesta al grupo que ahora cuenta con acciones pertinentes para enfrentar los problemas señalados. Asimismo, comenta cómo a partir de esta experiencia se tiene ya una estrategia para analizar y resolver problemas.

4. Elaboremos un plan de trabajo

A partir de los problemas planteados y las soluciones propuestas, el conductor sugiere al grupo elaborar un plan de acción para los días subsecuentes. Se recomiendan los siguientes pasos:

- a)* Jerarquización de los problemas.
- b)* Calendarización de las acciones.
- c)* Asignación de tareas y delimitación de funciones.
- d)* Organización interna del grupo para efectuar las tareas.

5. Diseñemos un plan preventivo

Para integrar los cuatro ejercicios anteriores, se pide al grupo que mencione qué otras situaciones futuras podrían presentarse cuyos resultados pudieran tener semejanza con los recientemente vividos.

En un segundo paso, el grupo enuncia acciones futuras que puedan realizarse para dar una respuesta efectiva a tales situaciones.

Como acción complementaria, se sugiere que los participantes representen diferentes situaciones y las posibles opciones de organización y acción con las cuales enfrentarlas de manera eficaz.

Programa de apoyo psicológico para niños y adolescentes

Objetivos

Los niños:

- Reducirán la ansiedad y tensión a través de actividades de expresión plástica, corporal, oral y escrita, así como de la participación en grupo.
- Lograrán exteriorizar sus sentimientos y pensamientos en relación con las experiencias recientemente vividas, a través de su expresión y del intercambio dentro del grupo, para que puedan integrarlas a sus esquemas cognitivo y emocional.
- Estructurarán su ambiente a través de actividades individuales y grupales.
- Realizarán actividades tendentes a estimular su desarrollo en diferentes áreas (cognitiva, social, psicomotriz, sensorial y académica).
- Ocuparán su tiempo libre en actividades recreativas de su interés.

Recomendaciones generales

- Las actividades deberán ajustarse a las condiciones prevalecientes en cada centro en relación con el número de personas, condiciones físicas, horarios y recursos.
- Es importante el contacto personal y continuo con los niños; se sugiere hacer comentarios pertinentes sobre sus trabajos.
- Es deseable que cuando los pequeños manifiesten algo relacionado con lo vivido durante el desastre, se retomen sus comentarios y se analicen en grupo para que puedan reestructurar sus experiencias.
- Es importante estimular y promover la expresión de los niños acerca de lo que sienten y piensan. Esto puede fomentarse a través de

preguntas y comentarios, pidiéndoles que amplíen sus respuestas, etcétera.

Actividades de expresión plástica

1. Construir un móvil

Material. Un gancho, cartulina, colores, pegamento, tijeras, hilo.

Se pide a los niños que elijan un tema y que dibujen cinco figuras relacionadas con éste (por ejemplo, si eligen animales, pueden dibujar los del campo y los de la ciudad, etcétera).

Después iluminan las figuras, las recortan y las cuelgan de diferentes partes del gancho a distintas alturas.

2. Construcción plástica

Se le pide a los niños construir con materiales de desecho algo que represente o esté relacionado con lo que les haya sucedido.

3. *Collage* I

Los pequeños eligen un tema por equipo y crean un *collage* con fotografías de revistas. Pueden usar cordones, estambres, semillas, metales y otros objetos.

4. *Collage* II

Se colocan en el suelo muchas fotografías recortadas de revistas. Cada niño elige uno o más recortes. Después, sentados en círculo, comentan por qué escogieron determinada imagen, o bien, qué les recuerda. Posteriormente se crea un *collage* con las fotografías elegidas por todos.

5. Mosaico

Se forman pequeños grupos con los niños y se les reparten cuadritos de papel de diferentes colores para que formen un dibujo pegando los recortes sobre una cartulina, de manera que queden como un mosaico. Al final se les pedirá que expongan su trabajo al grupo.

6. Dibujo de la figura humana

Los niños dibujan a una persona o a un grupo de personas, y enseguida escriben una historia en torno al dibujo. Luego comentan sus dibujos con el grupo, o bien, leen sus historias.

7. Dibujo libre

Los menores podrán dibujar lo que deseen y luego expresar al grupo qué representa su dibujo. Se puede formar una exposición colectiva con todos los trabajos.

8. Trabajo con plastilina

Se proporciona a los niños en forma individual trozos de plastilina para que modelen algún objeto que quieran representar. Al final exponen su trabajo al grupo.

9. Collage III

Los niños estructuran una historia utilizando recortes de periódico y pinturas de agua o crayolas.

10. “Te regalo un dibujo”

Se invita a los chicos a realizar un dibujo libre para otro niño (hipotético) que está en problemas actualmente. El dibujo debe expresar lo que quisieran decirle al otro niño.

11. Construcción de un juego

Usando cartulinas, recortes de revistas, plumones y tijeras, los niños construyen un juego que posteriormente puedan utilizar, como loterías, oca, memorama, crucigramas, etcétera.

Actividades de expresión oral y escrita

Los ejercicios de expresión oral y escrita deberán tener en cuenta el nivel académico de los niños, así como su nivel de desarrollo del lenguaje y sus habilidades de lecto–escritura. Si aún no escriben o están en el inicio de este proceso, se sugiere sustituir los ejercicios por dibujos e ilustraciones con letreros o con frases cortas.

La mayoría de los ejercicios de expresión escrita puede ser adaptada como ejercicios de expresión oral.

En muchos casos es recomendable alternar ambos tipos de expresiones.

1. Escribe una carta a un amigo

Los niños escriben una carta a un amigo en la que le cuenten algo importante que les haya sucedido o que hayan realizado últimamente, algo que les preocupe o que les despierte algún sentimiento especial. Posteriormente leen la carta al grupo y se comentan los hechos relatados.

2. Carta a alguien que está en problemas

Los pequeños escriben una carta a una persona que se encuentra en problemas a causa del desastre vivido, donde le sugieren qué hacer o le expresan sus sentimientos en relación con lo que está pasando.

3. Autobiografía

Los chicos escriben en forma resumida los eventos más importantes de su vida hasta la actualidad. Pueden proporcionarse guías para la estructuración del relato, por ejemplo, con base en áreas o etapas específicas de la vida del menor.

4. Inventa una historia I

Los niños se sientan en círculo y se les pide que se numeren. Entre todos escriben una historia donde cada uno irá añadiendo una palabra relacionada con la anterior, tanto en contenido como en forma gramatical adecuada. Al final se leen todas las historias.

5. Inventa una historia II

Cada niño elige una lámina o recorte de revista de un conjunto previamente proporcionado y luego escribe una composición basada en la lámina. Al final lee su trabajo frente al grupo.

6. Elabora un manual

Se le pide a los menores que describan la serie de actividades requeridas para realizar una acción específica (por ejemplo, andar en bicicleta, nadar, etc.). Después deberán ordenarlas con base en una secuencia lógica y de acuerdo con su ocurrencia temporal. Al finalizar presentarán sus manuales al grupo.

Se hará énfasis en la organización de las ideas; en la sucesión de las actividades encaminadas a lograr la meta planteada, y en la descripción de la secuencia en forma clara.

7. Elabora una serie de instrucciones

Con base en temas específicos —por ejemplo, cómo encontrar una calle, llegar a un lugar o construir algo—, se pide a pequeños grupos de niños que elaboren por escrito las instrucciones pertinentes para llegar a la meta; también pueden elaborar mapas, diagramas, etcétera.

8. Las reglas del juego

Se forman grupos pequeños de niños y se les pide que redacten las reglas del juego que más les guste (fútbol, basquetbol, etc.), de manera que alguien que no lo conozca pueda entenderlo y jugarlo. Los grupos pasarán sus trabajos a los otros equipos, quienes comentarán si las instrucciones son claras.

9. Inventa una historia III

Los niños escriben una historia de acuerdo con algo que les interese en particular. Al finalizar, cada participante lee al grupo su relato.

10. Crea una historia con base en elementos dados

Se pide a los chicos que observen por espacio de 10 minutos una situación u objeto de interés que se encuentre alrededor (individualmente o por equipo). Se les sugiere que tomen notas de lo que les parezca interesante o relevante. Posteriormente deberán redactar un escrito de sus observaciones, el cual leerán al resto del grupo.

11. Crea un libro

Se invita a cada niño a pensar en un tema del cual le gustaría hablar y a escribir las ideas en una tarjeta. Posteriormente se le entregan varias hojas en blanco engrapadas en un fólter y revistas para que recorte fotografías de acuerdo con el tema elegido. Se le pide que pegue los recortes en las hojas de tal forma que expresen una secuencia o descripción lógica del tema.

Posteriormente los menores escribirán una historia que podrán relacionar con las fotografías o la secuencia preestablecida. A final deberán elaborar una carátula con el título del libro, su nombre y la fecha, además de pegar un recorte relacionado con el contenido. Por último intercambiarán entre sí los libros para que cada uno pueda leer lo que otro de sus compañeros escribió.

Actividades de expresión corporal

1. Ejercicio de relajación I

Se solicita a las personas que se sienten o se acuesten en el piso y permanezcan en silencio. Con música suave de fondo se van dando instrucciones de tensar y relajar partes específicas del cuerpo, comenzando por los pies y terminando con la cara y cabeza. Al mismo tiempo se sugiere a los participantes que se concentren en cada parte del cuerpo y que sientan cómo desaparece la tensión al momento de relajar cada músculo.

Al final se marca un tiempo de silencio para que las personas se concentren en una imagen descrita por el instructor: un paisaje, color o sonido. Después de un tiempo (2 minutos), se pide a las personas que se vayan incorporando lentamente y se comenta la experiencia en grupo.

2. Ejercicio de relajación II

Se comienza hablando del mundo estático de las piedras, casas, montañas y otras cosas inmóviles, insistiendo en que todas sugieren un concepto de quietud.

Después se forman grupos de niños o jóvenes. Unos serán las piedras inmóviles en la cima de una montaña, otros un castillo en ruinas, otros un monumento. Es preciso propiciar un ambiente silencioso, respetuoso y tranquilizador. Los sujetos permanecen quietos, sin reírse, conservando su expresión facial y pensando en aquello que realizan y sintiéndose piedra, castillo, etc. Su estado de quietud exterior dará lugar a un íntimo relajamiento.

Se puede realizar esta actividad estimulando esfuerzos de coordinación colectiva, los cuales son aprovechados para formar conjuntos numerosos; por ejemplo, creación de un pueblo o una calle con postes, árboles, puertas, etc., lo cual dará un sentido más real a la inmovilidad de los participantes.

3. Ejercicio de relajación III

Los niños se sientan en semicírculo en actitud de relajamiento, con los brazos caídos, las manos con las palmas hacia arriba descansando sobre las rodillas. Se pide silencio total y después el instructor describe un paisaje simple y va mencionando estímulos que los

participantes deberán atender: éstos se van desvaneciendo poco a poco hasta que se les pide que únicamente escuchen un sonido o vean un color.

4. Representa un cuento

Se narra un cuento, fantasía, fábula, etc., y después se pide a los niños que lo representen actuando. Con ayuda de material de desecho pueden formar títeres o personajes ficticios con los cuales complementar su actuación. Se procura que los diálogos surjan espontáneamente y que a través de diferentes movimientos, posturas y gestos representen el cuento narrado.

5. Exploración del espacio I

Se colocan objetos en determinada posición y orden; después de pedir al grupo que se desplace por el espacio y de mover los objetos, se solicita que vuelvan a colocarlos exactamente como estaban.

6. Exploración del espacio II

Se pide a los pequeños que procuren ocupar con el cuerpo el máximo de espacio y después el mínimo. Esta actividad la pueden realizar acostados, parados o bien desplazándose.

7. Exploración del espacio III

Con movimientos de las manos se proporcionan medidas de cosas imaginarias, y se pide a los participantes que las localicen o representen. También se les solicita que midan con diferentes partes del cuerpo el espacio, y se les plantean preguntas para estimular la actividad.

8. Movimiento por el espacio

Se invita a que cada integrante del grupo camine por el espacio y tome conciencia de su situación en éste; puede moverse y situar objetos a la derecha, izquierda, adentro, afuera, etcétera.

Este movimiento se acompaña con el ritmo de una percusión, variando la velocidad a la que los sujetos deberán desplazarse. El movimiento se alterna con periodos de quietud, y posteriormente se pide a los participantes mover partes específicas del cuerpo hasta que de nuevo se desplieguen por el espacio.

La actividad puede usarse como introducción para otros ejercicios de expresión corporal.

9. Jugar a las estatuas

Los niños se convierten en “estatuas”. Después harán como si lentamente cobraran vida y se movieran cambiando de posición o realizando un gesto que complemente la expresión de su cuerpo. Posteriormente se les pide que vuelvan de nuevo a la inmovilidad.

10. Realizar acciones y expresiones diversas

Se pide a los chicos que se muevan por el espacio y vayan realizando acciones diversas con base en las instrucciones que se les indiquen, por ejemplo, acción de pedir algo, de escuchar, hablar, buscar, sembrar, acariciar, etcétera.

También se les sugiere que imaginen diferentes sensaciones, por ejemplo, que tienen sed o hambre, y que lo interpreten con el cuerpo. Asimismo, pueden expresar gestos de cobardía, fiereza, coraje, satisfacción, malhumor, etcétera.

11. Imitar animales o diferentes eventos de la naturaleza

Los niños imitan animales y van cambiando de acuerdo con las instrucciones, a la vez que interaccionan comportándose como los animales que representan. Se les puede leer una fábula y que interpreten a los personajes, exaltando las características de los animales.

También pueden imitar diferentes eventos de la naturaleza, como flores abriéndose, hojas moviéndose al viento, el frío, calor, viento, nubes que cambian de forma, etcétera.

Bibliografía

- Aymerich, C. (1971). *La expresión, medio de desarrollo*, Barcelona: Nova Terra.
- Green, D. (1985). Conferencia dictada en septiembre de 1985 en la Ciudad de México.
- Lifton, W. M. (1979). *Trabajando con grupos*, México: Limusa, 1979.

Capítulo 4

Intervención del psicólogo en situaciones de convivencia forzada²³

Leticia Sánchez Encalada

Introducción

Ante los desastres ocurridos el 19 y 20 de septiembre, se requirió el apoyo emergente de las instituciones.

La ayuda psicológica fue de suma importancia para responder a las diferentes necesidades de una población en crisis.

Los psicólogos apoyaron como conferencistas, orientadores e instructores en los medios de comunicación masiva, y a través de las universidades, albergues y centros de intervención improvisados. En general, nos vimos involucrados prestando servicio a adolescentes, niños, familias y grupos.

La tragedia nos llevó a ver la necesidad de desarrollar programas para estas situaciones. En esos momentos se requirió improvisar programas de entrenamiento, intervención y supervisión, y entonces nos percatamos de que en México no existía nada para enfrentar en forma científica y profesional las necesidades de una población víctima de un desastre.

Se tomó conciencia de la necesidad de investigar y realizar estudios sobre las reacciones y comportamientos de las personas ante situaciones de crisis, y de proporcionar alternativas no sólo de intervención, sino también de diseñar estrategias de prevención fundamentadas en la observación directa y en estudios experimentales.

Es importante señalar que nuestro objetivo de intervención se situó en tres niveles: evitar o reducir la incidencia de trastornos, aminorar los efectos dañinos de los sucesos ocurridos y reparar los daños o problemas causados

²³ Agradezco la colaboración y participación para la realización de este trabajo a los psicólogos Antonio Benítez, Lourdes Flores, José Luis Hidalgo, Gustavo Rubio, Carmen Solís y Jaime Zúñiga.

por el desastre (intervención en crisis; primera ayuda psicológica, o terapia en crisis).

Consideramos que los programas preventivos deben estar orientados a capacitarnos y prepararnos para enfrentar los desastres con menores pérdidas humanas y materiales. De hecho, en las escuelas ya se están empleando algunos programas de simulacros de evacuación encaminados a este fin.

Otro aspecto relevante a valorar es el desarrollo de un trabajo interdisciplinario para atender de manera óptima las diferentes necesidades que se presenten, ya que el trabajo en equipo caracterizará el ejercicio profesional del futuro (Lafarga, 1985).

Un desastre desencadena una serie de cambios en el individuo, tanto en su estilo de vida como en su estabilidad emocional. Estos cambios lo llevarán a buscar nuevos mecanismos de adaptación, situación inevitable después de un suceso catastrófico. Asimismo, verá su futuro incierto y probablemente se alterará su concepción del mundo. Tales situaciones pueden interferir en su adaptación.

El presente informe tiene como objetivo describir una experiencia de trabajo efectuada por un equipo de siete psicólogos en un albergue para damnificados del sismo de septiembre de 1985.

En la parte de los antecedentes inicialmente se abordan los conceptos de *desastre* y *crisis* de manera general, y posteriormente los efectos del desastre. Luego se describe la participación del psicólogo en las áreas clínica, educativa y organizativa en una situación de convivencia forzada.

Finalmente se presentan algunos datos del trabajo realizado durante seis meses en los albergues “Deportivo 18 de Marzo” y “Centro de Información y Recepción Héroe de Celaya”, así como los logros obtenidos y las limitaciones y problemas enfrentados.

Antecedentes

Desastres

A lo largo de la historia la humanidad se ha enfrentado a acontecimientos imprevistos y funestos considerados desastres naturales, en la mayoría de los casos impredecibles. No hay un solo lugar en la Tierra en el que no haya acontecido una catástrofe, ya sea un tornado, maremoto o terremoto, entre otras. Hay quienes arguyen que un desastre es una clase particular de crisis.

Cuando éste sobreviene, la mayoría de las personas actúa con aturdimiento, confusión o desorientación: “El miedo es la emoción dominante, y ponerse a salvo es la principal preocupación.” (Ahearn, 1984.) Al respecto, Hernández (1985) considera que el miedo y la ansiedad son emociones normales ante el peligro real. El primero se puede experimentar durante y después de un desastre, y será directamente proporcional a la forma en que la persona haya vivido la magnitud del suceso.

El Instituto de Ingeniería de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) inició desde 1977 una amplia línea de investigación con la finalidad de identificar el por qué de los desastres y la manera de enfrentarlos. Estos estudios demostraron que hoy en día en las ciudades altamente pobladas el riesgo de desastres (la conjunción de la posibilidad de ocurrencia de eventos devastadores y la intensidad de los probables daños que ocasionan) tiende a crecer con agentes destructivos naturales como los sismos, lluvias, tormentas de granizo, etcétera.

La creciente dependencia del individuo de los sistemas de subsistencia de las ciudades ocasiona que cualquier problema en uno de estos sistemas se manifieste en los demás. Esto convierte a la metrópoli en una zona sumamente vulnerable a catástrofes de repercusiones serias.

Los fenómenos destructivos no se presentan como sucesos aislados, sino formando una cadena en la que es necesario intervenir, por ejemplo incendios, actos delictivos, epidemias, etc. Estos problemas exigen soluciones integrales, no parciales como las que resultan de estudios aislados, las cuales se aplican sólo a determinadas áreas.

El término *desastre* puede referirse tanto a las consecuencias del fenómeno, daños en los bienes, lesiones y muertes, como a sus efectos sociales y económicos a largo plazo (Quarentelly, 1985). Este evento trae consigo la crisis y la emergencia.

Puede considerarse que el desastre es “una crisis en sí misma” (Orozco y Althause); sin embargo, suele acentuar la situación de crisis cuando va acompañado por los siguientes factores:

- Desempleo y dificultades financieras.
- Enfermedades.
- Pérdidas de las pertenencias personales.
- Muertos.
- Heridos y problemas en la familia.

La ansiedad y el miedo ante la crisis y la emergencia pueden trastornar la conducta del individuo y, si se llega al límite, generar problemas en su desarrollo emocional futuro. Cuando la ansiedad es extrema, se convierte en una forma de aflicción personal.

Erikson (en Ahearn, 1984) ha llamado *segundo desastre* a “las consecuencias de tipo emocional que se derivan de la desorganización social y física de una comunidad destruida por una catástrofe natural”. Según esta definición, el desequilibrio psiquiátrico obedece a la incapacidad de hacer frente a todos los cambios que ocurren súbitamente.

Leighton (en Ahearn, 1984) propuso correlacionar la integración de la comunidad y la salud mental. Consideró que el ambiente ejerce un efecto selectivo en los trastornos psicológicos y psicofisiológicos y, más específicamente, que la desintegración de la comunidad resultante de cierto número de factores, incluso los desastres, antecede a los problemas de orden psiquiátrico.

En un estudio realizado por Erikson en Buffalo Creek (en Ahearn, 1984), se comprobó que los damnificados, a quienes se les proporcionó alojamiento, respondieron a sus nuevas y extrañas circunstancias con temor, intensas pesadillas nocturnas, reacciones de depresión y profundos sentimientos de culpa por haberse salvado mientras sus seres queridos perdieron la vida.

Otros investigadores han estudiado la relación entre la inestabilidad económica, vista como un importante factor de sufrimiento, y las variaciones en el número de ingresos en los hospitales de salud mental. La desorganización social es un factor de la disminución de ingresos a hospitales psiquiátricos durante un breve lapso inmediatamente después de un desastre. Al parecer, las personas afectadas carecen de acceso a los servicios de salud mental, o bien quizás no juzguen que los necesiten en esos momentos. Pero al transcurrir cierto tiempo, los índices de reingreso por psicosis suelen elevarse (Ahearn, 1984).

Una consideración importante es que los desastres tienen efectos sobre los niños tanto en el corto como en el largo plazos, y no se suceden forzosamente en una secuencia determinada, sino que pueden aparecer durante corto tiempo o en forma prolongada, e incluso de manera inmediata o retardada después del desastre (Hernández, 1985).

Crisis

Se dice que el individuo o las naciones viven una situación de crisis cuando se suscitan ciertos acontecimientos que rompen el equilibrio existente. Hernández L. (1985) la define como: “Un momento decisivo que implica una pérdida, la amenaza de una pérdida, o un cambio radical en la relación con uno mismo, con otra persona y otras personas significativas, o con una situación.”

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, principalmente caracterizado por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados en la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (Slaikeu, 1988).

El estado de crisis progresa a través de series de etapas relativamente bien definidas. Caplan (1964) describe su inicio como sigue:

1. Hay un aumento inicial de la tensión por el impacto de un suceso externo, que inicia por lo general con respuestas comunes “a la solución de problemas”.
2. La falta de éxito en estas respuestas, más el impacto continuado del suceso estimulante, fomentan el incremento de la tensión, sentimientos de trastorno e ineficacia.
3. Como la tensión se incrementa, se movilizan otros recursos para la solución de problemas. En este punto la crisis puede desviarse por cualquiera de los siguientes factores: reducción en la amenaza externa, éxito en las nuevas estrategias de enfrentamiento, redefinición del problema o renuncia a propósitos fijos que resultan inasequibles.
4. Sin embargo, si nada de esto ocurre, la tensión aumenta hasta un punto crucial, resultando en una desorganización emocional grave.

El desastre ocurrido en México los días 19 y 20 de septiembre de 1985 puede ser considerado como una situación de crisis por sí misma. No obstante, la magnitud de la tragedia aumentó porque vino acompañada de desempleo y/o dificultades financieras, enfermedades, pérdida de pertenencias personales, muertos, heridos y problemas de familia, incluyendo la amenaza de separación (UNICEF, 1985). Todas estas situaciones agregadas al desastre natural pueden afectar el equilibrio emocional de las personas, ocasionando

inestabilidad individual, familiar y aun de la comunidad, dado que todos están impactados en mayor o menor grado por el acontecimiento.

Ahearn, F. (1984) realizó un estudio del desastre natural de Managua (terremoto de 1972) que posibilitó el conocimiento de los problemas psicológicos ocasionados por este tipo de fenómenos. En su estudio encontró que sí hubo un aumento en los desórdenes conductuales en las personas afectadas y que el comportamiento neurótico que suele observarse después de un desastre es una reacción que comparten por igual víctimas y no víctimas; estos datos fueron arrojados por las personas que llegaron al hospital psicológico. Por otra parte, también se vieron aumentadas las psicosis de personas de mayor susceptibilidad en las que ya existían alteraciones mentales.

Los resultados de esta investigación indican que en Nicaragua los problemas emocionales posteriores al desastre persistieron durante casi tres años, y que el abatimiento económico y social de la comunidad fue una variable de suma importancia en el grado de desequilibrio psicológico.

Terremoto

Un terremoto es un “desastre natural”. Y así hay otros, tales como incendios, inundaciones y huracanes. Todos son eventos traumatizantes o aterrorizantes que pueden acontecer en la vida de los niños y dar por resultado que con su familia abandonen su hogar y los alrededores que les son conocidos. Los menores generalmente no llegan a entender qué está sucediendo y se sienten confundidos, angustiados y asustados.

Normalmente la preocupación se centra en la seguridad física de los niños y del resto de la familia, y con frecuencia no se presta suficiente atención o no se toman en cuenta las consecuencias emocionales, las cuales suelen descuidarse. Si bien es cierto que no se pueden controlar estos eventos, ello no significa que deban resultar en un daño emocional permanente para los menores (San Fernando Valley Child Guidance Clinic, 1985).

El contexto de la crisis

El impacto de estresores ambientales sobre el comportamiento individual y grupal ha sido constatado sistemáticamente por investigadores de varias

disciplinas científicas, entre ellas la biología y la psicología (Skinner, 1938; Bronfenbrenner, 1979).

Estos estresores requieren ser evaluados, ya que integran los factores de la ecología en la que el individuo y la comunidad se desenvuelven.

La teoría gestáltica de los sistemas propone que observemos el contexto en el que vive la persona, en particular sus relaciones interpersonales, subsistemas diversos, medio ambiente, familia y comunidad.

Puesto que nada tiene lugar en el vacío, todos los aspectos de una crisis deben examinarse a la luz de diversos contextos. En el lenguaje general de los sistemas, estos contextos se denominan *suprasistemas*.

Bronfenbrenner (1979) describe tres suprasistemas, cada uno en su medida y complejidad, que son relevantes para la conducta de enfrentamiento de un individuo.

El *microsistema* representa a la familia y al grupo social inmediato. El *exosistema* incluye la estructura social de la comunidad, por ejemplo, el mundo del trabajo, sistemas sociales de vecinos y estructuras gubernamentales (incluyendo servicios sociales).

Por último, el *macrosistema* es la más grande de las estructuras contextuales e incluye valores culturales y sistemas de creencias que chocan entre comunidades, familias y finalmente con los individuos.

Los acontecimientos que impactan de una forma devastadora sobre la ecología social de una comunidad, como sismos, huracanes, inundaciones, etc., traen como consecuencia una perturbación significativa en el encajamiento social de la misma. Estas perturbaciones se reflejan en la ruptura de los sistemas de apoyo formales e informales característicos de cada comunidad. Cuando la magnitud del desastre afecta severamente y genera rupturas en las redes de apoyo tanto formales (servicios de salud, de asistencia social, de crianza infantil, etc.) como informales (amigos, vecinos, etc.), la ecología social de la comunidad se empobrece y no es capaz de sustentar un desarrollo humano óptimo. En estos ambientes empobrecidos los estresores ambientales ocasionan una variedad de patrones de comportamientos desviados o anormales.

Existen tres funciones esenciales en cualquier sistema: *a)* adaptación al ambiente; *b)* integración de diversos subsistemas, y *c)* toma de decisiones. La desorganización en cualquiera de las tres puede conducir a una crisis (Stevenson, 1977). En un sentido, sería posible describir la crisis como una desorganización mayor en la adaptación persona/medio.

En este sentido, la teoría general de sistemas plantea que los sistemas de familias o personas no pueden tolerar un trastorno y desorganización por un periodo prolongado, ya que todos los sistemas de vida tienden a regresar a un estado de equilibrio u homeostasis. Los recursos del sistema mismo pueden esperar los ajustes necesarios y regresarlos a alguna forma de equilibrio, lo cual es una característica de los sistemas vivos, es decir, lograr el mismo estado final, aunque bajo diferentes condiciones y a través de rumbos distintos (Barrien, 1968; Von Bertalanffy, 1968).

La teoría general de los sistemas nos permite pensar en la persona en crisis y también en la familia, comunidad y sistemas como un fondo para cada situación particular.

Intervención en niños

Algunos autores opinan que individuos y familias por igual son vulnerables a las reacciones de tipo emocional ocasionadas por factores psicológicos intrapsíquicos y sociológicos.

Ahearn (1984) plantea que “las víctimas se preocupan más por la realidad de la sobrevivencia después de sufrir una catástrofe, y por consiguiente prestan menos cuidado a sus tensiones personales y psicológicas”. Sin embargo, esto no quiere decir que se fije un daño emocional permanente en los niños, aunque en algunos sí llega a afectar su comportamiento psicológico de diferentes maneras. Hernández (1985) refiere que la intervención oportuna puede prevenir el desarrollo de trastornos emocionales más severos y ayudar a los menores a enfrentarse a situaciones que produzcan tensión en el futuro.

En una condición de crisis después de un desastre, Child Guidance Clinic (1985) y Hernández (1985) dan un peso importante a la familia (la relación niño-adulto), y mencionan que el menor necesita la seguridad que proviene tanto de las palabras como de las acciones de los padres.

La familia es de gran ayuda para restablecer el equilibrio emocional del niño y puede participar en su orientación y apoyo. De no ser así, debe intervenir un especialista en salud mental para ayudar a la familia en el desarrollo de habilidades que le permitan enfrentarse a una situación de crisis.

Descripción de la intervención del psicólogo en el albergue “Deportivo 18 de Marzo”

A continuación se presenta el informe del trabajo realizado por un equipo de psicólogos en el albergue “Deportivo 18 de Marzo”.

Las tareas se iniciaron el 25 de septiembre de 1985. En un principio el equipo se dedicó a identificar las áreas en las que podía intervenir y que cubrieran las necesidades de los damnificados; de tales observaciones se determinó brindar apoyo clínico, organizativo y educativo-recreativo (véase el capítulo de Galindo en este mismo volumen).

De manera general, las funciones para cada una de estas áreas fueron:

Clínica. Atención a problemas emocionales.

Organizativa. Desarrollo de mecanismos de autosuficiencia.

Educativa. Atención a adultos y niños.

En la primera etapa del trabajo fue necesario detectar las necesidades y condiciones en las que se pretendía brindar el apoyo. Éste se realizó de la siguiente forma:

FASE DE DETECCIÓN

Objetivo

- Evaluar las condiciones del albergue, la problemática del albergado y el apoyo institucional (tanto del refugio como de las autoridades), así como los recursos materiales y humanos disponibles.

FASE DE INTERVENCIÓN

El servicio del equipo de psicólogos se enfocó en atender básicamente tres áreas: clínica, organizativa y educativa.

La finalidad de esta organización era delimitar el campo de acción y determinar las funciones de cada área para lograr atender todos los problemas.

Objetivos del área educativa

- Promover la participación de los albergados en las diferentes actividades de los talleres.

- Realizar actividades manuales como una forma de *modus vivendi*. Proporcionar información sobre el manejo del niño y mejorar la relación padres-hijos.

EVALUACIÓN

Por medio de entrevistas y pláticas informales con los damnificados se obtuvieron algunos datos sobre la problemática personal y en el albergue (con los vecinos, la comida, etcétera).

Asimismo, se detectaron sus intereses y las actividades que les gustaría desarrollar.

Con la información obtenida se organizó un taller de tejido para que las señoras se conocieran y establecieran una relación afectiva y de cooperación en las tareas que se realizaran en el albergue.

Se implementaron sistemas motivacionales con base en la asistencia. El cumplimiento permanente de la actividad les daba derecho a ganarse el material de tejido (ocho asistencias: derecho a estambres, agujas, ganchos, etc.). Asimismo, se realizaron adornos navideños y piñatas para participar en un bazar organizado con el fin de que obtuvieran un apoyo económico. Cabe aclarar que si alguna faltaba a cuatro de ocho clases, se le eliminaba de la actividad y con ello perdía el derecho a participar en el bazar.

El objetivo de sistematizar la actividad en términos de asistencia y participación no sólo se enfocó en mantener a las mujeres ocupadas, sino también en eliminar problemas de apatía, depresión, angustia y riñas entre ellas. Además, se les hacía ver que la organización y apoyo grupal era básico no sólo para convivir en situaciones forzadas, sino para integrarse nuevamente a su vida o comunidad.

Inicialmente se registró una asistencia voluntaria de 10% al taller y a las pláticas (de un total de 20 personas, el resto tenía que ser llamado de uno en uno por el encargado del taller). Pasado un mes aproximadamente, la asistencia voluntaria aumentó a entre 95% y 100% (el instructor sólo tenía que disponer sus materiales de trabajo y las personas llegaban sin que se les avisara).

El taller logró efectos importantes (además del interés manifestado en las actividades): entre otros, que las señoras se identificaran como vecinas, se llamaran por su nombre y se platicaran sus problemas, así como que mostraran interés por solucionarlos. A los psicólogos se les identificó como grupo de apoyo y los empezaron a llamar espontáneamente. (Inicialmente no había un interés por esta ayuda, e incluso algunos no lo querían.)

En este albergue la intervención en niños y adolescentes se enfocó en hacerlos participar en actividades académicas, ocupacionales y recreativas para evitar la desocupación y ociosidad que se estaba fomentando, así como los conflictos entre ellos, con sus padres (pleitos, malos entendidos, etc.) y con los adultos en general. A la vez, se les incorporó al programa de mantenimiento y aseo del albergue.

El trabajo propiamente dicho con los niños y adolescentes se inició con dos sesiones de convivencia. Se detectaron problemas y se encontró que en 90% de esta población había comportamientos agresivos y apatía para las tareas en grupo, además de problemas escolares o académicos (la mayoría no estaba asistiendo a la escuela por los deterioros que habían sufrido los inmuebles). Amén de ser la población más numerosa, era la más problemática del albergue. Las autoridades reportaban que además de su comportamiento negativo (no querer participar en nada) y sus conductas de apatía, destrucción y descuido de las instalaciones, la irresponsabilidad de los padres para vigilarlos tornaba la situación más difícil.

Fue en esta área donde las autoridades, más que los padres, solicitaron el apoyo del equipo de psicólogos. En este sentido, fue necesario organizar pláticas con los padres sobre la educación de sus hijos (y otros temas afines) y la intervención directa con los menores.

A la vez, otros equipos de apoyo complementaron el trabajo (o intervención): un grupo de estudiantes normalistas, quienes por las mañanas atendían el área académica; un profesor de primaria (que se encontraba albergado), y por las tardes el grupo de voluntarios del CREA, que organizaba actividades ocupacionales y recreativas (un taller de piñatas para los adolescentes). La labor del psicólogo fue coordinar las actividades, organizar las comisiones de cooperación, aseo y mantenimiento del albergue, establecer sistemas motivacionales de participación de los niños y adolescentes y atender los problemas individuales.

Básicamente los objetivos se enfocaron en prepararlos para convivir en grupo (con actitudes de cooperación), mantener limpias y cuidadas las instalaciones del albergue y desarrollar en ellos hábitos de aseo e higiene personal.

La higiene era importante, ya que aun en los adultos estaba deteriorada o no existía. En la población infantil el programa cobró principalmente un carácter preventivo: evitar contagios, epidemias y la presencia de trastornos afectivos y emocionales.

El cambio en esta población fue tan notable que las propias autoridades les dieron un reconocimiento y los voluntarios del CREA les organizaron un paseo. Para mantener la actitud se les condicionó la entrega de ropa y juguetes, que continuamente llegaban durante los primeros días inmediatos al suceso.

La organización, supervisión y cumplimiento permanente tanto de las comisiones como de las campañas de orden, aseo y limpieza quedaron a cargo de los adultos, quienes además de tener la obligación y responsabilidad, realizaban juntas semanales para plantear los problemas que surgían y buscar mejores alternativas de convivencia.

Para establecer estos mecanismos, los psicólogos organizaron pláticas informales y dinámicas de grupo. Las pláticas se enfocaron principalmente en temas de comunicación, sobre la familia y la condición de albergados.

El objetivo de estas reuniones era no sólo hacerles ver su situación, sino que mejorara la convivencia en el refugio e irlos involucrando en la autogestión; que encontraran elementos para salir de sus crisis, y hacerlos conscientes de que su estancia ahí no sería permanente ni el apoyo en todos los niveles que se les estaba proporcionando. Es decir, se buscaba prepararlos para la etapa de reintegración a su vida en la comunidad.

En general, en esta área hubo muy buena participación de la gente. La mayoría se involucró (sólo tres o cuatro personas no participaron) y las pocas veces que alguien no cumplía era porque tenía que salir a realizar sus trámites.

En relación con los problemas psicológicos, se les brindó apoyo para aminorar los principales trastornos que se presentaban: crisis nerviosa, insomnio, mareos, agresividad, ansiedad, etc. A las personas que lo requirieron se les proporcionó principalmente relajación muscular y terapia individual.

Sólo se atendieron 10 casos clínicos, por las limitaciones de tiempo.

Finalmente, por decisión de las autoridades este albergue desapareció el 7 de noviembre de 1985 y a las personas se les reubicó en el albergue "Héroe de Celaya".

De esta primera experiencia de trabajo permanente se obtuvieron los principales elementos para intervenir en situaciones de emergencia y convivencia forzada, lo que permitió que el trabajo del equipo en el siguiente albergue llevara una dinámica más sistematizada, así como un plan de acción más definido.

Para entonces ya se tenían más claras las funciones del psicólogo en estas situaciones, así como la delimitación de su campo de acción. Por su parte, los damnificados sabían, al reintegrarse nuevamente a una condición de convivencia forzada, que ésta implicaba derechos y obligaciones mutuas con características de hábitat común, donde existía una estructura institucional responsable del mantenimiento de los derechos y responsabilidades de la gente.

En el siguiente albergue se trabajó en las mismas áreas aquí mencionadas —educativa, clínica y organizativa— y se estableció un área nueva: la interdisciplinaria.

Intervención en el albergue “Héroe de Celaya”

Este albergue contaba con diferentes áreas de trabajo: medicina, pedagogía, psicología, administración, trabajo social, personal de limpieza y vigilancia, y grupos de voluntarios (CREA, UNICEF, DIF, INEA, puericulturistas y psicólogos de la UNAM). Cuando iniciamos nuestra participación no existían canales de comunicación adecuados entre todos estos grupos, por lo que el trabajo que realizaban se veía minimizado, y el desconocer lo que unos y otros hacían creaba confusión y problemas a los albergados y a la institución: traslape de funciones o de actividades, falta de calendarización y participación conjunta de los grupos para el logro de objetivos comunes.

De ahí nació la necesidad de crear una nueva área, la interdisciplinaria, cuyo objetivo fue organizar y sistematizar los esfuerzos de todos los grupos de voluntarios para optimizar la integración del damnificado a su medio en el menor tiempo y costo posibles, así como crear formas de convivencia forzada más equilibradas.

Inicialmente se efectuaron actividades de convivencia y vinculación con la gente para escuchar sus problemas y ofrecerle los servicios psicológicos. Este acercamiento e identificación con los albergados fue permanente y necesario, pues sólo así lograríamos ganarnos su confianza, ya que algunos se mostraban decepcionados, pues para entonces habían transcurrido algunos meses y no veían solución a sus problemas, básicamente de vivienda. Por otro lado, los grupos de voluntarios empezaban a desaparecer y lo único que predominaba era una gran incertidumbre para la mayoría en términos de cuál sería su futuro, hasta cuándo podrían permanecer allí, con qué medios de subsistencia contaban,

y otras muchas interrogantes. Todo este panorama tan negativo nos motivó a brindarles el mejor apoyo posible para que salieran pronto de su crisis. Este proceso determinó que nuestra permanencia se extendiera por seis meses de convivencia diaria, finalizando hasta que las mismas autoridades decidieron que nuestra labor había concluido (el 28 de mayo de 1986). Consideramos que para este momento los albergados que habían participado en las actividades tenían al menos algunos elementos para realizar la autogestión y una gran parte había superado su crisis.

A continuación se describe el plan de trabajo y las actividades realizadas por el equipo durante los seis meses de intervención.

Objetivos de la intervención

En términos generales, el objetivo final estaba encaminado a la integración del damnificado a la sociedad, brindándole los elementos necesarios para enfrentar el futuro.

Para lograrlo, era necesario establecer metas de corto plazo. Estos objetivos eran:

- Establecer una mayor y mejor relación entre los albergados y la institución.
- Eliminar toda área conflictiva en la organización de las actividades de unos y otros.
- Optimizar al máximo los tratamientos terapéuticos individuales y familiares.
- Capacitar y posibilitar un trabajo multidisciplinario con las diferentes áreas de la institución.

Capacitar a los sujetos para su participación responsable en el manejo de su relación con la institución y otras personas sin entrar en conflictos o crisis con ellas.

Etapas de trabajo

1. Actividades de convivencia, ambientación y acercamiento con la gente.
2. Contacto institucional.

3. Vinculación con las otras áreas (médicos, pedagogos, trabajadoras sociales y voluntarios).
4. Detección de necesidades.
5. Intervención.

Instrumentos de evaluación aplicados

- a) Observaciones directas (registros).
- b) Cuestionarios.
- c) Entrevistas (Instituto de Psiquiatría).
- d) FEST.
- e) Encuestas.
- f) Diagnósticos académicos
- g) Listados para identificar trastornos en los niños (Hernández, 1985).

Área educativa

En esta área la intervención se efectuó en dos niveles: con adultos (madres de familia básicamente) y niños. La organización interna estuvo a cargo de dos psicólogos, quienes impartieron pláticas y orientación familiar. Otro psicólogo se encargó de la población infantil para atender tanto sus problemas académicos como emocionales.

El objetivo general de esta área fue brindar los elementos necesarios para disminuir las crisis familiares.

Intervención en adultos

Inicialmente se evaluó de manera informal la problemática y se identificó a quienes demandaban el servicio.

Se ofrecieron pláticas para mejorar las relaciones familiares entre padres e hijos, y los responsables del área clínica (ver descripción de esta área) brindaron apoyo psicológico a través de terapia individual.

Intervención en niños

La intervención con los niños requería implementar dos programas: cuidado de la salud mental y apoyo académico o pedagógico.

Para aplicarlos se evaluó a la población en las áreas de “repercusiones emocionales, socialización y repertorios académicos” (ver descripción del programa Intervención en menores).

Intervención en adultos

Objetivo general

- Brindar los elementos necesarios para disminuir las crisis familiares.

Objetivos específicos

- Mejorar las relaciones familiares.
- Optimiza las condiciones de vida en el albergue.
- Establecer actividades ocupacionales (talleres y trabajos manuales).
- Instaurar programas de educación para adultos (alfabetización, primaria y secundaria).
- Impartir pláticas enfocadas en la educación de los hijos (integración familiar, relación padres e hijos, etcétera).

Población. De 127 mujeres alojadas en el albergue, se trabajó únicamente con 26. Sus edades fluctuaban entre los 22 y los 54 años (excepto una de 78). La mayoría tenía nivel escolar de primaria, sólo seis habían cursado la secundaria y una tenía estudios técnicos; las tres restantes eran analfabetas. El 34% se dedicaba al hogar; sólo 11 eran casadas o vivían en unión libre (ver cuadros 1a y 1b).

CUADRO 1a. Área educativa. Características de las damnificadas

Damnificada	Edad	Estado civil	Escolaridad	No. de hijos
1	78	Soltera	Primaria s/t	0
2	32	Casada	Primaria s/t	6
3	32	Separada	Secundaria	5
4	30	Unión libre	Carrera técnica	3
5	27	Unión libre	Primaria	2
6	49	Casada	Analfabeta	2
7	37	Separada	Primaria s/t	4

Damnificada	Edad	Estado civil	Escolaridad	No. de hijos
8	33	Viuda	Primaria	1
9	49	Separada	Primaria s/t	3
10	22	Casada	Primaria s/t	1
11	24	Separada	Secundaria	2
12	22	Separada	Analfabeta	1
13	33	Casada	Secundaria	1
14	34	Viuda	Analfabeta	1
15	27	Casada	Secundaria	4
16	40	Casada	Primaria s/t	4
17	43	Casada	Primaria	7
18	32	Separada	Primaria	5
19	27	Casada	Primaria	4
20	20	Madre soltera	Primaria	1
21	23	Separada	Primaria	1
22	37	Separada	Primaria	5
23	54	Viuda	Primaria s/t	5
24	35	Separada	Primaria	3
25	35	Casada	Secundaria	5
26	38	Casada	Secundaria	3

s/t = Sin terminar

CUADRO 1b. Características de las damnificadas

Damnificada	Ocupación A/s	Ocupación D/s	Intereses detectados
1	Modista	Modista	Tejido
2	Hogar	Hogar	Primeros auxilios
3	Costurera	Costurera	Tejido y corte y confección

Damnificada	Ocupación A/s	Ocupación D/s	Intereses detectados
4	Comerciante	Hogar	Tejido, corte y confección y migajón
5	Hogar	Hogar	Primeros auxilios
6	Hogar	Hogar	Tejido
7	Sirvienta	Hogar	Primeros auxilios, corte y confección, tejido y migajón
8	Comerciante	Hogar	Primeros auxilios, tejido y migajón
9	Sirvienta	Hogar	Tejido y migajón
10	Hogar	Hogar	Tejido, corte y confección y belleza
11	Sirvienta	Hogar	Tejido, primeros auxilios y belleza
12	Desempleada	Hogar	Tejido y belleza
13	Hogar	Hogar	Tejido
14	Comerciante	Comerciante	Tejido
15	Hogar	Hogar	Tejido y corte y confección
16	Hogar	Hogar	Tejido
17	Hogar	Hogar	Tejido y corte y confección
18	Desempleada	Hogar	Tejido y belleza
19	Comerciante	Hogar	Corte y confección
20	Desempleada	Hogar	Belleza
21	Sirvienta	Sirvienta	Tejido y primeros auxilios
22	Empleada	Empleada	Tejido y corte y confección
23	Hogar	Hogar	Tejido
24	Obrera	Obrera	Primeros auxilios
25	Hogar	Hogar	Tejido y primeros auxilios
26	Comerciante	Hogar	Tejido y corte y confección

Escenario. Las pláticas se impartieron en el comedor, y los talleres y cursos de educación en un salón del albergue.

Para las pláticas se utilizaron rotafolios, libros del INEA, cuestionarios y lápices.

Para los cursos de educación se recurrió a libros de la SEP y del INEA.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

- a) Cuestionario del Instituto de Psiquiatría y la Dirección de Epidemiología de la Secretaría de Salud.
- b) Entrevistas.
- c) Registros (anecdóticos y fichas de trabajo).

FASE DE EVALUACIÓN

En los primeros días de estancia en el albergue (del 7 de noviembre de 1985 al 16 de enero de 1986) se efectuó una serie de visitas a los dormitorios y al comedor, lo que permitió un acercamiento y conocimiento de las condiciones de vida de los damnificados en los aspectos familiar, económico, social, de vivienda, etcétera.

Posteriormente se aplicó el cuestionario de psiquiatría antes citado a 20 familias. (No fue posible aplicarlo a otros albergados porque salían a trabajar o a resolver sus problemas de vivienda). Asimismo, se les entrevistó con la finalidad de valorar su relación familiar.

Se levantaron registros a la hora de la cena o de la comida para observar la interacción familiar.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

- a) Observación directa.
- b) Entrevistas.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

- a) Relajación.
- b) Desensibilización sistemática.
- c) Manipulación de ambientes.
- d) Terapia familiar (teoría de sistemas):
 - Buscar elementos equilibradores dentro del sistema.
 - Encontrar características positivas.
 - Reorganización.

ETAPAS DEL TRATAMIENTO

1. Entablar una buena relación entre el terapeuta y la familia.
2. Identificar las relaciones intrafamiliares, su dinámica y sus problemas.
3. Establecer metas de comportamiento gratificantes o que por lo menos no fueran amenazadoras para los miembros de la familia.
4. Aplicar metas alternativas a través de la práctica, tanto en la terapia como en el hogar (albergue).

FASE DE EVALUACIÓN

A través de entrevistas, observaciones y registros se identificaron las siguientes problemáticas: desintegración familiar, conflictos de pareja y agresiones (entre hermanos, padres e hijos).

PROBLEMAS DETECTADOS

Con los instrumentos de evaluación se identificaron los siguientes problemas: desintegración familiar, relaciones inadecuadas con los hijos, desilusión, agresiones físicas y/o verbales y discusiones, entre otros (ver cuadro 2).

CUADRO 2. Principales problemas identificados

Niños	Adultos	Familia
De comportamiento Pleitos Agresiones (físicas y verbales) Desobediencia Berrinches	Depresión	Desintegración
	Angustia	Discusiones
	Ansiedad	Maltrato a los hijos
	Agresividad	Falta de comunicación
	Desinterés	Relaciones inadecuadas con la pareja
De aprendizaje Bajo rendimiento Apatía Irresponsabilidad Memoria Atención	Pereza	
	Apatía	

FASE DE INTERVENCIÓN

A partir de los problemas detectados se organizó un ciclo de pláticas (19 en total), en las que se englobaron los siguientes temas (ver cuadro 3).

- a) Dinámica grupal y su importancia.
- b) Relaciones sexuales en la pareja.
- c) Manejo de contingencias y su importancia en el cambio de la conducta humana.

CUADRO 3. Temas del ciclo de pláticas

No. de tema	Temas	Objetivos	Duración
1	La familia	Señalar la importancia de las relaciones y la interacción familiar	3 sesiones
2	Relaciones sexuales en la pareja	Enfatizar los desajustes emocionales en la pareja y sus implicaciones en la relación sexual	2 sesiones
3	Relaciones padres e hijos	Enfatizar el papel de los padres para lograr el equilibrio emocional	3 sesiones
4	El manejo de contingencias y su importancia en el cambio de la conducta humana	Proporcionar elementos para el manejo de algunos problemas de comportamiento de los hijos	3 sesiones
5	Riesgos de embarazo (pre, peri y posnatal)	Señalar elementos ambientales y psicológicos que afectan el desarrollo del niño	4 sesiones
6	Estimulación temprana	Enfatizar el papel de los padres en el proceso de estimulación temprana	2 sesiones
7	Cuidados del niño con retardo en el desarrollo	Dar información sobre su prevención	2 sesiones

Es importante señalar que a medida que se impartían las pláticas se fue integrando más gente (se iniciaron con la participación de nueve personas y finalizaron con 26).

El inicio del ciclo se dedicó a la importancia de las relaciones familiares, y se tocaron aspectos tales como los elementos ambientales y sociales que desajustan su equilibrio, así como el significado de la convivencia familiar después de un desastre.

Cada tema se expuso en tres o cuatro sesiones con la siguiente dinámica: presentación del grupo y comunicación entre sus integrantes; comentarios del tema anterior; preguntas acerca de si habían aplicado los conocimientos ya adquiridos, y una sesión de 20 minutos para comentarios.

RESULTADOS

Los resultados se obtuvieron en términos de la asistencia a las pláticas, la participación (definida con base en la opinión personal sobre el tema expuesto) y los cambios cualitativos experimentados.

Los porcentajes de asistencia y participación se presentan en la tabla 1.

TABLA 1. Asistencia y participación en el ciclo de pláticas (enero a marzo)

Albergado	% de asistencia	% de participación
1	100%	57%
2	33%	26%
3	50%	21%
4	100%	26%
5	83%	31%
6	83%	63%
7	66%	47%
8	33%	21%
9	50%	63%
10	0%	0%
11	66%	15%
12	33%	15%
13	0%	5%

Albergado	% de asistencia	% de participación
14	33%	10%
15	50%	5%
16	16%	36%
17	0%	0%
18	0%	0%
19	16%	36%
20	0%	15%

En general, se observó que las participantes tendieron a una actitud más cooperativa en la relación con las familias vecinas y que mejoró el trato hacia los hijos.

Intervención en menores

Objetivo general

- Brindar apoyo psicológico a menores en situaciones de desastre.

Objetivos específicos

- Entrenar a paraprofesionales y no profesionales para ayudar a los niños afectados por los sismos.
- Detectar a los menores con problemas de comportamiento ocasionados por los sismos.
- Ayudar a los padres a identificar y manejar las reacciones inusuales en sus hijos.
- Disminuir los problemas de angustia y ansiedad en los niños.
- Prevenir el agravamiento de los problemas ocasionados por el desastre.
- Prevenir el desarrollo de trastornos emocionales más severos.

La intervención se llevó a cabo en tres etapas:

1. Entrenamiento en el uso del “manual” a un grupo de siete psicólogos.
2. Aplicación del “manual” a los niños.
3. Entrenamiento a los padres para ayudar a sus hijos afectados.

Participantes

- 7 psicólogos (seis estudiantes del sexto semestre de psicología y un pasante).
- 30 niños afectados por el sismo pertenecientes a 12 familias.
- 7 madres de familia.

Escenario. Se trabajó en un salón de actividades recreativas y en el comedor del albergue “Héroe de Celaya”.

Materiales. Manual *El cuidado de la salud mental de menores en situaciones de desastre*²⁴ (Hernández, 1985), recortes de periódicos relacionados con lo sucedido, formatos de evaluación.

Entrenamiento. Se llevó a cabo en tres etapas:

- I. Entrenamiento en el uso del manual a un grupo de siete psicólogos.
- II. Aplicación del manual a 15 niños (grupo experimental).
- III. Entrenamiento a los padres de familia.

I. Entrenamiento a los psicólogos

Consistió en impartir un curso a siete psicólogos (seis estudiantes y un pasante), a quienes se evaluó a través de un examen de contenido sobre el manual.

El curso se impartió en cinco sesiones con dos horas de duración cada una. En relación con la dinámica, consistió en la siguiente secuencia de actividades:

Primera sesión. Pre-evaluación.

Segunda sesión. Lectura del manual (se repartió un ejemplar a cada participante).

Tercera sesión. Discusión del contenido del curso.

Cuarta sesión. Exposición de los psicólogos sobre el uso y aplicación del manual.

Quinta sesión. Información complementaria y pos-evaluación.

²⁴ El manual fue elaborado por Laura Hernández en septiembre de 1985.

Se utilizó como principales técnicas la supervisión directa y retroinformativa.

II. Aplicación del manual a los niños

Este nivel se inició con la detección de casos. Los estudiantes se dedicaron a entrevistar a las familias albergadas, así como a observar a los niños en actividades de juego libre para identificar las conductas problema más frecuentes. Asimismo, se proporcionó a las madres y profesoras de los pequeños que sí estaban asistiendo a la escuela un formato para evaluar el comportamiento del menor en la escuela y en el albergue.

De acuerdo con la primera actividad planteada en el manual (“Observe el comportamiento del niño”), se elaboró un listado de 34 conductas para identificar a los chicos que habían sufrido algún trastorno emocional después del desastre. Se procedió a evaluar a 39 menores del albergue, de los cuales 24 tenían al menos un problema conductual manifestado después del sismo.

En la primera sesión se efectuaron algunas acciones terapéuticas preliminares: el establecimiento del *rapport* o ambientación a través de actividades de juego. En las subsecuentes sesiones se procedió a aplicar el manual desarrollando las siguientes etapas:

1. Estructuración cognoscitiva.
2. Apoyo.
3. Seguridad en sí mismo.

1. Estructuración cognoscitiva. Se discutió y clarificó la ambigüedad de las situaciones poco familiares e inusuales que viven los niños después del desastre. Se les explicó cómo ocurre este tipo de eventos con el fin de atenuar su ansiedad. La dinámica para esta etapa se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Los 15 niños del grupo se sentaron en círculo.
- Se invitó a cada menor a expresar y discutir su experiencia durante y después del desastre, permitiéndole hablar libremente acerca de lo que vio y sintió.
- Se ayudó a que cada participante identificara y nombrara lo que más le causó miedo.

- El grupo recibió explicaciones acerca de las causas del desastre con un lenguaje sencillo.
- Se le hizo saber a los menores que el miedo que sintieron es normal, y que lo experimentaron todas las personas que vivieron el desastre.
- Se ayudó a cada pequeño a enfrentarse gradualmente a las consecuencias del suceso, permitiéndole experimentar verbalmente de nuevo el impacto.
- Los niños realizaron juegos en relación con el terremoto.
- Se invitó a los menores a realizar dibujos de lo ocurrido.
- Se les pidió que recortaran noticias y fotografías de periódico sobre las consecuencias del desastre.

2. Apoyo. Esta etapa se enfocó básicamente en la participación de los papás y su objetivo fue precisamente su entrenamiento. En la siguiente etapa se describe en qué consistió este apoyo.

3. Seguridad en sí mismo. Se animó al niño en todos sentidos y se le invitó a manejar en el futuro situaciones amenazantes de manera optimista. Nuevamente la participación de los padres fue determinante, por lo que esta fase se manejó a través de ellos durante las pláticas. Los puntos que se enfatizaron fueron los siguientes:

- Describirle al menor sus logros (lo que hace bien).
- Reconocer sus aciertos y expresárselo.
- En vez de fijarse en lo que hace mal o incorrectamente, percatarse de lo que hace bien.
- Recordarle situaciones en las que tuvo algún éxito en la escuela, con los amigos, etcétera.
- Si no desea ir a la escuela, motivarlo para que asista recordándole que es un buen alumno y que le gusta estudiar.
- Siempre referir sus aciertos cuando se esté hablando con otra persona y él esté escuchando.

III. Entrenamiento a los padres de familia

En esta etapa se sostuvieron pláticas con las madres para explicarles qué conductas de sus hijos podían identificar. Primero se les pidió que observaran su comportamiento. Posteriormente se les hizo hincapié en los

efectos que se desencadenan después de un desastre, en cómo ocurre éste y en que es normal que los niños sientan miedo. Se enfatizó la importancia de que el menor sienta el apoyo de su familia, ya que esto lo ayuda a adaptarse a los cambios derivados del suceso, así como de la consistencia en la forma de tratarlo. También se les conminó a efectuar las siguientes acciones:

- Expresarle el afecto al niño.
- Responder a sus manifestaciones de miedo.
- Hacerle sentir que comprende sus necesidades.
- Actuar optimistamente.
- Comprensión a la hora de irse a la cama.

En general, estos fueron algunos de los puntos centrales que se trataron en las pláticas.

En relación con las estrategias, el curso se efectuó en cuatro horas (dos sesiones). En las pláticas se proporcionaron ejemplos y se fomentó la participación de la gente a través de preguntas y ejemplos. Asimismo, se comentaron los problemas de sus hijos manifestados a partir de los sismos.

RESULTADOS

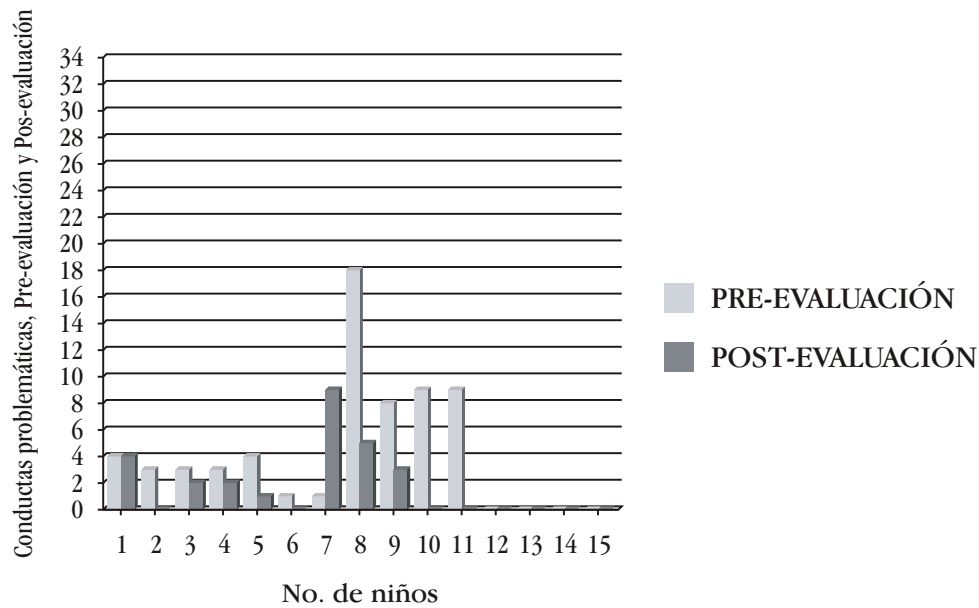
En la intervención directa con los niños se obtuvieron los resultados que se registran en las gráficas 1 y 2. La gráfica 1 documenta el número de conductas problema mostradas por cada niño en la pre-evaluación. Esta lista de conductas fue elaborada con base en la de Hernández (1985). En el apéndice se explican con detalle.

En la gráfica 2 observamos el número de sujetos que manifiesta cada problema conductual: el número 21 (desobediencia) se presentó con mayor frecuencia. En general, para cada reactivo se registró al menos un caso, excepto las conductas 2, 12, 15, 18, 20 y 24 (ver apéndice). En términos de frecuencia, las conductas más comunes fueron: 21 (desobediencia), 31 (pelear), 5 (despertar en la noche), 11 (sobresaltos), 9 (irritabilidad) y 8 (dormir en la misma cama que sus padres).

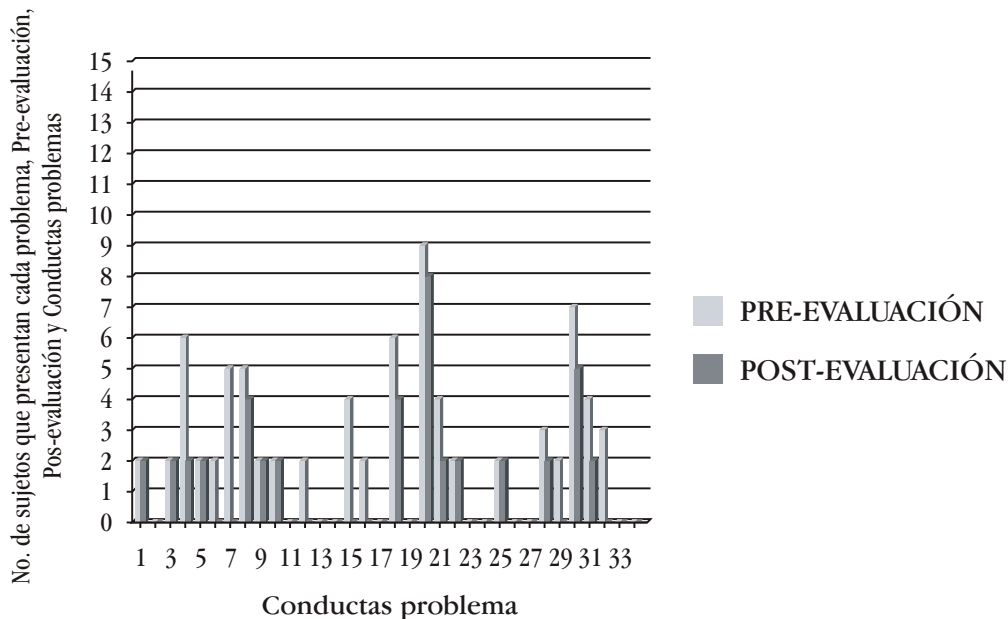
La gráfica 1 documenta los resultados del grupo después de la intervención. Se observa que, con excepción del sujeto 16, todos los niños disminuyeron las conductas problema, dos las eliminaron completamente y el sujeto 23, que tenía el mayor número de problemas conductuales, las eliminó al 50%.

En el grupo control también se observan cambios; el mayor decremento es de cinco conductas.

GRÁFICA 1. Número de conductas problema identificadas en cada niño



GRÁFICA 2. Número de casos de cada conducta problema



CONCLUSIONES

El apoyo psicológico brindado en este albergue fue de suma importancia para las familias, ya que en el momento en que se puso en práctica empezaban a aparecer algunos efectos de largo plazo ocasionados por el

sismo y por el hecho de convivir en situación forzada (como era el caso de los albergues). El apoyo se concretó en la intervención directa con los menores y en la orientación a sus padres.

Como se señaló inicialmente, los desastres tienen efectos sobre los niños tanto en el corto como en el largo plazo y no se presentan en una secuencia determinada, sino que pueden aparecer por breve tiempo o en forma prolongada.

Esperamos que este estudio ayude a conocer los problemas psicológicos que ocasionan los desastres en los menores en situaciones forzadas.

En general, podemos concluir que los principales efectos psicológicos identificados fueron: desobediencia, peleas, irritabilidad, despertar durante la noche y miedo. No obstante, consideramos que la desobediencia y la conducta de pelear fueron consecuencia de la situación de convivencia forzada, pues de acuerdo con observaciones directas realizadas con los niños, se manifestaron como resultado del mal manejo de la situación por parte de los padres y de problemas de socialización.

Destaca la angustia como uno de los principales efectos identificados, exteriorizada como miedo, no querer dormir solo, despertar en la noche, dolores de cabeza e inapetencia.

Cuando se inició la intervención, el equipo se percató de que la mayoría de las familias centró su atención en la seguridad física del niño y no puso suficiente atención en las consecuencias emocionales. Si bien es cierto que no podían controlar la situación, esto no implicaba que debía representar un daño permanente en los pequeños, aunque sí podía afectar su comportamiento psicológico de diferentes maneras.

Finalmente, consideramos que el manual fue de gran ayuda y que sus ventajas consisten principalmente en que permite dar apoyo psicológico a gran escala en situaciones de crisis.

Área organizativa

Las sociedades humanas han descubierto que pueden alcanzar mejor sus objetivos si dividen entre sus miembros las diversas funciones que hay que cumplir. Existen organizaciones muy amplias, y dentro de éstas subyacen otras pequeñas. Esa organización tan amplia que es la sociedad hace posible en general que a través de la coordinación de las actividades de muchos

individuos todos los miembros realicen sus deseos. La organización es una coordinación de esfuerzos cuyo objetivo es la ayuda mutua.

Las organizaciones son instrumentos sociales para cumplir eficazmente algún propósito determinado mediante los recursos del grupo. Así, las personas del albergue se vieron de pronto en la necesidad de organizarse bajo una condición que hemos llamado *convivencia forzada*. Con el propósito de coordinar actividades y a partir de la evaluación de las condiciones del albergue, el área organizativa desarrolló las tareas que se describen a continuación.

Objetivos

- Implementar estrategias coordinadas entre las diferentes instancias organizativas para el adecuado funcionamiento y mantenimiento del albergue.
- Crear mecanismos de autosuficiencia en los damnificados.

PROCEDIMIENTO

Damnificados. Se trabajó con 55 de los 132 hombres que se refugiaron en el albergue; su promedio de edad era de 30 años, la mayoría sin casa desde antes del desastre, sin hijos, con nula preparación, apáticos y agresivos.

Escenario. Todos estaban distribuidos en dos cuartos de 5 X 6 metros, denominados *Vértiz I* (donde se alojaban 23) y *Vértiz II* (donde se alojaban 32).

La población fue seleccionada mediante la evaluación inicial. Ya que las mujeres no tenían problemas en cuanto al funcionamiento de comisiones, se eligió para esta área a la población masculina.

FASE DE DETECCIÓN

Se efectuó durante tres meses, en los que se realizaron observaciones directas de las condiciones físicas y humanas.

FASE DE INTERVENCIÓN

Se realizó durante 12 semanas con las siguientes actividades:

Lunes. Juntas generales con el equipo de psicología, trabajo social y director.

Martes. Evaluación y observación de condiciones.

Miércoles. Juntas con damnificados.

Jueves. Revisión de aseo, cursos a las trabajadoras sociales.

Viernes. Dinámicas de grupo y disposición de comisiones de aseo en todas las áreas.

Del total de 55 participantes, 90% trabajó adecuadamente a partir de las dinámicas de grupo y del sistema motivacional.

Con el apoyo de otras áreas, como trabajo social, se pudieron efectuar las actividades señaladas, así como con el curso que se impartió a las trabajadoras sociales para mejorar la relación con la gente.

Finalmente (aunque de forma subjetiva), se logró la colaboración de los damnificados, su confianza, cooperación y comprensión.

Área clínica

Los efectos psicológicos en quienes sufrieron la experiencia del sismo son diversos.

En esta sección se analizan las reacciones psicosociales que produjo el desastre, principalmente en el medio familiar. Las actividades en esta área se enfocaron en terapias individuales y familiares basadas en la teoría de sistemas.

La mayoría de las tensiones de la vida del hombre son causadas por factores del medio familiar, de ahí la importancia de aplicar las técnicas de terapia familiar. Esta sección tiene como objetivo describir las estrategias de intervención aplicadas a través de dicha terapia en situaciones de crisis.

Objetivo general

- Eliminar los problemas emocionales y de comportamiento presentados como resultado del sismo.

Objetivos específicos

- Identificar y analizar los problemas que enfrentaban las familias objeto de estudio a consecuencia del sismo.
- Evaluar los efectos de esos problemas sobre cada miembro de la familia.
- Prevenir la agudización de los efectos causados por los sismos (tanto en el corto como en el largo plazos).

- Brindar apoyo psicológico para evitar la desintegración familiar.
- Minimizar los problemas emocionales y de comportamiento que se presentaron inmediatamente después del sismo.

Población. Se detectaron 12 familias, pero sólo seis participaron en el tratamiento; las características de cada una se presentan en el cuadro 4.

Escenario. Los tratamientos individuales se efectuaron en un cubículo que contaba con una cama (para aplicar la relajación).

La terapia familiar tenía lugar en los cuartos o dormitorios correspondientes a cada familia o en el comedor.

Materiales. Únicamente los formatos de evaluación y una cama o colchoneta para la relajación.

Familia No. 1

CUADRO 4a. Descripción de los casos. Características

Sistema parental	Sistema filial	Problemas
Constituido únicamente por la madre	Formado por tres hijos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Niño de 9 años ▪ Niña de 5 años ▪ Niña de 2 años 	Perdieron su hogar
		La madre perdió su trabajo
		El niño se quedó sin escuela
		La madre manifestaba tensión (dolores de cabeza, angustia, insomnio) y una gran preocupación por su situación
		El niño manifestaba rebeldía, insomnio, apatía
		Las niñas tenían problemas de lenguaje, y motrices la más pequeña

METAS DEL TRATAMIENTO

Inmediatas. Integrar a los niños a la escuela, aplicarles tratamientos (terapia de lenguaje y estimulación temprana). La madre debía encontrar al menos un mínimo de ingreso.

A largo plazo. Encontrar un lugar para vivir y un ingreso permanente.

INTERVENCIÓN

Se apoyó con tratamiento a los tres niños, y a la madre se le proporcionaron varias sesiones de relajación y terapia.

RESULTADOS²⁵

Los tres niños ingresaron a la escuela: el mayor a tercero de primaria, la niña de 5 años a preescolar, y la otra a un programa de estimulación temprana y a una estancia que se abrió en el mismo albergue; a su vez, asistía a terapias en psicomotricidad y lenguaje.

Después de dos años de desaparecido el esposo, fue encontrado y el problema económico se resolvió.

Familia No. 2

CUADRO 4b. Descripción de los casos. Características

Sistema parental	Sistema filial	Problemas
Padre de 40 años Madre de 28 años Viven en unión libre	Formado por tres hijos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 años, tercero de primaria ▪ 9 años, tercero de primaria ▪ 6 años, preescolar 	Rentaban su hogar (vivían en Tlatelolco), pero al derrumbarse perdieron todas sus pertenencias
		Presentaban conflictos en la relación de pareja, peleaban mucho aun delante de los hijos. El padre no tenía un ingreso fijo y estaban subsistiendo gracias al albergue. La incertidumbre sobre su futuro les creaba mucha angustia

²⁵ Cabe aclarar que los tratamientos no se finalizaron en la mayoría de los casos por las limitaciones de tiempo. Únicamente se cubrieron los objetivos de corto plazo y, dado que las autoridades nos impidieron continuar, desconocemos el desenlace de cada uno de estos casos.

METAS DEL TRATAMIENTO

Inmediatas. Encontrar un lugar dónde vivir, integrar a los niños a otra escuela (en la que estaban inscritos se derrumbó), encontrar un ingreso fijo, disminuir la tensión que toda esta situación les propiciaba, integrar a la familia.

A largo plazo. Resolver su conflicto de pareja (si querían separarse o continuar viviendo juntos).

RESULTADOS

Los tres niños se integraron a la escuela; la pareja decidió continuar, pero provisionalmente ella se iría a vivir con su madre.

No concluyeron el tratamiento porque su estancia en el albergue fue muy breve.

Familia No. 3

CUADRO 4c. Descripción de los casos. Características

Sistema parental	Sistema filial	Problemas
Padre Madre (conviven poco, no siempre se queda el padre con su familia)	Formado por tres hijos (uno en espera): <ul style="list-style-type: none"> ▪ 9 años ▪ 7 años ▪ 1 año 	Perdieron su hogar
		A partir de la nueva situación los niños manifestaron un cambio en su comportamiento: muy agresivos, rebeldes, problemas de adaptación y de conducta en la escuela (uno de ellos agredió a la directora). El padre los maltrata, les grita y los golpea. La señora padece mucha tensión y angustia

METAS

Inmediatas. Intervenir en los niños para disminuir los problemas de agresión tanto en la escuela como en el albergue; relajar a la madre y darle

elementos para resolver su estado de ansiedad, principalmente por su embarazo.

A largo plazo. La mujer determinará si continúa con su esposo, pues no le agrada su forma de ser; resolver su problema de vivienda; organización de la familia.

RESULTADOS

Los pequeños mejoraron su comportamiento; dos se integraron a los programas de intervención en niños y académicos. Además, se trabajó con ellos de manera individual. La madre se mostró más cooperativa y mejoró la interacción con sus hijos. Con el esposo no hubo oportunidad de trabajar, casi no permanecía en el albergue.

Familia No. 4

CUADRO 4d. Descripción de los casos. Características

Sistema parental	Sistema filial	Problemas
Únicamente la madre: 58 años	Formado por tres hijas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 22 años ▪ 19 años ▪ 12 años (con problemas de retraso) 	Perdieron su hogar, la madre no trabaja, las hijas tampoco
		Enfrentaban problemas antes del sismo, pero éstos se agudizaron. No hay autoridad de la madre, e incluso una de sus hijas le pega, hay serios enfrentamientos y desintegración familiar

METAS

Inmediatas. Integrar a la familia, al menos para determinar su situación y apoyarse en su estancia en el albergue, así como orientar a las hijas en las responsabilidades que deberían asumir.

A largo plazo. Determinar su estancia, ingresos y ocupaciones; la menor debería asistir a una escuela de educación especial; mejorar la relación madre-hijas.



RESULTADOS

Una de las hijas entró a trabajar de sirvienta y la segunda se fue a vivir con ella. La menor (que padecía retraso) continuó con su mamá y se desconoce su domicilio. (Nos retiramos antes de que lo decidieran).

Área interdisciplinaria

Objetivo general

- Implementar estrategias para integrar el trabajo de las diferentes áreas (dirección, administración, medicina, pedagogía, psicología y trabajo social).

Objetivos específicos

- Implementar mecanismos de comunicación-información entre las áreas.
- Establecer programas asistenciales para los profesionales.

PROCEDIMIENTO

- a) Mapeo de condiciones físicas del inmueble por área.
- b) Visitas y reuniones con las diferentes áreas.
- c) Propuesta de cursos.

Inicialmente se realizó una reunión con todo el personal del turno vespertino: trabajadoras sociales, un médico, personal de aseo y vigilancia. Se les habló de los efectos psicológicos que ocasionan los desastres y de los mecanismos que se emplearían para mantener la comunicación permanente entre las áreas. Se enfatizó la importancia de la comunicación-información en el manejo del albergue.

A partir de ese día cada una de las áreas rendía un informe breve del trabajo realizado con los albergados.

Las reuniones debían ser semanales; sin embargo, únicamente se realizaron cuatro, por problemas laborales.

De manera general se logró un canal de comunicación permanente, que era uno de los objetivos principales de esta área. Además, fue el elemento mediador para el logro de los objetivos de todas las áreas.

Conclusiones

Esta primera experiencia catastrófica vivida en la Ciudad de México llevó a los psicólogos a reflexionar acerca de cuál puede ser su participación en estas situaciones, hasta dónde pueden intervenir realmente y qué elementos le faltan a la disciplina en México para desarrollar programas de intervención en situaciones de crisis.

Fue evidente que se suscitó una gran demanda de los servicios del psicólogo, pero también que carecíamos de programas formales, manuales y materiales de apoyo para una intervención de emergencia y en convivencia forzada. Por ello creemos que difundir nuestras experiencias puede brindar algunos elementos para desarrollar programas formales y para organizarnos de manera que se siga trabajando en esta área, ya que desgraciadamente México es una metrópoli sumamente vulnerable a los desastres, y creemos que la convivencia forzada en los albergues seguirá siendo una consecuencia ineludible.

Bibliografía

Ahearn, F. 1984, "Ingresos y servicios de psiquiatría después de un desastre natural", *Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana*, octubre, 97(4), p. 325.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Calvin, J. (1978). *Field for human service workers in major disasters*. Publication No. (ADM), p. 78-537.
- Hernández, L. (1985). *El cuidado de la salud mental de menores en situaciones de desastre*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lafarga, J. (1985). "Aprendizaje y cuestionamientos a propósito del desastre en la Ciudad de México." *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 2, núm. 2.
- Marberow, N. y Gordon, N. (1981). *Manual for child health workers in major disasters*. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service.
- Stevenson, J. (1977). *Issues and crises during middlecence*. Nueva York. Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms*. Nueva York: Appleton.
- UNAM. (1985). *La UNAM ante los sismos de septiembre*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General system theory: foundations developments, application*. Nueva York: George Braziller.

Apéndice

Lista para identificar a los niños que han sufrido algún trastorno como consecuencia de la angustia y ansiedad que experimentan después de un desastre.²⁶

Nombre del(la) niño(a): _____

Fecha de aplicación: _____

El niño o la niña:

1. Parece ausente, muestra poco o ningún interés por lo que le rodea

2. Permanece inmóvil, tiembla o le tiemblan las piernas y/o brazos

3. Se aferra a otra persona, la abraza y no desea separarse de ésta _____

4. Lloro constantemente, solloza, gime, grita _____
5. Despierta durante la noche sobresaltando y llorando _____
6. Tiene pesadillas _____
7. Quiere que se le deje la luz encendida durante la noche _____
8. Quiere dormir en la misma cama o en el mismo cuarto con los adultos

9. Se muestra irritable y llora fácilmente _____
10. No puede dormir durante la noche o despierta frecuentemente

²⁶ Tomado de Hernández, 1985.

11. Reacciona con sobresaltos y claras muestras de miedo ante los ruidos fuertes _____
12. Duerme excesiva y profundamente durante el día _____
13. Se le ve triste y poco reactivo _____
14. Se comporta anñado, habla y actúa como un niño menor _____
15. Presenta dificultades en el habla que antes no tenía, tartamudea, pronuncia unos sonidos por otros _____
16. No tiene apetito, vomita o bien come en exceso _____
17. Se chupa el dedo _____
18. Moja la cama _____
19. Tiene miedos que parecen no relacionarse con la fuente original, teme a los animales, a la oscuridad, a los tumultos, a los extraños, a los truenos _____
20. No controla esfínteres durante el día _____
21. Se comporta con desobediencia, tiende a hacer lo contrario de lo que se le dice _____
22. Manifiesta dolores de cabeza y náuseas _____
23. Presenta problemas visuales y auditivos _____
24. Se rehúsa a ir a la escuela _____
25. En la escuela desobedece a la maestra, molesta a sus compañeros _____
26. Baja su rendimiento académico _____
27. Se comporta agresivamente hacia sus compañeros y/o maestros _____
28. Muestra falta o ausencia total de interés por objetos o personas que en el pasado mantenían su atención _____

29. Se distrae fácilmente, presenta dificultades para concentrarse _____

30. Se rehúsa a salir de su casa _____
31. Pelea frecuentemente con sus hermanos y compañeros sin razón aparente _____
32. Se aísla de sus compañeros y amigos _____
33. Evita el contacto con otras personas, pareciendo muy ocupado con algún objeto durante mucho tiempo _____
34. Manifiesta ideas suicidas _____

Intervención de psicólogos de la UNAM Iztacala después de los sismos de 1985 en México. Edición conmemorativa publicada por Amapsi Editorial, se terminó de imprimir el 19 de noviembre de 2010 en los talleres de Lithomega, Juárez 102-B, Col. San Alvaro 02090 Azcapotzalco, México, D.F.
La edición consta de 1,000 ejemplares.