

**Á**topos surge como opción plural, comunitaria, en la confluencia donde se asienta el quehacer en salud mental. Acción clínica, terapéutica, social que inmersa hoy, en buena parte, en la fragmentación utilitarista, en la seducción de la eficacia, de lo inmediato y práctico, ha abandonado la mirada amplia, la promiscua concurrencia con la filosofía, con el arte, con la cultura que constituyó sus orígenes. Ese saber del hombre en su contexto, en su estar-en-el mundo, en su determinación histórica, social, biológica, psicológica, donde cobran sentido los síntomas; saber en qué se fundamentó la psicopatología como manera de comprender la enfermedad mental y el alcance de la conducta diagnóstica y terapéutica. Mientras impera la idea de reconstruir todo el universo del pensar y el hacer, toda la complejidad del ser humano, desde fundamentos exclusivamente biológicos, el relato subjetivo ha quedado relegado, al igual que han caído en desuso las grandes narraciones y los imperativos éticos que constituyeron la modernidad. Predominan los hechos frente a los valores. En este contexto, en medio de lo que pensamos es un hábil encubrimiento presuntamente científico de la dimensión antropológica del enfermar, de la dimensión social de la asistencia, *Átopos* quiere mantener e indagar y avanzar otro tipo de propuestas, de programas de investigación, de ofertas terapéuticas. Quiere, ante todo, convertirse en un espacio abierto de debate técnico, cultural y político sobre la salud mental, dejando claro el ideario de partida: una sanidad socializada, universal, equitativa; un modelo comunitario, una salud mental colectiva. Quizá no sean estos tiempos buenos para tal empresa, cuando planetariamente se tiende al Estado mi-

nimalista y al mercado como motor universal del desarrollo de las sociedades, incluyendo sus prestaciones públicas. Pero no es nuestra intención competir, ni siquiera hacernos un hueco, en el espacio del cliché biomédico. Es en el terreno de la salud mental pública, de la psiquiatría social, de la atención comunitaria; de la indagación en una clínica del hombre en cuanto hombre, como bien dice Francisco Pereña; de la epidemiología y la gestión clínica; de la interfaz entre clínica, terapéutica y cultura, donde nos situamos.

Los temas de los dos primeros números de *Átopos*: 1) "Desastres: consecuencias y estrategias de salud mental ante las catástrofes" y 2) "Historia y teoría de la psiquiatría" ilustran la propuesta. Los desastres naturales o provocados por el hombre, su manejo y sus consecuencias para la salud mental de las poblaciones, nos enseñan algo más que la herida psíquica individual, que el estrés postraumático, al poner al descubierto los recursos de las comunidades afectadas, sus capacidades para resolver la crisis y las formas de actuación de los profesionales y de los gobiernos. Desde el incendio del club nocturno Coconut Grove en 1943, que sirvió para desarrollar los fundamentos de la teoría de la crisis como base conceptual para una psiquiatría preventiva, haciendo partícipe a la comunidad y a sus agentes en la resolución de los conflictos; hasta el momento actual, donde diversas actuaciones sanitarias tras huracanes, terremotos, inundaciones, conflictos armados (tan reciente las imágenes de la guerra de Irak, tan palpables las consecuencias sobre la integridad y dignidad de la población, y tan previsibles las consecuencias futuras) en países muy vulnerables por su pobreza y falta de recursos para

afrontar las catástrofes, han aportado suficientes enseñanzas de acción comunitaria, de la necesidad de una planificación pertinente, de la urgencia de la apropiación por las comunidades de las decisiones que afectan a su salud.

El tema de nuestro segundo número, previsto para el último trimestre de este año (con trabajos de Pierre Pichot, Jean Garrabé, José Luis Peset, Mauricio Jalón, Julián Espinosa...), señala otra de

nuestras preocupaciones: recuperar la historia, la construcción de los conceptos, de las categorías de la psiquiatría y la psicología. Creemos que para conocer una ciencia o práctica científica es preciso conocer su historia. No hay una psiquiatría ni una psicología "ateórica". Como no hay un pensamiento apolítico. Ni mucho menos "ahistórico". Pero de esto hablaremos más adelante, en nuestra próxima cita.



*Mostar, 1996, M.D.*

# Intervención en catástrofes desde un enfoque psicosocial y comunitario

Pau Pérez-Sales<sup>1</sup>

La definición más usual de catástrofe define ésta como “una situación de amenaza extraordinaria para una comunidad de una magnitud tan grande que desborda la capacidad de respuesta de ésta” (Hodgkinson & Stewart, 1998; Cohen & Ahearn, 1989. ICRC, 1991). Esta definición pone el énfasis en la existencia de una amenaza que agrede a la comunidad. Desde esta perspectiva un desastre puede ser de causa natural (por ejemplo un terremoto, una inundación, un huracán) o provocado por el hombre (por ejemplo un accidente de ferrocarril o el incendio de una planta química...). La guerra y la violencia política se consideran formas de catástrofe provocadas por el hombre (ICRC, 1991).

Una definición alternativa (Martín-Beristain 2000) sería considerar que una catástrofe es aquella situación de amenaza puntual (por ejemplo un huracán) o repetida (por ejemplo el hambre o la violencia política) que provoca una desestructuración y una ruptura importante del tejido social impidiendo a la población afectada continuar funcionando con normalidad. El énfasis en esta definición no estaría tanto en si las personas y comunidades afectadas necesitan ayuda externa para salir adelante, como en si es necesario reorganizarse y el modo en que es preferible hacerlo para conseguir salir adelante. En esta segunda definición, cambia por tanto quién es el protagonista y dónde se pone el foco de la acción. Congruente con un enfoque psicosocial y comunitario en catástrofes.

En el año 2000, alrededor de 256 millones de personas resultaron afectadas por desastres naturales, catástrofes y guerras, una cifra por

encima de la media de 211 millones de promedio de la década anterior (ICRC 2001) y de los 117 millones estimados, como promedio, para el período 1967-1991 (Green, 1994). Los desastres naturales han sido responsables del fallecimiento de 665.598 personas entre 1991-2000, el 83 por ciento de las cuales eran asiáticas y en proporción mucho menor de América Latina y África. Representan el 88 por ciento de las muertes por desastre de la última década (ICRC-World Disasters Report 2001).

## En el norte: el papel del Estado.

Existen diversos modelos de intervención en catástrofes que tienen en cuenta algunos aspectos de carácter psicosocial. Pero la mayoría de estos modelos están diseñados desde centros de investigación o intervención en países europeos o en los EUA y Canadá, siendo de difícil aplicación en otros contextos. Por un lado porque parten de estudios sobre las consecuencias individuales y comunitarias de los desastres ajenos a los modos de afrontamiento individual y colectivo propias, por ejemplo, del mundo latino o asiático. Y, sobretodo, porque se basan en modelos de articulación y coordinación de estructuras dependientes del Estado con frecuencia inexistentes. Así sucede, por ejemplo, con los servicios de Protección Civil, que son el pilar de la respuesta inmediata en la mayoría de los países del Norte, las redes de Servicios Sociales con recursos económicos para programas de acogida o de alojamiento temporal, los sistemas de seguro

<sup>1</sup>Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Parla. Madrid. Referente Técnico en Salud Mental y Programas Psicosociales de Médicos Sin Fronteras (España).

*El énfasis no estaría tanto en si las personas y comunidades afectadas necesitan ayuda externa para salir adelante, como en si es necesario reorganizarse y el modo en que es preferible hacerlo para conseguir salir adelante*

individual o colectivo que cubran parte de las pérdidas, las medidas extraordinarias de protección social o las ayudas económicas tras la declaración de zona catastrófica etc. En el terreno de la salud la diferencia viene dada no sólo por contar con unidades de emergencia o *hospitales de campaña* sino simplemente por la existencia de niveles definidos de atención primaria, secundaria y terciaria en salud suficientemente poderosos y que lleguen a todos los lugares del país como para que puedan desplazarse equipos cualificados a la zona sin que deje de funcionar el resto del sistema.

Todas estas cosas no son parte de la realidad cotidiana de la mayoría de los países del sur, es decir, del 97% de víctimas por catástrofes.

Además, los esquemas de trabajo que se manejan desde los servicios de Protección Civil de los países del Norte tienen un enfoque muy centrado en la misma emergencia, con escasa atención al seguimiento posterior. Las graves repercusiones psicológicas y sociales, evidentes incluso décadas después, de los afectados por el Síndrome del Aceite Tóxico en el Estado Español (CISATER, 2002) o de las comunidades costeras afectadas por la marea negra tras el hundimiento del petrolero Eppson Valdez en Alaska (PWS-RCAC (2001) son ejemplos de ello. Pasada la primera emergencia y excepto ocasionales apariciones en televisión, suelen convertirse en poblaciones olvidadas. El Norte dispone de excelentes protocolos para intervención en emergencias, pero escasa tradición de trabajo en procesos post-catástrofe, es decir, con una perspectiva de reparación y reconstrucción social y humana.

Este tipo de esquemas emergencistas parten de un modelo centrado en la atención individual de casos, teniendo como unidad de acción el individuo o en todo caso la familia. Desde esta perspectiva se analizan las consecuencias de la catástrofe y se arbitran las medidas de auxilio y paliación. Como su nombre indica, los servicios de *Protección Civil* están más pensa-

dos desde la óptica de la prevención y de la atención inmediata que desde la de la reconstrucción.

En suma, teniendo en cuenta que la inmensa mayoría de catástrofes ocurren en países del sur y que allí se producen las consecuencias más devastadoras a todos los niveles, puede considerarse que estos esquemas americanos y europeos son formas de respuesta de lujo y por tanto inaplicables en lo inmediato, con escaso énfasis en la reconstrucción, y por tanto insuficientes desde una perspectiva de desarrollo y de trabajo sobre las vulnerabilidades individuales y comunitarias.

### **En el sur: el papel de las agencias.**

Cuando ocurre una emergencia en países del sur, el gobierno local y las agencias (ONGs) nacionales e internacionales ponen en marcha planes urgentes de intervención. Pese a los múltiples intentos de coordinación (ReliefWeb, 2002) cada uno acude por lo general con su propio método, no siempre bien coordinado con otros que ya están o van llegando. Suele, por lo general, realizar un análisis de las necesidades de la población y fija sus prioridades de actuación, que dependiendo de su origen, su formación o sus recursos, podrán ser muy diversas y seguirán o no las líneas que suelen intentar fijar el gobierno y los organismos de coordinación internacionales. En este proceso la voz de la población suele tener un papel generalmente escaso (Harrell-Bond, 1985).

Frente a este enfoque basado en la determinación de los daños, los recursos, las prioridades y la elaboración subsecuente de planes de acción, existen alternativas, ya formuladas en los ochenta (Woodrow & Anderson, 1981) que con diferentes nombres, pretenden un enfoque centrado en un análisis de vulnerabilidades y capacidades comunitarias. Este tipo de enfoque es el

*El Norte dispone de excelentes protocolos para intervención en emergencias, pero escasa tradición de trabajo en procesos post-catástrofe, es decir, con una perspectiva de reparación y reconstrucción social y humana*

que se entendería desde una perspectiva psico-social del trabajo en catástrofes.

### **Trabajar fortaleciendo: el análisis de vulnerabilidades y la perspectiva comunitaria.**

Existen numerosas definiciones de la idea de **vulnerabilidad**. La consideraremos aquí como el conjunto de factores de larga evolución que hacen a una comunidad más frágil ante la adversidad y que dificultan su desarrollo. En este sentido se distinguiría de las **necesidades**, entendidas como requerimientos inmediatos para la supervivencia o la recuperación de una crisis. La mayor parte de la ayuda de emergencia enfrenta **necesidades** y no **vulnerabilidades**, y por esta razón no fortalece –a veces puede, de hecho, debilitar– las capacidades de una población para valerse por sí misma durante y sobretodo después de la emergencia (Pirotte et al. 2002).

La **vulnerabilidad** depende, entre otros, de al menos seis tipos de factores.

**1. Geográficos y climáticos** derivados tanto de la vulnerabilidad intrínseca de la zona, como de la acción del hombre (deforestación, empobrecimiento de las tierras cultivables, erosión...). El Salvador es ejemplo de zona con una alta vulnerabilidad geológica y Mozambique o el África Subsahariana de alta vulnerabilidad climática.

**2. Estructurales:** construcciones y red de servicios, acceso a medios de comunicación, medios de transporte...

**3. Capacidad de reserva** ante los problemas que van a venir, es decir, capacidad para acumular excedentes (semillas, alimentos, ahorros...) para enfrentar las épocas futuras de carestía.

**4. Urbanísticos** y medio ambientales derivados de las migraciones económicas o por la violencia (p.e. villas de miseria, favelas, asentamientos de personas desplazadas por la violencia política...).

**5. Socio-políticos:** actitud de las autoridades y posibilidad de participación democrática de la población en política, compromisos financieros internacionales etc.

**6. Clima social y elementos culturales:** actitud de la población y modo en que enfrenta las situaciones críticas. Los grupos donde predomine el desencanto, el escepticismo, la falta de motivación el fatalismo o la desesperanza serán más vulnerables ante desastres.

En su texto clásico *Rising from the Ashes, Development Strategies in Times of Disaster*, Anderson y Woodrow (1998) consideran que las diferentes vulnerabilidades pueden resumirse dentro de tres grandes componentes:

**1. Vulnerabilidad física y material:** son más vulnerables las personas que viven en áreas de riesgo, que viven en la pobreza o en situaciones de privación, con pocos medios, sin acceso a la educación, a la salud y a los recursos productivos.

**2. Vulnerabilidad social y organizativa:** son más vulnerables las personas marginadas de los sistemas económicos, políticos y sociales debido a procesos de exclusión basados en razones políticas, económicas, religiosas, de raza, género, clase, casta u otras. También son más vulnerables las personas y las comunidades cuyas instituciones son ilegítimas e ineficaces, y están minadas por la corrupción, y se insertan en sociedades desarticuladas y sin redes de solidaridad.

**3. Vulnerabilidad motivacional y actitudinal:** son más vulnerables las personas y las comunidades con actitudes fatalistas y con barreras culturales y religiosas desfavorables al cambio, la participación o la solidaridad.

De acuerdo con este enfoque, un trabajo de fortalecimiento deberá tener como objetivos las mismas tres áreas (ver tabla 1):

En suma, existen enfoques limitados en el trabajo en un contexto de catástrofe centrados en las necesidades inmediatas y que ponen el foco en los aspectos físicos y materiales. Un enfoque psicosocial y comunitario va más allá para:

*La mayor parte de la ayuda de emergencia enfrenta necesidades y no vulnerabilidades, y por esta razón no fortalece –a veces puede, de hecho, debilitar– las capacidades de una población para valerse por sí misma durante y sobretodo después de la emergencia*

Considerar el fortalecimiento social y organizativo y el fortalecimiento en las actitudes y habilidades de las personas y las comunidades como elementos básicos que puedan romper la espiral de vulnerabilidad de las poblaciones afectadas por desastres

1. Poner el foco en las vulnerabilidades y no en las necesidades.

2. Considerar el fortalecimiento social y organizativo y el fortalecimiento en las actitudes y habilidades de las personas y las comunidades como elementos básicos que puedan romper la espiral de vulnerabilidad de las poblaciones afectadas por desastres.

Esto es especialmente así en el caso de las poblaciones refugiadas (Muecke, 1992; Harell-Bond, 1986). En ellas el trabajo en salud mental sólo puede entenderse desde una perspectiva psicosocial. La mayor parte de las fuentes de desestructuración, ansiedad, o anomia proceden de elementos comunitarios que requieren de respuestas comunitarias. En condiciones de refugio el papel de un trabajador de salud mental puede tener más que ver con hacer trabajo de lobby y desarrollar estrategias de autoorganización que faciliten su consecución, que con realizar talleres de relajación, repartir benzodiazepinas o realizar los cada vez más cuestionados grupos de *debriefing* (Littrell, 1998; Van Emmerik et al., 2002).

### De la comunidad al individuo.

#### Respuestas traumáticas a las catástrofes.

Las catástrofes provocan innegables consecuencias sobre las personas que las padecen. Una buena parte de la literatura existente sobre

estas situaciones se ha venido centrando en las últimas décadas en el concepto del Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT), lo que ha supuesto un empobrecimiento de la reflexión fenomenológica, existencial, clínica y humana que representaban esfuerzos anteriores. Cualquiera que haya leído la trilogía de Primo Levi sobre su experiencia como superviviente de Auschwitz, y muy especialmente su obra póstuma *Los hundidos y los salvados* (1986) puede observar que la complejidad y la hondura de la respuesta del ser humano ante las catástrofes no puede ser recogida por la aparición o no de un puñado de síntomas esencialmente de corte neurovegetativo. En lugar de buscar las llamas, diagnosticamos por el humo.

**Pensar el trauma o la resistencia.** Del mismo modo en que es posible pensar el trabajo comunitario no desde las necesidades, sino desde las vulnerabilidades y capacidades, es posible repensar el trauma desde la fortaleza y la resistencia. Si se han obtenido valores de prevalencia-vida de hechos traumáticos superiores al 50% (Breslau, Davis & Andreski, 1995) y la prevalencia-vida estimada de TEPT es del 1-3% en población general (5-15% si se incluyen formas menos severas) (Kessler et al., 1995), debería ser prioritario prestar mucha más atención en la investigación a los factores de afrontamiento positivo y de resistencia al trauma (Avia y Vazquez (1998) y al modo en que puede partirse de ellos para enfocar la respuesta clínica que debe darse.

---

### Tabla 1.

#### Perspectiva psicosocial en el trabajo en catástrofes. Análisis de capacidades.

---

1. Fortalecimiento físico y material: dotación de recursos económicos y materiales, incluyendo las rentas e ingresos, el acceso a los recursos productivos, la dotación de infraestructuras y el acceso a la educación y la salud.

2. Fortalecimiento social y organizativo: existencia de instituciones locales y nacionales representativas, eficaces y legítimas; de organizaciones sociales efectivas y de amplia base y de redes de solidaridad y apoyo mutuo, y de valores y prácticas que aseguran la plena participación de la población sin que existan situaciones de discriminación.

3. Fortalecimiento de habilidades y actitudes: las aptitudes, conocimientos y formación que amplían las opciones de las personas y las comunidades, y los valores y comportamientos favorables a la solidaridad, la innovación, la participación y la tolerancia.

---

## La intervención post-catástrofe como determinante de las consecuencias psicosociales.

Se ha sugerido que los desastres naturales probablemente no tengan unas consecuencias tan indeseables como los sucesos traumáticos inducidos por humanos (e.g., guerras, violencia interpersonal, homicidios, etc.), por cuanto no comportan el componente de intencionalidad en el daño que quiebra las asunciones básicas de vivir en un mundo justo y predecible (Burt, 1987; Janoff-Bulman, 1992). Pero no cabe duda que tienen consecuencias devastadoras en otros sentidos. Por ejemplo, su aparición brusca e inesperada podría favorecer condiciones psicológicas de indefensión y vulnerabilidad (Hodgkinson y Stewart, 1998, Weaver y Clum, 1995). Además, las pérdidas que ocasionan estos sucesos suelen ser múltiples en un sentido individual (pérdida del hogar, las pertenencias, el trabajo, e incluso de seres queridos) y sobretodo colectivo (ruptura del tejido social, desestructuración comunitaria, pérdida de las redes de apoyo mutuo...) (Eisenbruch, 1990; 1991) colocando a la mayoría de ciudades, barrios y comunidades frente al reto de reconstruir su estructura social y organizativa (Martín-Beristain, 2000a, 2000b).

Existe un notable consenso en admitir que la intensidad de la respuesta traumática depende de la naturaleza del estresor (e.g., grado de amenaza para la vida, cronicidad) (Saporta & Van der Kolb, 1991) y de factores concomitantes de *vulnerabilidad relacionados con el individuo* (historia psiquiátrica previa, rasgos de personalidad, historia previa de traumas, etc.) (Scott & Stradling, 1992, Ballanger et al., 2000), pero cada vez más se reconoce la importancia de los *factores post-catástrofe*. La tabla 2 resume algunos trabajos que aportan a esta idea, agrupados en seis ejes básicos.

Si tomamos, por ejemplo, los trabajos del grupo de Silove, en Australia (Silove et al., 1997; Silove, Steel et al., 2000) vemos que en estudios longitudinales con refugiados de países asiáticos

víctimas de tortura y violencia política y solicitantes de asilo, las dificultades para conseguir legalizar su situación, el aislamiento, el desempleo crónico y la dependencia son factores que predicen mejor la aparición de síntomas postraumáticos que la propia experiencia de persecución y tortura vivida en el país de origen. Un dato que ya era esperable a partir de los estudios clásicos de resiliencia en niños de Rutter (1987) y las investigaciones posteriores sobre afrontamiento positivo al trauma (Glantz & Jonson, 1999; O'Connell, 1994; Norman, 2000).

Teniendo todo esto en cuenta, las intervenciones post-catástrofe deberán tener en cuenta los factores de dignidad y fomento del control sobre la propia vida de los que hablábamos en la introducción, y venir determinadas por el marco cultural en que ésta se produce.

### El problema de las diferencias culturales.

Las diferencias culturales no sólo promueven diferentes construcciones del yo, sino diferencias en cómo los individuos piensan, sienten y actúan (Chang, 1996, 2000; Matsumoto, 1996). Por tanto, es importante desarrollar métodos de evaluación que eviten asumir presupuestos éticos respecto a lo que es normal y anormal en las consecuencias y los modos de afrontamiento individual y comunitario frente a desastres (Oliver-Smith, 1996). Por ejemplo, una percepción fatalista de los desastres (Voluntad Divina, Destino etc) puede ser mal entendido desde modelos euroamericanos como pasividad o falta de energía interna. La experiencia en contextos no occidentales muestra en cambio, como esta actitud puede ser una herramienta poderosa de resistencia frente a desastres, promoviendo un enfoque de supervivencia orientado-a-la-tarea (ODHAG, 1999). La falta de expresión verbal de emociones puede ser malentendido como dureza emocional e insensibilidad (Pérez-Sales, 1998; Martín-Beristain, 2000a). En un contexto

*las intervenciones post-catástrofe deberán tener en cuenta los factores de dignidad y fomento del control sobre la propia vida*

**Tabla 2.**  
**Factores Post-catástrofe relevantes en la respuesta traumática.**

<b>Dimensiones</b>	<b>Ejemplos</b>
<p><b>1. SENSACIÓN DE PERTENENCIA</b> (identificación con endogrupo -real o como narrativa personal construida-). a. Sentido de Comunidad vs aislamiento. b. Construcción de narrativas colectivas basadas en estereotipo de supervivientes / fortaleza vs víctimas / vulnerabilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creación de una identidad colectiva entre los refugiados hutus que se refugiaron en Tanzania con reelaboración de la historia antigua a efectos cohesionadores. Los mitos proporcionan un sentimiento de identidad que moviliza a la acción y la resistencia en condiciones muy difíciles (Voutira, Benoist, Piquard, 2000)</li> <li>- <i>Dificultades para la elaboración del duelo en familiares de detenidos-desaparecidos y ejecutados políticos en América Latina</i> (Pérez-Sales et al 1998, 2000)</li> <li>- <i>Rasgos comunes bloqueadores en la narrativa de supervivientes del Holocausto</i> (Shalev, 1994; Lipton, 1973)</li> </ul>
<p><b>2. CLIMA SOCIAL</b> (relación con exogrupo de referencia) a. Visibilización y reconocimiento vs <i>dinámicas de silencio</i> b. Validación del sufrimiento versus <i>rechazo social, estigmatización o humillación (Blaming the victim)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las creencias culturales sobre la violación condicionan directamente el pronóstico del superviviente (i.e. Lebowitz &amp; Roth, 1994).</li> <li>- <i>Mal ajuste de los veteranos holandeses de la II Guerra Mundial, por el clima social de ambivalencia, la moral calvinista y la actitud gubernamental de indiferencia</i> (Op den Velde, 1994)</li> <li>- <i>Alrededor del 10% de los veteranos argentinos de las Malvinas han intentado o consumado suicidios en los años posteriores. Pese a sufrir condiciones inhumanas, a su regreso experimentaron un estigma social dentro de una maniobra gubernamental de descalificación mediática como "fracasados"</i> (INJP, 1995).</li> <li>- <i>El silencio y el aislamiento por parte de familiares y amigos secundario al miedo ha sido señalado de manera consistente como el principal factor perpetuador del duelo y el trauma en familiares de personas detenidas-desaparecidas o ejecutadas por razones políticas en Argentina y Chile</i> (Lira &amp; Castillo, 1991, Pérez-Sales P. Durán T, Bacic R, 2000)</li> </ul>
<p><b>3. CONSERVAR EL CONTROL SOBRE LA PROPIA VIDA</b> Autoeficacia y Autodeterminación vs <i>Indefensión y Dependencia</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los planes de autogestión de los damnificados por el Terremoto de Ciudad de México (1985) y la autorganización contrastan con la baja prevalencia de consecuencias psicológicas reportados (Gavalya, 1987; VVAA, 1997)</li> <li>- <i>Los supervivientes de la erupción del Volcán Nevado del Ruiz presentaron cifras inusualmente altas con incrementos consistentes en la prevalencia de TEPT en la siguiente década que han podido correlacionarse con la estructura de los programas de ayuda tanto externa como gubernamental. Durante los primeros cinco años las decisiones eran tomadas por agentes externos.</i> (Saavedra M. R, 1996; Anderson &amp; Woodrow, 1998).</li> </ul>
<p><b>4. RECUPERACIÓN DE RUTINAS</b> a. Recuperación de la sensación de seguridad psicológica vs <i>Incertidumbre.</i> b. Actitud activa de tensión vs <i>Parada forzada y alejamiento.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comparación de la situación de los damnificados en Ciudad de México (1985) y Armero (1985).</li> <li>- 80% de bajas por causa psicológicas israelíes en la guerra del Líbano tratadas según los principios de proximidad, inmediatez y expectativa de retorno a primera línea no sufren TEPT, versus 29% con otras modalidades (Solomon &amp; Benbenishty, 1986)</li> </ul>
<p><b>5. ELEMENTOS INSTRUMENTALES</b> a. Apoyo social vs <i>Aislamiento y Marginalización</i> b. Condiciones de vida con respeto a la dignidad personal vs <i>Condiciones denigratorias.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En solicitantes de asilo en Australia, las dificultades para legalizar su situación, los interrogatorios, el maltrato, el aislamiento o el desempleo posterior son mejores predictores de síntomas posttraumáticos que las experiencias de detención o tortura previas a la solicitud de asilo (Silove, Silove, Steel et al, 2000).</li> <li>- En 84 refugiados políticos iraquíes en Suecia, el soporte social percibido es mejor predictor a corto término que los hechos traumáticos pre-exilio (Gorst-Unsworth &amp; Goldenberg, 1998)</li> </ul>
<p><b>6. PERSPECTIVAS DE FUTURO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>La falta de perspectivas políticas y la visión pesimista respecto al futuro personal ha sido hallado repetidamente en diferentes estudios como uno de los principales factores implicados en la presencia de trastornos de conducta y síntomas post-traumáticos en adolescentes palestinos</i> (Qouta, Punamäki &amp; El Sarraj, 1995).</li> </ul>

crónicamente adverso –como en zonas muy vulnerables o en un contexto de guerra o represión política duraderas– ésta puede ser vista como una estrategia prudente de supervivencia y las intervenciones forzadas de *debriefing* al estilo occidental pueden hacer más daño que ayuda (Littrell, 1998; Van Emmerik et al. (2002)). El silencio puede ser también una consecuencia de intentar no perturbar al resto de personas de la familia o la comunidad, asumir que nadie puede entender los sentimientos y el sufrimiento, el estigma asociado a la situación en este contexto o esta cultura o algunas reglas idiosincrásicas referidas a lo que es correcto o no respecto a la expresión pública de emociones. La confianza asienta sobre la comprensión cultural y la aceptación entre pares, y las herramientas diseñadas siguiendo las concepciones occidentales (como algunos cuestionarios de TEPT) o determinados conceptos (como la alexitimia para designar las aparentes dificultades en la

expresión de emociones) pueden acabar siendo más una barrera que una ayuda para acercarnos a la comprensión de la persona en su medio.

La tabla 3 intenta resumir algunos componentes relevantes que pueden determinar significados y soluciones idiosincrásicos en desastres comunitarios (Lavelle et al., 1996; Martín-Beristain et al., 2000a; Paez, Fernández, Martín-Beristain, 2001; Perez-Sales, 1999, 2002).

Todos estos elementos (que no pretenden ser un recuento exhaustivo) señalan puntos potenciales de desencuentro entre ayudados y ayudadores en un contexto de catástrofes.

### Estructura organizativa y respuesta comunitaria.

El trabajo en catástrofes contempla muchos escenarios posibles que dependen de la magnitud

**Tabla 3.**  
**Moduladores culturales del afrontamiento.**

Concepción del tiempo	Circular Ligado a ritmos de la naturaleza	Lineal Cronológico
Pensamiento	Analogico (basado en imágenes, metáforas,...)	Lógico-formal
Comunicabilidad de las emociones	Privacidad	Publicidad
Cosmovisión (epistemología)	Integración persona-naturaleza-comunidad-universo	Compartimentos estancos
Construcción causal (locus de control)	Externo (fatalismo; destino)	Interno
Patrones de expresión emocional	Contención	Dramatización
Rango de "normalidad"	Restringido	Amplio
Significado social del "síntoma"	Señal	Ruido
Permisividad individual y social de "patología" (ej.: alucinaciones)	Alta	Baja
Pensamiento	Repetitivo – Rumiación	Supresión - Inhibición
Afrontamiento	Aceptación	Orientado a la acción– hiperactividad Bloqueo
Culpa	Daño comunitario – Vergüenza	Por sobrevivir – Culpa Interpersonal.
Rituales	- Para restablecer el equilibrio comunitario - Para acompañar a los que fallecieron	- Para restablecer el equilibrio personal - Para acompañar a los dolientes.
Formas de apoyo	Familia ampliada Comunidad	Familia nuclear

*El papel de un profesional de la salud mental en estos contextos puede más tener que ver con velar por los factores de participación, control y dignidad*

de la misma, del contexto y los recursos económicos locales, del histórico previo de catástrofes de una comunidad y su capacidad de respuesta etc.

El escenario de trabajo más común en un contexto de catástrofe son los alojamientos temporales formales o espontáneos, en forma de campos, albergues o refugios. Es también en ellos dónde resultan más relevantes los elementos psicosociales.

Ya Primo Levi decía en sus textos sobre Auschwitz (1986) que uno de los elementos clave para prevenir actitudes de autoabandono y fatalismo es intentar conservar una cierta sensación de control sobre la propia vida. Aunque sólo sea, como explicaba Bettelheim (1973) el espacio de hacer la cama de manera metódica cada mañana. Rosencoff describe ideas similares en su experiencia como preso político de la dictadura uruguaya condenado al aislamiento absoluto en un espacio mínimo durante más de diez años (Rosencoff, 1993).

En los alojamientos temporales (que generalmente duran muchos meses, en muchas ocasiones años, y en algunas se convierten en definitivos) resulta clave la gestión de los procesos de toma de decisión y los espacios de autonomía personal y dignidad. Esto está en relación con el modo como las autoridades administran, cómo se realizan los procesos de organizativos (tabla 4).

El papel de un profesional de la salud mental en estos contextos puede más tener que ver con velar por los factores de participación, control y dignidad.

### **Dignidad y Resistencia.**

Los testimonios de los campos de concentración y los estudios en reclusos también han señalado, desde hace décadas, que la dignidad personal es una de las piezas clave para evitar la vulnerabilidad (Primo Levi, 1986) en zonas de convivencia forzada. En este sentido es importante señalar que determinadas situaciones suelen,

por lo general, repetirse. Existen al menos cinco situaciones especialmente relevantes para un trabajo psicosocial con supervivientes: criterios y forma en el reparto de comida, criterios y forma en el reparto de donaciones (ropa, ayudas, material de reconstrucción...), habilitación y uso de las letrinas, duchas y zonas de aseo, e información confiable sobre lo que está ocurriendo en cada momento y control de rumores por parte de la propia comunidad o de las autoridades.

A ello cabe añadir tres elementos psicosociales más : (a) habilitación de espacios y condiciones que permitan realizar adecuadamente y con dignidad los procesos de duelo (b) acceso a vías de contacto o reunificación familiar, (c) poder disponer de algunos espacios de intimidad, para poder desconectar temporalmente de la convivencia forzada (d) detección y manejo de situaciones generadoras de miedo, y atención especial al tema de la seguridad.

A medio término pasan a ser centrales, desde una óptica psicosocial, la necesidad de recuperar rutinas de vida y especialmente poder trabajar y no depender completamente de la ayuda o poder atender por uno mismo las necesidades familiares básicas (cocina, limpieza de ropa). Pasados los primeros momentos de impacto, suele ser relevante intentar evitar las gestiones centralizadas de servicios (cocina, limpieza etc) aunque resulten, en apariencia, algo más coste-eficientes.

La tabla 4 considera algunos elementos de carácter psicosocial especialmente relevantes en la gestión de albergues.

### **Los riesgos de la participación comunitaria.**

Pero esto no debe hacer olvidar los riesgos de la participación cuando el objetivo no es la resolución práctica de problemas desde una óptica de responsabilidad y trabajo voluntario compartidos, sino la creación de estructuras formales que por su escasa representatividad, por no estar

**Tabla 4.****Ejemplos de situaciones con trascendencia psicosocial no consideradas usualmente en la organización de un centro de acogida temporal.**

Decisiones/Consecuencias no siempre valoradas	Alternativas/Transversalidad del enfoque psicosocial
<p>- Disposición del albergue con estructura de campamento militar. Facilita la organización, el censo, sistemas de drenaje de aguas etc.</p> <p>Pero prioriza la vigilancia (de una mirada se ve quien va entre las tiendas) sobre el contacto entre las personas.</p>	<p>- ¿Es posible conjugar esto con espacios abiertos para niños, espacios para actividades lúdicas o deportivas, zonas de charla e intercambio?</p> <p>- ¿Es posible conjugarlo con una disposición por comunidades o barrios de procedencia?. ¿Es posible que cada comunidad pueda personalizar su espacio?</p> <p>- Los elementos de vigilancia ¿están visibles en todo momento (sensación de campo de concentración) o la propia comunidad va estableciendo sus normas y sus límites y no se observan habitualmente uniformes o armas?</p>
<p>- Bodegas de suministros en zonas seguras bajo estricto control policial. Se evita el riesgo de robos.</p> <p>Pero pueden aparecer con frecuencia rumores a partir de noticias de prensa de donaciones etc, de reparto arbitrario, usurpación por autoridades o líderes etc.</p>	<p>- ¿Es posible colocar las bodegas de suministros en un lugar en el que pueda haber una gestión transparente con los líderes y la comunidad a través de un registro de entrada y salida y unos criterios de reparto pactados por los propios beneficiarios con las autoridades?</p>
<p>- Centralización de la cocina en un punto. Se minimiza el riesgo de incendios.</p> <p>Pero las actividades de cocina son un elemento básico de la vida del grupo familiar y del intercambio entre familias. Las personas esperan pasivamente a la hora en que se les da la comida.</p> <p>Se forman colas ante la cocina con cubos o recipientes de plástico que resultan humillantes para la persona y en ocasiones agotadoras si las condiciones climáticas son duras.</p>	<p>- ¿Es posible preveer pequeñas cocinas colectivas (una por cada cinco, diez o veinte familias, por ejemplo), con responsabilidades compartidas?</p> <p>- ¿Es posible evitar los esquemas de rancho de comida, que si bien cumplen los requerimientos calóricos establecidos por las autoridades sanitarias pueden resultar demoralizantes o vejatorios?. ¿Es posible suplir esto, con un costo bajo, con la imaginación de los refugiados?</p>
<p>- Establecimiento de puntos de agua (burbujas, tanques etc). Problemas de suministro y desperdicio (los niños juegan con ella, personas que utilizan grandes cantidades para lavar cosas innecesariamente...) que pueden hacer que haya corte de suministro y restricciones y enfrentamientos comunitarios.</p>	<p>- ¿Es posible establecer cuotas de agua por comunidades y que cada comunidad establezca sistemas de control y regulación del consumo de agua y sistemas de sanción cuando no se respeten?</p>
<p>- Establecimiento de puntos de saneamiento (letrinas, lavaderos...).</p> <p>Mejoran la higiene del albergue y evitan los puntos de contaminación séptica no controlados, pero con frecuencia se deterioran rápidamente y, si no hay una preparación especial, acaban por surgir, con frecuencia situaciones de voyeurismo o abusos sexuales.</p>	<p>- En ocasiones las duchas no se consideran elementos relevantes. Con sistemas adecuados de ahorro de agua constituyen elementos muy importantes de dignificación personal.</p> <p>- ¿Es posible que las mujeres intervengan a la hora de decidir el lugar y la forma de organizar los puntos de saneamiento que las afectan?</p>
<p>- Reparto de donaciones según una lista de personas necesitadas. Se analiza caso por caso su situación.</p> <p>Pero, se pueden formar con frecuencia largas colas, situaciones de disputas y agresividad entre damnificados etc, que resulten humillantes y hagan que personas necesitadas renuncien a conseguir ropa, útiles de aseo u otras ayudas.</p>	<p>- ¿Es posible evitar los sistemas de distribución en masa y preveer canales comunitarios de distribución organizada?</p>

Continúa en pág. siguiente ►►►

**Tabla 4 (continuación)**  
**Ejemplos de situaciones con trascendencia psicosocial no consideradas usualmente en la organización de un centro de acogida temporal.**

Decisiones/Consecuencias no siempre valoradas	Alternativas/Transversalidad del enfoque psicosocial
<p>- Se contrata a empresas de remoción de escombros y a constructoras, en ocasiones internacionales, para que levanten alojamientos precarios.</p> <p>Pero los supervivientes, muchas veces ellos mismos albañiles, carpinteros o fontaneros, ven todo ello pasivamente desde sus albergues cuando carecen de trabajo y de ingresos económicos.</p>	<p>- ¿Es posible considerar dentro de los contratos firmados con las empresas de remoción o reconstrucción que deberá contratarse personal local y sólo cuando éste no exista o no tenga la cualificación requerida, personal externo?</p> <p>- ¿Es posible fomentar las formas de autoempleo de los supervivientes en las actividades de ocio, de educación etc, aunque sea con salarios simbólicos, muy por debajo de los considerados para esta actividad fuera de la crisis?</p>

basadas en una demanda de articulación o en el respeto a una tradición organizativa pre-existente, cristalicen sistemas que al final sólo sirven como forma de aval o de manipulación por las autoridades o por determinados grupos de interés, con el grave riesgo de fracturar aún más el tejido social de los afectados. La metodología del denominado *Desarrollo Rural Participativo* implementada por el Banco Mundial en muchos de sus proyectos es un buen ejemplo de este tipo de situaciones. Algunos teóricos contemporáneos están empezando a reflexionar sobre estos riesgos (Cooke & Kothari, 2001) y a enunciar presupuestos para una participación comunitaria que sea un auténtico elemento de afrontamiento colectivo ante desastres y no de mayor división y descomposición. La participación requiere un proceso de construcción y no sólo la creación de estructuras nominales.

Y el elemento que probablemente más estimule la participación, como han señalado diferentes trabajos (VAA, 1997; Klandermans, 1997; Javaloy, 2001) sea el comprobar que las iniciativas comunitarias son tenidas en cuenta por autoridades y gestores y generan decisiones y cambios reales. Es lo que Bandura (1995) ha denominado fomentar la autoeficacia comunitaria y Anderson y Woodrow (1998) denominaban,

como veíamos, la creación de *capacidades organizativas y sociales* que ellos consideran que son tan importantes como las instrumentales o de supervivencia.

Los componentes psicosociales impregnan toda la vida de las personas y los grupos tras una catástrofe. Si la personas pueden recuperar sus rutinas en poco tiempo, las consecuencias se atenúan. Cuando se requiere de procesos más prolongados de reconstrucción, los elementos psicosociales que hemos ido desgranando pasan a cobrar una importancia decisiva. Es entonces cuando, más que nunca, una catástrofe puede convertirse en una *oportunidad*.

### **Sociología de las catástrofes: reflexiones psicosociales desde el Norte.**

Para cerrar el círculo de estas reflexiones, volvamos a las catástrofes de los países económicamente desarrollados, donde decíamos que existen costosos y bien estructurados programas emergencistas y de protección civil, y menor tradición en procesos a medio y largo término. Cabría pensar que lo expuesto respecto a componentes psicosociales tiene menor sentido cuando hablamos de catástrofes ocurridas en

países industrializados. Pero, paradójicamente, quizás resulte que haya mucho que aprender si se realiza el proceso de mirada a la inversa: del Sur hacia el Norte. Mirando hacia atrás, el primer año tras la catástrofe del 11 de septiembre en Nueva York y la avalancha de artículos que aparecieron sobre el papel de los psiquiatras en este tipo de situaciones, el tiempo parece que va aquilatando las cosas. Una primera oleada de trabajos metodológicamente polémicos hablaron de una epidemia de Trastorno de Estrés Postraumático que estaba asolando al país y que requeriría de la intervención de miles de psiquiatras y de la creación de centros especializados para prevenir una catástrofe generacional (NYCBE, 2002), trabajos publicados en revistas tan prestigiosas como JAMA (Schlenger et al., 2002) o New England Journal of Medicine (Galea S et al., 2002; Schuster MA et al., 2002). Discursos así ya se oyeron en Bosnia hace diez años y la realidad se encargó de desmentirlos. El paso del tiempo ha desmontado las teorías del trauma masivo (Summerfield, 1999). Un reciente metanálisis (Van Emmerik et al. (2002) sobre 7 trabajos publicados de debriefing postrauma tras el 11 de septiembre en personas afectadas por la conmoción social que supuso ha mostrado que este tipo de intervenciones no sólo no resultaron útiles sino que fueron iatrogénicas para mucha gente. La realidad es que, asesorados por psiquiatras o no, el núcleo real de las actuaciones post-catástrofe desarrolladas en Estados Unidos ha sido mediático y psicosocial. Desde la denominación de "zona cero", las visitas guiadas a autoridades de otros países, los actos conmemorativos rodeados de un sentimiento colectivo, la entrega de piedras y restos de los edificios a cada familia de fallecido, las celebraciones de aniversarios o los proyectos por reconstruir la zona como memorial, o la proliferación de enseñas nacionales en la vida cotidiana de los norteamericanos son muestras prácticas de que al final la psiquiatría más biologicista-

ta del planeta, que levantó y consolidó el edificio nosológico del estrés postraumático frente a la oposición durante mucho tiempo de la psiquiatría europea, acabó plegándose a un impresionante despliegue de recursos y estrategias colectivas desarrollados eminentemente desde niveles políticos. Probablemente, como es de suponer, no siempre fueran criterios de salud mental lo que guiaran estas acciones y carecemos de estudios longitudinales que avalen su eficacia. Pero se trata, probablemente, de un buen ejemplo de cómo, más allá de los debates académicos, la realidad impone la interrelación entre los factores clínicos y comunitarios en las actuaciones post-catástrofe.

Cuando ésta es, además –como en este último ejemplo– fruto de la violencia política, entrarán en juego otros elementos de carácter ético y deontológico: contribuir a fomentar la no violencia frente a la agresión, promover la tolerancia frente a la polarización, defender el derecho de los supervivientes a no ser utilizados políticamente ni ellos ni la memoria de las víctimas etc. Entramos en otra dimensión del trabajo psicosocial en catástrofes que entronca con los derechos humanos y con los componentes éticos y humanitarios del trabajo médico, que constituyen nuevos retos de reflexión para el trabajo en catástrofes.

### **Bibliografía.**

- Anderson MB, Woodrow. PJ. Rising from the Ashes: Development Strategies in Times of Disaster. Book News, Inc. Portland, Oregon, 1988.
- Avia MD, Vázquez C. Optimismo inteligente. Barcelona. Alianza Editorial, 1998.
- Bandura A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. Self-efficacy in Changing Societies, Cambridge University Press, 1995.
- Beiser M, Hyman I. Refugees' time perspective and mental health. Am. J. Psychiatry, 1997, 154(7): 996-1002.

*La psiquiatría más biologicista del planeta acabó plegándose a un impresionante despliegue de recursos y estrategias colectivas*

- Bettelheim B. El corazón bien informado. La autonomía en la sociedad de masas. México. Fondo de Cultura Económica, 1973.
- Breslau N, Davis CG, Andreski P. Risk factors for PTSD-related traumatic events. A prospective analysis. *Am. J. Psychiatry*, 1995; 152: 529-535.
- Burt M. and Katz B. Dimensions of recovery from rape: focus on growth outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 1987; 2: 57-81.
- CISATER - Centro de Investigación sobre el Síndrome del Aceite Tóxico y Otras enfermedades raras (2002). <http://cisat.isciii.es/>
- Chang EC. Cultural differences in optimism, pessimism, and coping: Predictors of subsequent adjustment in Asian American and Caucasian American college students. *Journal of Counseling Psychology*, 1996; 43, 113-123.
- Chang EC. Causal uncertainty and depressive symptoms: Appraisal and coping as mediating variables. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2000.
- Cohen & Ahearn. Manual de la atención de Salud Mental para víctimas de desastres. México, HARLA. 1989.
- Cooke B & Kothari U. Participation: the new tyranny? Zed Books Ltd. Londres, 2001.
- Eisenbruch M). Cultural bereavement and homesickness. En S. Fisher and C. Cooper (ed) *On the move: The psychology of change and transition*. John Wiley and Sons 2001; 191-205.
- Eisenbruch M. From Post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: diagnosis of southeast asian refugees. *Soc. Sci. Med* 1991; 33(6): 673-80.
- Galea S et al. Psychological Sequelae of the September 11 Terrorist Attacks in New York City. *New England Journal of Medicine* 1991; 346 (13) 982-987.
- Gavalya A. Reactions to the 1985 Mexican earthquake: case vignettes. *Hosp Community Psychiatry* 1987; 38 (12):1327-1330.
- Glantz MD & Johnson JL. Resilience and Development. *Positive Life Adaptations*. Plenum Press. N. York, 1999.
- Horst-Unsworth C and Goldenberg E. Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile. *Br. J. Psychiatry* (1998; 172: 90-94.
- Green BL. Traumatic stress and disaster: mental health effects and factors influencing adaptation. In F. Liehmac & C. Nadelson (eds) *International Review of Psychiatry* (vol II). Washington DC. American Psychiatric Press, 1994.
- Harrell-Bond E. *Imposing Aid*. Oxford University Press, 1986.
- Hodgkinson PE and Stewart M. *Coping with catastrophe* (2nd Edition). Londres, Routledge, 1998.
- IFRC-RCS. *World Disasters Report*. 2001, WHO. Geneve, 2001.
- Instituto Nacional de Jubilados y Pensionados. Informe sobre la situación de los Veteranos de las Malvinas. Buenos Aires. Argentina, 1995.
- Janoff-Bulman R. *Shattered Assumptions. Towards a new psychology of trauma*. New York. Free Press, 1992.
- Javaloy F, Rodríguez A, Espelt E. *Comportamiento colectivo y movimientos sociales*. Prentice Hall. Madrid, 2001.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, and Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry* 1995; 52, 1048-1060.
- Klandermans B. *The social psychology of protest*. Blackwell. Londres, 1997.
- Lavelle J, Tor S, Mollica RF, Allden K, Potts L. *Harvard Guide to Khmer Mental Health*. Cambridge. EUA, 1996.
- Lebowitz L, Roth S. "I feel like a slut": the cultural context and women's response to being raped. *Journal of Traumatic Stress*, 1994; 7, 366-90.
- Lira E, Castillo MI. *Psicología de la amenaza política*.

- tica y del miedo. ILAS. Ed Chileamérica. CESOC. Santiago de Chile, 1991.
- Littrell J. Is the reexperience of painful emotion therapeutic? *Clinical Psychology Review*, 1998; 18(1): 71-102.
- Martin Beristain C et alt. Reconstruir el tejido social. Ed. Icaria. Bilbao, 2000.
- Martin Beristain C. Apoyo psicosocial en catástrofes colectivas: De la prevención a la reconstrucción. Caracas. AVEPSO y Universidad Central de Venezuela, 2000.
- Matsumoto D. Culture and Psychology. Brooks / Cole Publishing. California. EUA, 1996.
- Muecke M. New paradigms for refugee health problems. *Soc Science Med* 1992 Aug; 35(4): 515-523.
- New York City Board of Education (NTCBE). Effects of the World Trade Center Attack on New York City Public School Students, 2002. Informe disponible en [http://www.nycenet.edu/offices/spss/wtc\\_needs/coping.htm](http://www.nycenet.edu/offices/spss/wtc_needs/coping.htm)
- Norman E. Resiliency enhancement. Columbia University Press. N. York, 2000.
- O'Connell G. Resilient adults. Jossey-Bass Pub. San Francisco, 1994.
- ODHAG. Guatemala: Nunca Más. Guatemala, 1991.
- Oliver-Smith A. Anthropological research on hazards and disasters. *Annual Review of Anthropology* 1996; 25: 303-328.
- Paez D, Fernández I, Martín-Beristain C. Catástrofes, traumas y conductas colectivas: procesos y efectos culturales. En San Juan C (ed). Catástrofes y ayuda de emergencia. Icaria. Barcelona, 2001.
- Pérez-Sales P. Muerte y desaparición forzada en la Araucanía. Una perspectiva étnica. Publicaciones Universidad Católica de Chile / LOM. Santiago de Chile, 1998.
- Pérez-Sales P. Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política. Ed Ex Libris. Madrid, 1999.
- Pérez-Sales P, Durán T, Bacic R. Long term psychosocial consequences in first-degree relatives of people detained-disappeared or executed for political reasons in Chile: a study on mapuce and non mapuce persons. *Psicothema* 2000, 12: 109-116.
- Pirotte C, Husson B, Grünewald F (ed). Entre emergencia y desarrollo. Icaria. Barcelona, 2002.
- Primo Levi. Los hundidos y los salvados. Muchnick Editores. Barcelona, 1986.
- PWS RCAC. Coping with technological disaster. (22/02/2001) <http://www.pwsrcac.org/CWTD>
- Qouta S, Punamäki RL & El Sarraj E. The impact of the peace treaty on psychological well-being. A follow-up study of Palestinian children. *Child, Abuse & Neglect* 1995; 19: 119-1208.
- ReliefWeb. (2002) <http://www.reliefweb.int/rwb.nsf/vLND>
- Rosencoff M. Memorias del calabozo. Ed. Txalaparta. Bilbao, 1993.
- Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American J. Orthopsychiatry* 1987; 57 (3): 316-331.
- Saavedra MR. Desastre y Riesgo. Actores sociales en la reconstrucción de Armero y Chinchiná. CINEP. Santa Fé de Bogotá, 1996.
- Saporta JA & Van der Kolb BA. Psychobiological consequences of severe trauma. En Basoglu M (ed). Torture and its consequences. Cambridge University Press, 1992; 151-171.
- Schlenger WS et alt. Psychological Reactions to Terrorist Attacks: Findings From the National Study of Americans' Reactions to September 11. *JAMA* 2002; (288): 581ss
- Scott JM and Stradling SG. Counselling for Post-Traumatic Stress Disorder. Londres, Sage Publications 1992.
- Shuster MA et alt. A National Survey of Stress Reactions after the September 11, 2001, Terrorist Attacks. *N Engl J Med* 2002; 345 : 1507-1512
- Silove D, Sinnerbrink I, et al. Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stress

- sors. Br J Psychiatry 1997; 170: 351-357.
- Silove D, Steel Z et al. Policies of Deterrence and the Mental Health of Asylum Seekers. JAMA. 2000; 284 : 604-611
- Solomon Z, Benbenishty R. The role of proximity, immediacy and expectancy in frontline treatment of combat stress reactions among Israelis in the Lebanon War. American J. Psychiatry 1986; 143: 613-617.
- Summerfield D. Una crítica de los proyectos psicosociales en poblaciones afectadas por la guerra basadss en el concepto de trauma psicológico. En Pérez-Sales P. (ed) Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política. Ed Ex Libris. Madrid, 1999.
- Van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch, Emmelkamp. Single session debriefing after psychological trauma: a metaanalysis The Lancet 2002; (360) 766-71
- VV.AA. Aquí nos quedaremos: testimonios de la Coordinadora Unica de Damnificados. Universidad Iberoamericana. Mexico DF. 1997.
- Voutira E, Benoist J, Piquard B. La antropología en la ayuda humanitaria. Universidad de Deusto. Bilbao 2000.

# Psiquiatría de desastres: actuación del Disaster Psychiatry Outreach (DPO) en el 11 de septiembre.

Anthony T. Ng<sup>1</sup>

*El ataque terrorista del 11 de septiembre en el World Trade Center supuso un desastre sin precedentes en los Estados Unidos. El impacto del desastre en la salud mental fue motivo de preocupación desde el primer momento, pero con todo, la ciudad de Nueva York se enfrentó a numerosos obstáculos en las secuelas inmediatas del ataque y en las semanas siguientes. En este artículo se recoge una breve descripción de las intervenciones en crisis por problemas psíquicos después de desastres. Se describen los antecedentes del Seguimiento Psiquiátrico de Desastres (Disaster Psychiatry Outreach), así como su respuesta al ataque terrorista del 11 de septiembre en Nueva York. Muchas características del desastre del 11 de septiembre lo diferencian de desastres previos en Estados Unidos y en el resto del mundo. El autor describe algunas de esas características y ciertos desafíos planteados. Finalmente, se resumen algunas lecciones aprendidas de la respuesta a este desastre desde la perspectiva de la salud mental comunitaria.*

## **Introducción.**

Los desastres son acontecimientos traumáticos que afectan a toda la población de una comunidad. Se han descrito numerosas consecuencias psiquiátricas de los desastres, como depresión mayor, trastornos de ansiedad, sín-

drome de estrés postraumático y abuso de sustancias (Katz 2002; Epstein 1998; Gregg, 1995). Las víctimas de desastres requieren atención de los servicios de salud mental, para poder recuperarse y volver pronto al funcionamiento normal, como en otras enfermedades y traumas. Los servicios de salud mental de desastres se encuentran con las necesidades psiquiátricas inmediatas de las víctimas de los desastres, incluyendo supervivientes, seres queridos y otros afectados por el trauma. Las intervenciones inmediatas alivian el sufrimiento de los afectados y favorecen su rápida recuperación. Por ejemplo, la identificación y rápida clasificación de pacientes con síntomas psiquiátricos agudos permite la oportuna provisión de servicios urgentes. Igualmente, la educación sobre el trauma, la pérdida, el duelo y las respuestas al estrés agudo, ayuda a las víctimas a identificar señales de alarma de potenciales problemas psicológicos serios, normaliza las respuestas apropiadas y anima a buscar la ayuda necesaria a aquellos que requieran atención profesional (Ursano 1991, WHO 1991). Los equipos de salud mental de desastres pueden proporcionar intervenciones basadas en la comunidad, evitando hospitalizaciones y previniendo demoras en la atención que pueden agravar el daño psicológico y contribuir a una discapacidad importante. Sin una intervención rápida y a corto plazo, existe el peligro de consecuencias mayores y a más largo plazo.

<sup>1</sup>Psiquiatra, Director Médico de Disaster Psychiatry Outreach  
Email: [anthonyng@disasterpsych.org](mailto:anthonyng@disasterpsych.org)  
[www.disasterpsych.org](http://www.disasterpsych.org)

Históricamente, el valor de estas intervenciones se demostró por primera vez en los soldados que sufrían neurosis de guerra (McCaughey BG 1997; Sokel RJ 1989). Las intervenciones de crisis facilitaban la rápida vuelta de los soldados al servicio y reducían la incidencia de síntomas psiquiátricos crónicos. De la misma manera, el valor de las intervenciones inmediatas se ha aceptado en muchos hospitales, donde se ofrece a los supervivientes de violación una asistencia inmediata por asesores psicológicos, enfermeros y médicos especialmente preparados. En este marco, los psiquiatras proporcionan una intervención médica breve, una educación a las víctimas sobre la respuesta normal al trauma y les alertan de señales de alarma del síndrome de estrés posttraumático y otros problemas que puedan requerir tratamiento posterior (Foa 1995). Aunque es un área que necesita de mayor investigación en el futuro, los programas de intervención temprana facilitan la convalecencia y la curación psicológica, promoviendo bienestar y un rápido retorno a los niveles previos de funcionamiento y capacidad.

Los equipos de salud mental de respuesta a desastres están formados, en Estados Unidos, mayoritariamente por profesionales no psiquiatras que no pueden prescribir medicaciones. La Cruz Roja Americana ha reconocido que hay necesidad de mejorar la respuesta psiquiátrica para garantizar un rápido progreso en la salud, la economía y el bienestar social. Además, los equipos de salud mental se organizan espontáneamente en torno a las secuelas de los desastres, pero carecen de la planificación para integrarse en una estructura de respuesta conjunta al desastre. Una organización voluntaria puede organizarse y establecer cadenas formales y organizadas de supervisión y comunicación para un equipo psiquiátrico, planificar la plantilla adecuada de psiquiatras especialmente preparados y desarrollar mecanismos para abordar las

necesidades establecidas (tales como medicaciones de urgencia).

### **La historia del Disaster Psychiatry Outreach (Seguimiento Psiquiátrico de Desastres).**

El Disaster Psychiatry Outreach (DPO) es una organización puesta en marcha en el otoño de 1998, por cuatro residentes mayores de psiquiatría en el New York Presbyterian Hospital/ New York Psychiatric Institute, durante el seguimiento inmediato del accidente aéreo del vuelo 111 de Swissair, en la costa de Nueva Escocia, que costó la vida de 229 hombres, mujeres y niños. Antes de esa fecha, había una falta de servicios psiquiátricos cualificados y coordinados para desastres, no solo en Nueva York, sino en todo Estados Unidos. En el pasado, los psiquiatras que deseaban participar en la respuesta a un desastre, podían ofrecerse como voluntarios a la Cruz Roja y ser parte del equipo del hospital requerido para intervenir o bien participar por su cuenta. El problema de los voluntarios de la Cruz Roja Americana era que no podían practicar la psiquiatría debido a cuestiones de responsabilidad. No todos los hospitales formaban parte de los planes de respuesta al desastre e, incluso, si se solicitaba la ayuda del hospital para asistir en el desastre, no existían mecanismos en el lugar para el despliegue y actuación del personal en el lugar del desastre. Aparecer en el lugar del desastre era extremadamente peligroso. Finalmente, no se disponía de cuidados protocolizados en el área de la psiquiatría de los desastres. Sin embargo, se ha identificado el papel efectivo de los psiquiatras (North, 2001).

El DPO se creó con cuatro misiones: 1) proporcionar atención psiquiátrica in situ, completa y de calidad a los afectados por los desastres (valoraciones de urgencia, tratamientos a corto

*los programas de intervención temprana facilitan la convalecencia y la curación psicológica, promoviendo bienestar y un rápido retorno a los niveles previos de funcionamiento y capacidad*

plazo, medicación, *debriefings*<sup>(1)</sup>, y derivación) a pesar de los costes; 2) formación en psiquiatría de desastres para los profesionales de salud mental y el manejo comunitario del desastre; 3) la promoción de investigaciones en psiquiatría de desastres así como su propia investigación; y 4) la necesidad de asesoramiento en salud mental en todos los aspectos de la planificación de la respuesta al desastre. La filosofía del DPO es trabajar en estrecha colaboración con los departamentos locales de Salud, Salud Mental, Gestión de Urgencias y Cruz Roja Americana. En el caso de la ciudad de Nueva York, éstos son el Departamento de Salud Mental de la Ciudad de Nueva York (New York City Department of Mental Health, DMH), Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York (New York City Department of Health, DOH), la Oficina Municipal de Gestión de Emergencias (Mayor's Office of Emergency Management, OEM) y la Cruz Roja Americana del Gran Nueva York (American Red Cross of Greater New York, ARC).

Desde 1998, el DPO ha desarrollado un intenso programa dentro del área de la ciudad de Nueva York, que trabaja con la Cruz Roja Americana del Gran Nueva York y con el Departamento de Salud Mental de la Ciudad de Nueva York. Desde su creación el DPO ha intervenido en diversos sucesos incluyendo:

- El accidente aéreo del vuelo 900 de Egypt Air el 31 de octubre de 1999, donde psiquiatras voluntarios del DPO, procuraron atención 24 horas al día a los familiares de las víctimas en el aeropuerto John F. Kennedy de la Ciudad de Nueva York.
- Asesoramiento clínico por el DPO a la Cruz Roja Americana del Gran Nueva York, en acontecimientos de menor escala como fuegos en apartamentos.
- Los psiquiatras del DPO formaron parte de la plantilla del Centro Municipal de Operaciones de Emergencia de la Ciudad de

Nueva York, durante el Año Nuevo del 2000 para prevenir las posibles consecuencias del efecto 2000 (Y2K).

- El terremoto en El Salvador en febrero de 2001, en el que el DPO colaboró con el Servicio Mundial de Judíos Americanos, dirigiendo una misión psiquiátrica de dos semanas para asistir a personas en El Salvador. Siguen en marcha programas de asistencia en ese país.

Otras actividades desarrolladas por el DPO previas al 11 de septiembre:

- Asumir el papel de liderazgo en el capítulo de Organizaciones de Voluntariado Activas en Desastres en la Ciudad de Nueva York (NYCVOAD). Coalición de agencias para los desastres que incluye la Cruz Roja Americana, la Agencia Federal de Gestión de Emergencias, la Armada de Salvación y otras agencias de servicios humanitarios gubernamentales y no gubernamentales con papel en los desastres. Un representante del DPO fue elegido para presidir el NYCVOAD en marzo de 2001. DPO ha establecido colaboraciones académicas con distintos departamentos de psiquiatría incluyendo los de la Universidad de Columbia, la Universidad de Cornell y la escuela de Medicina del Mount Sinai, con el objetivo de combinar esfuerzos para realizar estudios sobre psiquiatría de desastres y formar a residentes y estudiantes de medicina.
- Revisión completa de la literatura científica sobre psiquiatría de desastres, publicada con el título "Research on Psychiatric Outcomes and Interventions Subsequent to Disasters: A Review of the Literature".
- Organización de un Congreso Internacional sobre Psiquiatría de Desastres, que reunió a expertos en psiquiatría de desastres y crisis de todo Estados Unidos con el fin de introducir el tema en la psiquiatría.

---

<sup>1</sup>El concepto de *debriefing* se ha impuesto en los últimos años en la psiquiatría de los desastres, designando una intervención precoz, con una perspectiva preventiva y de triage. El término proviene de la jerga militar y fue desarrollado, entre otros, por Mitchell, JT (1983): When Disaster strikes. The critical incident stress debriefing process. J. Emergency Med. Serv. 8, 36-39. Hay una buena revisión en: Gisela Perren-Klingler: Le debriefing psychologique à l'épreuve de la pratique: une adaptation du modèle de Mitchell. Viège, 2001.  
[www.Institut-psichotrauma.ch](http://www.Institut-psichotrauma.ch).  
(Nota de la redacción)

- Junto a la Cruz Roja Americana del Gran Nueva York, el DPO copatrocinó un simposio titulado “Aspectos de Salud Mental de las Armas de Destrucción Masiva”, en junio de 2001.
- En febrero de 2001, el DPO asesoró a distancia a psiquiatras de la India para ayudarles a afrontar el impacto del intenso terremoto que había golpeado al país.

### **La respuesta clínica del DPO a los ataques del 11 de septiembre.**

En la mañana del 11 de septiembre de 2001, diecinueve secuestradores comandaban cuatro aviones. Uno de ellos chocó poco antes de las 9:00 am en la Torre Norte del World Trade Center (WTC) en la Ciudad de Nueva York y, poco después, un segundo avión lo hizo contra la Torre Sur. Al mismo tiempo, un avión impactó en el Pentágono en Washington, DC. El otro avión secuestrado se estrelló en el Condado de Somerset en Pensilvania, cuando los pasajeros se enfrentaron con los secuestradores. La Torre Sur del WTC se colapsó aproximadamente cuarenta y cinco minutos después del impacto y la Torre Norte se vino abajo una hora después de la primera.

El ataque al WTC produjo un desastre masivo sin precedentes. Hasta esa mañana, el mayor desastre terrorista en suelo de los Estados Unidos había sido el camión-bomba colocado en el edificio Murrah de la ciudad de Oklahoma, en 1995. Los problemas de salud mental fueron reconocidos casi de inmediato como una de las principales consecuencias de este desastre debido a sus características; que a su vez orientarían la atención prestada en salud mental. El desastre afectó a un número de personas muy elevado. Aunque fue un desastre local, fue visto por muchas personas, y retransmitido a todo el mundo. Produjo numerosas víctimas. Las estima-

ciones iniciales de desaparecidos se situaron en torno a 60.000 personas, con la presunción de que muchos de ellos estaban muertos. Al ocurrir en un día laborable a primera hora de la mañana y en un lugar muy concurrido, fue observado directamente por muchos y a través de los medios de comunicación, en tiempo real, en todo el mundo. Los hospitales fueron movilizados para atender a gran número de heridos que no se produjeron. Este desastre dio lugar a un gran caos de las infraestructuras del gobierno de la Ciudad de Nueva York. Cuando las dos torres del WTC se colapsaron, también se destruyó el edificio 7 del WTC, donde se encontraba la base del Centro Municipal de Operaciones de Emergencia, centro de mando de la Ciudad de Nueva York ante cualquier emergencia. Además, las comunicaciones y transportes se vieron seriamente afectados, impidiendo cualquier respuesta efectiva en los primeros momentos del desastre. Muchos recursos, materiales y personales, se vieron desbordados. Hubo una evacuación masiva de la Ciudad de Nueva York y estrictas restricciones para entrar en la ciudad, un hecho que no había ocurrido con anterioridad. Por último, a pesar de que el suceso había ocurrido en el bajo Manhattan, su impacto se extendió, afectando a todas las áreas y suburbios de la ciudad.

El DPO fue significativamente afectado por el desastre. El DPO tenía antes de lo sucedido, un pequeño cuerpo de voluntarios, muchos de ellos ubicados en instituciones académicas de Nueva York. Cuando ocurrió el desastre, estos voluntarios no estaban disponibles porque sus propias instituciones requerían de su presencia. El DPO, como la ciudad, se vio limitado en su capacidad de comunicación y transporte. Como en otras muchas agencias de Nueva York, la gravedad del acontecimiento fue tan grande que desbordó los recursos del DPO casi de inmediato.

La respuesta inicial del DPO fue reestablecer el contacto con la Cruz Roja Americana y con el Departamento de Salud Mental de la Ciudad de

*Los problemas de salud mental fueron reconocidos casi de inmediato como una de las principales consecuencias de este desastre*

Nueva York, así como establecer rápidamente prioridades en la respuesta. La misión del DPO era cooperar y coordinar cualquier respuesta al desastre con las agencias asociadas (Bowenkamp 2000). En cualquier desastre debe considerarse jerarquizar la respuesta para que sea efectiva. Conocer la jerarquía de los aspectos de accesibilidad, logística y planificación.

Después de reestablecer el contacto con la ARC y el DMH, al día siguiente, el DPO, en colaboración con estas dos agencias, comenzó a evaluar las necesidades inmediatas de salud mental en la ciudad. Un objetivo esencial de la psiquiatría de desastres es la evaluación de las necesidades en salud mental. En este caso, una de las primeras identificadas fue la necesidad de contar con personal de salud mental en los refugios levantados por la ARC, para atender a las personas que no habían podido volver a su casa después del ataque. Algunas personas permanecían en el refugio en estado de shock y otras acudían en busca de amigos y familiares desaparecidos.

La evaluación de las necesidades es un proceso dinámico y continuo en la respuesta al desastre. Lo que fue necesario en momentos iniciales puede dejar de serlo cuando las necesidades y prioridades cambian. Y las necesidades cambian rápidamente, lo que contribuye a la naturaleza caótica de la respuesta al desastre, sin importar lo preparada que una comunidad estuviera antes del suceso. La evaluación también necesita diferenciar entre lo que se ha descrito como demandas generadas por el agente del desastre frente a demandas generadas por la respuesta (Dynes 1998). Las demandas generadas por el agente son las necesidades creadas por las causas del desastre, en este caso el ataque al WTC y su posterior colapso; y las necesidades de salud mental generadas por la respuesta al ataque, son la forma en que la gente busca a los desaparecidos, cómo se realiza la evacuación, qué clase de medidas de seguridad se ponen en marcha, cómo se

reinstaura la infraestructura, etc. A menudo, la respuesta al desastre es más ágil en lo que concierne a las demandas generadas por la respuesta que las ocasionadas por el agente de la catástrofe. Las demandas del agente están afectadas por la causa del desastre que es con frecuencia de relativa corta duración, comparado con las consecuencias del desastre que son más prolongadas.

El DPO comenzó a coordinar los servicios de salud mental con el DMH y la ARC en el centro de asistencia familiar (Family Assistance Center, FAC) que se creó al tercer día. El FAC se creó para ser el lugar central donde las familias de todos los afectados obtuvieran información, así como para que las personas desplazadas obtuvieran asistencia benéfica de varias agencias. En la fase inmediata de respuesta al desastre, el foco de atención sobre las víctimas y los supervivientes se centró en las necesidades básicas y se dejaron en segundo plano sus problemas de salud mental. Muchos estaban en shock y negaban lo sucedido. Muchas de las intervenciones iniciales de los clínicos de salud mental en el FAC, incluyendo voluntarios psiquiatras del DPO, se centraron en apoyar y asistir a los individuos en sus necesidades básicas como comida, agua y refugio. Los voluntarios del DPO hacían psicoeducación, enseñando a los individuos autocuidado y a detectar síntomas y signos de alteración psicológica significativa. El soporte básico fue la primera modalidad empleada por los voluntarios del DPO como forma de enganche que ha demostrado ser efectiva en la respuesta aguda a los desastres (Peuler 2986; North 2000).

Los voluntarios del DPO tomaron parte en contactos clínicos breves y prolongados. Hubo evaluaciones para el manejo de los síntomas, *debriefings* y derivaciones tanto a atención más especializada como a seguimiento posterior. Muchas de las personas atendidas por el DPO fueron derivadas desde la ARC por personal no psiquiatra del DMH, clérigos y otros *staff* del FAC, así como por propia iniciativa. Muchos fue-

ron derivados por ansiedad, tristeza intensa y para evaluación de posible riesgo suicida, homicida y psicosis. Las intervenciones incluyeron psicoterapia, administración de medicación *in situ* y derivación a los servicios médicos de urgencia para asistencia especializada en el hospital. Además de estas tareas, muchos de los voluntarios del DPO y del DMH, participaron en la notificación de fallecimientos y recogida de DNA. La atención clínica prestada por los voluntarios del DPO fue documentada y estos datos pudieron ser registrados así como la modalidad de la atención.

Muchas personas que acudían al FAC lo hacían en busca de sus seres queridos o para solicitar ayudas para niños que llevaban consigo, algunos de ellos muy pequeños. En respuesta a esas necesidades de niños y adolescentes, el DPO creó una sección especial del FAC para atender las necesidades de salud mental de los niños y sus padres, llamado el "rincón de los niños" (Kid's Corner) (Lagnado 2001). Mientras que el ARC proveía los cuidados más básicos de los niños, el DPO colaboraba evaluando a los niños y padres más angustiados. El DPO solicitó ayuda a las jugueterías locales para proporcionar material a los niños. Muchos de los servicios prestados en el Kid's Corner eran de apoyo, con derivación para seguimiento si era necesario.

Una preocupación importante para el DPO y otras agencias de respuesta al desastre, fue la afluencia espontánea de voluntarios de salud mental. No existía un mecanismo para manejar la gran cantidad de voluntarios. Mientras los voluntarios suponían algo positivo y aportaban personal adicional, también consumían recursos para su selección. Muchos no tenían formación o experiencia previa en la prestación de servicios de salud mental en desastres. En colaboración con el DMH y la ARC, el DPO seleccionó psiquiatras voluntarios. Se les dió orientación sobre el manejo clínico básico en desastres y habilidades de auto cuidado.

Además de proporcionar voluntarios al FAC, desde el 20 de septiembre al 3 de noviembre de 2001, el DPO también proveyó voluntarios para asistir a la zona cero, que incluía el área de colapso de la Torres Gemelas y sus alrededores. Los voluntarios del DPO fueron incluidos en *roaming psychiatry* (psiquiatría de calle). Los voluntarios trabajaban sobre todo con los primeros servicios que intervinieron en el lugar, fuerzas de seguridad, bomberos, personal de rescate, Guardia Nacional y unidades militares y otros agentes implicados en la respuesta. El seguimiento se hizo a través de contactos informales, enfocados a las necesidades inmediatas del personal de rescate y socorro, como hidratación y nutrición. A lo largo de los casi dos meses de intervención del DPO en la zona cero, 45 psiquiatras del DPO trabajaron 1.010 horas, con un número de aproximadamente 3.156 contactos con personal de rescate y socorro.

La documentación clínica de los contactos en la zona cero fue más difícil que en el FAC, a causa de múltiples factores, incluyendo los logísticos y la naturaleza móvil del trabajo clínico en el área. Por las características de las personas con las que los voluntarios del DPO trabajaban en la zona cero, el registro documental inmediato no fue factible ya que podía disuadir de posteriores encuentros, debido al estigma asociado a la enfermedad mental y el miedo a que esa documentación pudiera afectar su reputación laboral en la zona cero. Se animó a los voluntarios del DPO que dirigían cada turno en la zona cero a documentar las experiencias de los turnos más que a hacer anotaciones personales. El ambiente de la zona cero también dificultaba la tarea de recoger una documentación veraz, como consecuencia de la persistente amenaza para la seguridad de los voluntarios en la zona. Los voluntarios estaban obligados a llevar cascos y mascarillas. El suelo era peligroso con constante riesgo de desprendimiento de escombros. Había riesgo al respirar polvo y otras

*A lo largo de los casi dos meses de intervención del DPO en la zona cero, 45 psiquiatras del DPO trabajaron 1.010 horas, con un número de aproximadamente 3.156 contactos con personal de rescate y socorro.*

partículas en el aire. Se informaba a los voluntarios del DPO antes de comenzar su turno del estado de la seguridad de la zona cero. Los voluntarios suspendían su actividad si la OEM y el DMH juzgaban que el ambiente en la zona era muy inseguro.

Se instruyó a los responsables de los turnos del DPO para hacer periódicamente *debriefings* con otros voluntarios debido al riesgo de traumatización secundaria y *burnout*. Muchos voluntarios del DPO se encontraban por primera vez en una amplia zona de devastación con olor a restos humanos en descomposición y en ocasiones con riesgo de encontrar restos humanos durante el desarrollo de su actividad en la zona cero. Sin embargo, ningún voluntario informó de haber encontrado restos humanos durante su turno. Mientras que los beneficios a largo plazo de la intervención del DPO en la zona cero son difíciles de valorar, los beneficios subjetivos a corto plazo referidos por los agentes de intervención en primera línea son positivos. Esta clase de *debriefing* se recomendó también para los voluntarios del DPO que trabajaban en el FAC.

En el curso de las semanas y meses siguientes, el FAC se trasladó a otras ubicaciones más acogedoras y agradables para los usuarios. El DPO continuó colaborando con muchas agencias gubernamentales y no gubernamentales para proveer de psiquiatras voluntarios que suplieran los recursos de salud mental desde la ARC y el DMH. Además de dotar de psiquiatras voluntarios a muchos hospitales de la zona, el DPO se convirtió en el organismo de coordinación de la respuesta psiquiátrica al desastre del WTC, para la Asociación Psiquiátrica del Estado de Nueva York (New York State Psychiatric Association) y la sección de la Asociación Psiquiátrica Americana para la región de Nueva York (New York County District Branch of the American Psychiatric Association).

El DPO se convirtió en una parte integral de la respuesta global de la ciudad al desastre. Partici-

pó en encuentros habituales con muchas agencias gubernamentales y no gubernamentales para valorar las necesidades continuas de la respuesta en salud mental. Los psiquiatras del DPO dotaron de personal al FAC desde el 12 de septiembre al 28 de diciembre de 2001. Seiscientos cincuenta psiquiatras voluntarios trabajaron 3.650 horas con trescientos cincuenta voluntarios no psiquiatras adicionales, que prestaron ayuda administrativa. El personal clínico incluía psiquiatras infantiles y de adultos, residentes y personal docente voluntario de centros docentes. Muchos psiquiatras eran de fuera de Nueva York, incluyendo Massachusetts, Wisconsin, Missouri, Florida y Oregón.

Los datos clínicos de la participación del DPO no han sido completamente analizados. Una revisión inicial señala que hubo aproximadamente 3.000 encuentros clínicos de todo tipo. De ellos, 900 fueron prolongados, con distintos tipos de intervenciones. El 56% fueron mujeres y el 44% hombres. El 42% de los evaluados recibieron lorazepam y zaleplon, para la ansiedad intensa, con aproximadamente 1.000 tabletas dispensadas de lorazepam (1mg) y zaleplon (10mg). De los 900 contactos clínicos prolongados, aproximadamente 316 fueron diagnosticados de trastorno por estrés agudo, 11 de síntomas de trastorno por estrés posttraumático, 40 de depresión mayor y el resto de trastornos sin especificar que no cumplían plenamente los criterios diagnósticos de ningún trastorno del DSM-IV.

En primavera de 2002, los voluntarios del DPO realizaron un seguimiento telefónico de aproximadamente 600 pacientes de los 3.000 del FAC, de los que existía información disponible. Se contactó con 300 personas, pero muchas se habían mudado, cambiado o desconectado su teléfono. La mitad de los 300, mantenían una angustia significativa y algunos habían requerido derivación a atención ambulatoria. Sin embargo, muchos señalaron la utilidad de la medicación que recibieron en la fase aguda, para ayudarles a asumir sus necesidades básicas lo antes posible. También

señalaron el beneficio de la psicoeducación precoz y el encuentro positivo con el DPO animándoles a buscar ayuda adicional de salud mental.

Durante los seis meses de la intervención del DPO en el desastre del WTC, los voluntarios del DPO ofrecieron asesoramiento a colegios, centros de salud y se ocuparon de la atención a la salud mental después del desastre. Las consultas fueron tanto educativas como clínicas. El DPO también respondió a los ataques con ántrax en el NBC y el ABC, durante octubre de 2001, después de esta fecha el DPO fue designado por el DMH como el primer agente psiquiátrico en el lugar. Finalmente, el DPO participó en la respuesta al accidente aéreo del vuelo AA 587 en su destino a la República Dominicana que tuvo lugar dos días después de que el DPO concluyera su intervención en la zona cero.

### **Conclusiones.**

El DPO continúa participando en el apoyo a la atención a la salud mental en el seguimiento del 11 de septiembre. Este apoyo incluye la presencia de la salud mental en todos los aspectos de la planificación y respuesta al desastre. El DPO sigue desarrollando una red de psiquiatras acreditados en la respuesta por todo el país. Aunque todavía es muy pronto para valorar el impacto global del 11 de septiembre, muchas preocupaciones preliminares han sido identificadas. Es necesaria una mayor conciencia de los aspectos psicológicos relacionados con el desastre, diferenciando lo que es patológico de lo que no lo es. No todos los afectados por el desastre desarrollarán un síndrome de estrés posttraumático. Se necesitan más investigaciones sobre qué intervenciones psiquiátricas específicas pueden ser útiles en la fase aguda del desastre. Estas investigaciones necesitan una orientación clínica para conocer lo que es aplicable por el clínico sobre el terreno. También deben investigarse las formas

de mejorar la organización de la atención a la salud mental en las secuelas del desastre. Esto supone una mayor implicación e interrelación entre la salud mental comunitaria y el manejo del desastre por la comunidad. El establecimiento de redes puede asegurar un mayor nivel de cooperación y colaboración. Estas conexiones pueden, además, conducir a un mayor papel de la salud mental en la preparación y respuesta al desastre. Cada aspecto de la planificación del desastre puede tener implicaciones en salud mental. Por ejemplo, cómo la población se enfrenta a la evacuación, comunicación, ayudas sociales. Finalmente, es necesario integrar las lecciones aprendidas de éste y de todos los desastres pasados y venideros, en la planificación de la salud mental en los desastres. Desgraciadamente, muchas de las implicaciones y preocupaciones derivadas del 11 de septiembre fueron identificadas en investigaciones previas. Aunque cada desastre haga emerger nuevas cuestiones, hay algunos paradigmas básicos que pueden ayudar a mitigar los terribles efectos del desastre, que pueden promover la resiliencia entre los afectados.

Traducción: Ana González Rodríguez

### **Bibliografía.**

- Bowenkamp CD. Community collaboration in disaster: the role of voluntary agencies. *Prehospital Disaster Medicine* 2000; 15:207-8.
- Dynes RR. Coming to terms with community disasters. IQuarantelli EL. (Ed.). *What is a disaster?* London: Routledge Press, , 1998. 109-26.
- Epstein RS, Fullerton CS, Ursano RJ. Posttraumatic stress disorder following an air disaster: a prospective study. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155:934-8.
- Foa EB, Hearst-Ikeda D, Perry KJ. Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims.

Journal of Consulting and Clinical Psychology 1995; 63:948-55.

Gregg W/Medley I, Fowler-Dixon R, Curran P et al. Psychological consequences of the Kegworth air disaster. British Journal of Psychiatry 1995; 167: 812-7.

Katz CL, Pellegrino L, Pandya A, Ng A, De Lisi LE. Research on psychiatric outcomes and interventions subsequent to disasters: a review of the literature. Psychiatry Research 2002; 110:201-17.

Lagnado L. Disaster psychiatry volunteers minister to the distraught. Wall Street Journal 2001; September 17:89.

McCaughey BG. US Navy Special Psychiatric Rapid Intervention team (SPRINT). Military Medicine 1997; 152:133-5.

North CS, Hong BA. Project CREST: a new model for mental health intervention after a community disaster. American Journal of Public Health 2000; 90:1057-8.

North CS, Weaver JD, Hong BA. Roles of psychiatrists in multidisciplinary mental health disaster teams. Psychiatric Services 2001; 52(536-537).

Peuler J. Family and community outreach in times of disaster: the Santa Cruz experience. Sowder BJ, Lystad M. (Eds.) . Disasters and mental health. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1986: 251-6.

Sokel RJ. Early mental health intervention in combat situations: The U.S.S. Stark. Military Medicine 1989; 154:407-9.

Ursano RJ, Fullerton CS, Norwood AE. Psychiatric dimensions of disaster: patient care, community consultation, and preventive medicine. Harvard Review of Psychiatry 1995; 3:196-209.

World Health Organization. Psychosocial guidelines for preparedness and intervention in disaster. Geneva: World Health Organization, 1991.

# Reacciones postraumáticas a consecuencia del huracán Mitch: Un estudio epidemiológico en Tegucigalpa, Honduras.

Robert Kohn<sup>1</sup>, Itzhak Levav<sup>2</sup>, Irma Donaire García<sup>3</sup>, Miguel E. Manchuca<sup>4</sup>, Rita Tamashiro<sup>5</sup>

## Introducción.

El Huracán Mitch azotó Centroamérica –como un huracán de categoría 4– a partir del 25 de octubre de 1998. Desde el 26 de octubre y hasta que comenzó a disiparse el día 29, las velocidades del viento alcanzaron los 285 km./hora. Honduras sufrió la mayor carga de este desastre natural.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el gobierno hondureño estimaron que más de 1.500.000 personas se vieron obligadas a desplazarse; 5.657 murieron y otras 8.058 desaparecieron. 112.272 personas resultaron damnificadas. Aproximadamente 1.375 albergues temporales tuvieron que establecerse para alojar a las 285.000 víctimas de este desastre (Secretaría de Salud de Honduras, 1999). En el Departamento Francisco Morazán –donde está situada Tegucigalpa– 404.225 individuos tuvieron que desplazarse, de los cuales 22.429 se alojaron en 165 albergues (Gobierno de Honduras, 1998).

El huracán dejó sin funcionamiento a 15 de los 29 hospitales del país. El 30% de la infraestructura de salud fue dañada, y el 80% de la población tuvo dificultades para obtener agua potable. Se observaron aumentos marcados de las enfermedades diarreicas, cólera, malaria y dengue. Debido al agua contaminada y al deterioro de las condiciones sanitarias y del control de de-

sechos, hubo un aumento súbito en la leptospirosis. Pero en lo relativo a la salud mental, poco se informó sobre los efectos del desastre.

El estudio comunitario que se refiere a continuación tuvo como objetivo estudiar el riesgo de desarrollar trastornos psíquicos en la población adulta expuesta al huracán. Además, se presentan los índices de violencia y las tasas de utilización de los servicios, en el periodo que siguió al huracán.

## Material y método.

### Selección de la muestra.

El estudio se realizó en Tegucigalpa entre el 30 de diciembre de 1998 y el 30 de enero de 1999 –de un mes y medio a dos después del huracán. Se entrevistaron 800 adultos en una muestra estratificada: la mitad de la misma provenía de los barrios donde principalmente residen individuos de la clase socioeconómica (ESE) más baja; un cuarto de la muestra de barrios de clase media y el otro cuarto de los barrios de estrato socioeconómico alto. Cada uno de los tres estratos socio-económicos fue seleccionado de dos tipos de vecindarios v.g., distritos altamente impactados y los menos afectados. Los individuos de ESE más bajo y del grupo altamente afectado se subdividieron en dos grupos adicionales: aquellos que residían en la comunidad y los que residían en albergues.

<sup>1</sup>Brown University, Department of Psychiatry and Human Behavior, Providence, RI, EUA.

<sup>2</sup>Servicios de Salud Mental. Ministerio de la Salud. Jerusalén. Israel.

<sup>3</sup>Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras.

<sup>4</sup>Organización Panamericana de la Salud, Tegucigalpa, Honduras.

<sup>5</sup>Universidad Nacional Autónoma, Tegucigalpa, Honduras.

Los hogares fueron seleccionados de los vecindarios predeterminados mediante el recuento de su número en el área y su división por el número de entrevistas necesarias (generalmente 100). El número resultante indicó qué casas fueron seleccionadas comenzando al inicio de una calle. Si los residentes de la casa seleccionada no podían ser localizados, se escogía la casa siguiente. En alguna zona donde los hogares se destruyeron o en los vecindarios más pobres donde fue sumamente difícil contar las casas, se seleccionaron las viviendas consecutivas. En los albergues, todas las familias fueron seleccionadas.

Todos los residentes seleccionados en un hogar fueron entrevistados. Si no podían ser localizados, se les pedía a los vecinos o los trabajadores ocupados en las reparaciones que identificaran dónde estaban viviendo en ese momento. Al entrevistado se le pedía que describiera que sucedió en el hogar y diera detalles sobre los individuos que vivían allí. También se les pidió una lista de todas las personas que estaban residiendo en la casa en el momento del huracán, independientemente de la relación. Posteriormente, los adultos (15 años o más) de ambos géneros se enumeraron en orden descendente, según la edad. Cada entrevista tenía un número preasignado y por la entrada del número de individuos elegibles en una rejilla Kish, se determinaron las personas a entrevistar (Kish, 1965). El consentimiento informado se obtuvo tanto de la persona que proporcionaba la información acerca de los residentes del hogar, como de los sujetos que se sometían a la entrevista más extensa.

#### El protocolo de entrevista.

La entrevista constó de 11 secciones: información demográfica, exposición al trauma durante el huracán, malestar psicológico inespecífico, depresión, estrés post-traumático, abuso del alcohol, utilización de los servicios y violencia en la

comunidad. Un psiquiatra y un psicólogo hondureños tradujeron las escalas que no estaban disponibles en español. Todos los ítems fueron evaluados por el equipo, en cuanto su validación cultural y modificados de acuerdo al uso local.

El malestar psicológico inespecífico se midió usando dos instrumentos, el *Psychiatric Epidemiology Research Interview Demoralization Scale* (PERI-D) (Dohrenwend et al. 1980) y el *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) (Beusenbergh y Orley, 1994). Dado que el objetivo del estudio fue determinar los problemas psiquiátricos y psicológicos actuales, tanto el PERI como el SRQ se modificaron para inquirir acerca de los 7 últimos días en lugar del mes pasado, como consta en las escalas originales. Para medir el duelo debido a las pérdidas por el huracán se usaron cinco ítems del *Texas Inventory of Grief / TIG* (Faschingbauer et al. 1977). También se incluyeron cinco ítems sobre el abuso del alcohol (Climent y Arango, 1983), que se modificaron de forma tal que establecieran las conductas en relación con el mismo periodo del huracán.

Para evaluar la presencia de depresión mayor en el momento de la entrevista, se utilizó una lista de verificación de síntomas DSM-IV/CIE-10, preguntando por su presencia en las dos últimas semanas. Este instrumento se usó anteriormente en un estudio multicéntrico sobre la práctica clínica en atención primaria en América Latina. El diagnóstico según el DSM-IV del trastorno de estrés post-traumático (TEP) se obtuvo usando el *Composite International Interview Schedule (CIDI)* / módulo de PTSD, versión en español 2.1) (WHO, 1997). El módulo usado obtuvo el diagnóstico actual y cada pregunta se modificó para que sólo se refiriera al huracán y no a cualquier otro suceso traumático. La presencia actual –en los 7 últimos días– de síntomas de estrés post-traumático se evaluó también con el *Impact of Event Scale* (Horwitz y cols., 1979); los ítems fueron vinculados directamente al huracán en lugar de quedar abiertos a otros eventos traumáticos.

La entrevista concluyó con una serie de preguntas acerca de si el individuo, después del huracán, buscó alguna forma de asistencia médica o de salud mental y cuáles de esos proveedores de servicio utilizaría en el futuro. Otras preguntas, tanto abiertas como cerradas, evaluaron el grado de exposición traumática que ocurrió durante el huracán. En la entrevista fue incluido un ítem para controlar la presencia de cualquier problema psicológico premórbido, "¿tenía problemas de los nervios con anterioridad al huracán?".

### **Análisis estadístico.**

Se utilizó un ANOVA unidireccional para determinar las diferencias entre los valores medios de los siete estratos; las diferencias entre pares se corrigieron por comparaciones múltiples utilizando el procedimiento Tukey. El incremento del riesgo para la desmoralización, problemas psicológicos, abuso de alcohol, aflicción y síntomas de estrés post-traumático se investigó aplicando los modelos de regresión múltiple controlados por factores demográficos. La regresión logística se usó para los resultados de categorías dicotómicas; en particular la presencia o la ausencia de episodio depresivo mayor, estrés post-traumático o ambos. Las variables independientes fueron seleccionadas según el barrio fuera de exposición alta versus baja. Todos los modelos de regresión múltiple y logística, incluyeron inicialmente como covariables el estrato socioeconómico, género, estado civil, edad y educación. Las covariables no significativas desde el punto de vista estadístico se eliminaron por medio de un procedimiento retrospectivo. La variable "problemas con los nervios antes del huracán" se agregó a cada uno de los modelos finales. La interacción entre el ESE y la exposición también se investigó para determinar si la exposición alta al huracán repercutió desproporcionadamente en la salud mental de los grupos

de bajo ESE. Se aplicaron las correcciones Bonferroni al investigar las diferencias de los subgrupos en los análisis de Chi-cuadrado.

### **Resultados.**

#### Información demográfica.

Fueron entrevistadas 800 personas: 100 residentes en barrios de baja exposición y ESE alto; 101 en barrios de baja exposición y ESE medio; 199 en barrios de baja exposición y ESE bajo; 100 en barrios de alta exposición y ESE alto; 100 en barrios de alta exposición y ESE medio; 98 en barrios de alta exposición y ESE bajo; y 102 residentes en albergues de alta exposición y ESE bajos.

Las mujeres constituyeron el 61,4% de la muestra. El 30% estaban casados, 21,7% vivían en unión consensual, 38% eran solteros, y el 10,4% restante viudos, divorciados o separados. La edad promedio de los sujetos fue  $37,0 \pm 17,3$  años. Aproximadamente, el 6,7% de los entrevistados nunca había asistido a la escuela, el 36,1% tuvo educación escolar primaria, el 34,9% escolaridad secundaria y el 22,3% educación universitaria. Una proporción considerable de la muestra (22,2%) estaba desempleada en ese momento y un 17,2% se describieron como amas de casa. El 20% reconoció tener "problemas con los nervios" previos al huracán.

El Cuadro 1 muestra la frecuencia de siete tipos de eventos que ocurrieron durante el huracán y su distribución en cada estrato: casa dañada, ser testigo de que alguien resultara herido, ser testigo de alguna muerte, haberse lesionado, pérdida de pertenencias y pérdida de un animal doméstico o mascota. Doce individuos, incluidos dos procedentes de grupos de baja exposición, informaron haber sido testigos de alguna muerte.

Pertenecer a los grupos de exposición alto o bajo no se asoció significativamente con el ESE,

el género, o la edad. Los individuos divorciados, separados, o viudos se encontraron en una frecuencia mayor en el grupo de alta exposición (Chi-cuadrado = 11,9, df = 5,  $p < 0.04$ ). Los sujetos en el grupo de alta exposición también informaron “tener problemas con nervios antes del huracán” más a menudo ( $p < 0,02$ ).

El Cuadro 2 proporciona un resumen de las tasas de trastornos psiquiátricos después del huracán según género, ESE y exposición. El número estimado de individuos con problemas de salud mental después del desastre se presenta en el Cuadro 3.

#### Escalas de síntomas.

El ANOVA unidireccional encontró diferencias estadísticamente significativas de desmoralización entre los grupos ( $F = 11,8$ ,  $df = 6/772$ ,  $p < 0,0001$ ) basado en el PERI-D. La exposición alta, en el modelo de regresión múltiple, predijo mayor riesgo para la desmoralización después de ajustarse por el género, ESE, estado civil y haber tenido “problemas previos con los nervios” ( $F = 263$ ,  $df = 8/768$ ,  $p < 0,0001$ ,  $r^2 = 0,25$ ). Los

factores de riesgo para la desmoralización en esta población fueron bajo ESE, género femenino, estar divorciado, separado o viudo y haber tenido “problemas previos con los nervios”.

Del mismo modo, el ANOVA unidireccional del SRQ mostró diferencias significativas ( $F = 12,7$ ,  $df = 6/764$ ,  $p < 0,0001$ ). Los grupos de alta exposición y bajo ESE fueron significativamente más afectados que cualquiera de los otros grupos. Del mismo modo que la desmoralización, una mayor exposición al huracán predijo gran dificultad psicológica en el modelo de regresión múltiple ( $F = 21,6$ ,  $df = 9/755$ ,  $p < 0,0001$ ,  $r^2 = 0,25$ ). El género femenino, un ESE bajo, menor nivel educativo, estar divorciado, separado o viudo o tener “problemas previos con los nervios” predecían puntuaciones elevadas del SRQ. Los resultados del PERI-D y el SRQ estuvieron altamente correlacionados ( $r = 0,83$ ,  $p < 0,001$ ).

Se usó el punto de corte del SRQ 9/10 (Peñayo y cols. 1990), establecido en un estudio de pacientes de la atención primaria en Nicaragua. El 22,1% de la población de Honduras, después del huracán, fue identificada como casos potenciales basado en este punto de corte; con tasas

**Cuadro 1**  
**Eventos traumáticos durante el huracán, según el grado de exposición y el nivel socio-económico.**

Variable	Total	BA	BM	BB	AA	AM	AB	ABAlb
N	800	100	101	199	100	100	98	102
Casa dañada	(Chi- cuadrado = 246,65, df = 6, $p < 0,00001$ )							
Sí	29.5	4.9	5.5	34.4	25.5	13.4	41.6	76.6
Vió a alguien lesionado	(Chi- cuadrado = 20,71, df = 6, $p < 0,0023$ )							
Sí	4.9	3.1	1.0	1.3	2.8	6.4	5.3	17.9
Vió morir a alguien	(Chi- cuadrado = 13,18, df = 6, $p < 0,0414$ )							
Sí	1.6	1.5	0.0	0.5	2.2	2.3	0.9	5.1
Entrevistado lesionado	(Chi- cuadrado = 41,32, df = 6, $p < 0,00001$ )							
Sí	5.1	0.0	0.0	3.3	6.0	7.3	8.9	12.3
Pérdida de pertenencias	(Chi- cuadrado = 447,40, df = 6, $p < 0,00001$ )							
Sí	26.6	2.8	4.6	5.9	46.4	30.8	26.6	88.9
Animal doméstico perdido	(Chi- cuadrado = 75,31, df = 6, $p < 0,00001$ )							
Sí	8.9	0.6	0.0	3.8	15.1	8.3	12.8	27.0

Barrio: BA = Baja exposición y nivel socio económico (ESE) alto. BM = Baja exposición y ESE medio. BB = Baja exposición y ESE bajo. AA = Alta exposición y ESE alto. AM = Alta exposición y ESE medio. AB = Alta exposición y ESE bajo. ABAlb. = Alta exposición y ESE bajo en albergue.

significativamente mayores en los expuestos, en las mujeres y en los de ESE inferiores. Un factor de riesgo adicional fue haber tenido "problemas previos con los nervios".

Los problemas relacionados con el alcohol fueron significativamente diferentes a través de los estratos, basado en la escala de cinco ítems ( $F = 3,4$ ,  $df = 6/798$ ,  $p < 0,003$ ). Sin embargo, el único grupo donde se elevaron significativamente fue el de bajo ESE y alta exposición que vivían en albergues. El modelo de regresión múltiple encontró que un ESE bajo, ser soltero y hombre eran factores predictivos de problemas con el alcohol en el periodo post-huracán ( $F = 3,4$ ,  $df = 7/797$ ,  $p < 0,0001$ ,  $r^2 = 0,06$ ). Se observó una interacción significativa entre los ESE y la exposición; los barrios de alta exposición y con ESE bajo se asociaron significativamente ( $p < 0,04$ ) con el abuso de alcohol post-desastre.

La *Impact of Events Scale* mostró diferencias pronunciadas en los síntomas de estrés post-traumático entre de los grupos de exposición ( $F = 17,7$ ,  $df = 6/773$ ,  $p < 0,0001$ ). En los barrios de alta exposición fue significativa la presencia de síntomas de TEP en el modelo de regresión múltiple ( $F = 27,9$ ,  $df = 6/765$ ,  $p < 0,0001$ ,  $r^2 = 0,20$ ). Además, el género femenino, ESE bajo, menor nivel educativo y tener "problemas con los nervios antes del desastre" fueron factores de riesgo adicionales.

La medida de aflicción por el duelo según el TIG también demostró diferencias entre los siete grupos ( $F=12,9$ ,  $df = 6/394$ ,  $p < 0,0001$ ). El modelo de regresión múltiple para la escala de TIG también demostró un mayor riesgo para los sentimientos de duelo entre los expuestos ( $F = 17,2$ ,  $df = 4/389$ ,  $p < 0,0001$ ,  $r^2 = 0,15$ ). La única covariable resultó ser un factor de riesgo significativo fue el ESE.

## Cuadro 2

### Trastornos mentales según el grado de exposición al trauma, el género y el nivel socio-económico.

Variable	Total	BA	BB	B	AA	AB	A
Total	800	201	199	400	200	200	400
Depresión mayor	19.5	11.4	18.5	14.9	15.2	33.4	24.2
TEP	10.6	3.0	12.8	7.9	8.9	18.6	13.4
Abuso de alcohol	5.8	4.2	3.1	3.7	3.2	12.9	8.0
Desmoralización	22.1	12.2	22.4	17.3	14.8	38.6	26.9
Uso del servicio de salud	26.5	21.3	27.1	24.2	23.3	34.5	28.9
Ayuda para los nervios	8.9	5.4	9.3	7.4	5.3	15.3	10.3
<b>Hombres</b>	<b>302</b>	<b>80</b>	<b>63</b>	<b>143</b>	<b>83</b>	<b>76</b>	<b>159</b>
Depresión mayor	13.1	5.2	15.5	10.0	8.5	23.1	15.9
TEP	6.9	0.8	12.6	6.3	2.7	12.3	7.5
Abuso de alcohol	12.9	10.8	6.8	8.9	6.0	26.7	16.4
Desmoralización	15.2	10.0	13.5	11.7	4.0	32.1	18.4
Uso del servicio de salud	19.2	18.9	17.5	18.2	11.7	28.4	20.1
Ayuda para los nervios	4.4	2.9	5.3	4.1	1.8	7.5	4.7
<b>Mujeres</b>	<b>498</b>	<b>121</b>	<b>136</b>	<b>257</b>	<b>117</b>	<b>126</b>	<b>241</b>
Depresión mayor	23.7	15.4	20.0	17.8	19.8	40.9	30.1
TEP	13.0	4.5	13.0	8.8	12.0	23.2	17.4
Abuso de alcohol	1.4	0.0	1.2	0.6	1.3	3.2	2.2
Desmoralización	26.5	13.6	27.0	20.6	22.0	43.3	32.6
Uso del servicio de salud	31.1	22.9	31.9	27.6	31.2	38.7	34.9
Ayuda para los nervios	11.6	7.0	11.4	9.3	7.6	20.8	14.1

Barrio: El BA = Baja exposición y ESE alto. BB = Baja exposición y ESE bajo. AA = Alta exposición y ESE alto.  
 AB = Alta exposición y ESE bajo no albergados. Exposición: B = exposición baja. A = exposición alta.  
 TEP: trastorno por estrés post-traumático.

### Trastornos según el DSM-IV.

El diagnóstico de un episodio depresivo mayor en las 2 semanas previas a la entrevista estuvo presente en un 19,5% de la población. Los de las zonas de alta exposición registraron una tasa prevalencia de un 24,2% comparados con un 14,2% en los barrios menos expuestos (Chi-cuadrado= 12,5, df = 1, p < 0,0004). Se detectaron diferencias en las tasas de episodio depresivo mayor entre los grupos. Se observaron diferencias estadísticamente significativas después de la aplicación de una corrección Bonferonni en los residentes en albergues comparados con todos los otros grupos, excepto con los de ESE más bajo. Una regresión logística dirigida a examinar los factores de riesgo de un episodio depresivo mayor encontró significativos el ESE, el género, y haber tenido "problemas con los nervios" antes del huracán. La exposición a riesgos para un episodio depresivo mayor dio lugar a una OR = 1,8 después de controlar por los "problemas anteriores con los nervios".

La presencia de TEP debido al Huracán Mitch se encontró en un 10,6% de la población; en el 7,9% del grupo de baja exposición y el 13,4% de la muestra sumamente expuesta (Chi-cuadrado = 6,2, df = 1, p < 0,02). Hubo diferencias significativas intergrupales después de la corrección Bonferonni entre los que estuvieron en un albergue, que tenían tasas mayores de TEP, que el grupo de ESE medio y baja exposición. Sin embargo, la tasa de síntomas de TEP relacionados con el huracán fue mucho mayor cuando se excluyeron los criterios de duración del trastorno y discapacidad. Los síntomas de TEP se encontraron en un 23,0% de los entrevistados; el grupo de baja exposición tuvo una tasa de un 15,9%, y el grupo de alta exposición un 30,3%. (Chi-cuadrado = 23,0, df = 1, p < 0,0001). Los factores de riesgo de TEP después del huracán incluían estar en el grupo de mayor exposición, ESE, género, edad y haber tenido "problemas con los nervios" antes del desastre. La *odds ratio* para desarrollar el TEP debido a estar en el grupo sumamente expuesto fue 1,9 (p < 0,02). Cuando se conside-

**Cuadro 3**  
**Estimación del número de personas con trastornos psiquiátricos después del Huracán Mitch**

Variable	Indirectamente afectada		Directamente afectada		Albergue		Total	
	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto
<b>Total</b>	<b>2.451,456</b>		<b>710,028</b>		<b>152,280</b>		<b>3.314,304</b>	
Depresión mayor	365,267	593,252	135,615	193,128	60,211	60,211	561,093	846,591
TEP	193,665	328,495	84,493	136,325	27,660	27,660	305,819	492,481
Abuso de alcohol	90,704	196,116	33,371	55,382	27,355	27,355	151,430	278,853
Desmoralización	424,102	659,442	143,426	219,399	70,756	70,756	638,283	949,596
<b>Hombres</b>	<b>1.250,243</b>		<b>362,114</b>		<b>77,938</b>		<b>1.690,295</b>	
Depresión mayor	125,024	198,789	49,972	88,356	17,068	17,068	192,064	304,213
TEP	78,765	93,768	24,262	52,507	7,794	7,794	110,821	154,069
Abuso de alcohol	111,272	205,040	37,298	69,164	26,577	26,577	175,146	175,146
Desmoralización	146,278	230,045	43,816	99,581	28,525	28,525	315,602	351,151
<b>Mujeres</b>	<b>1.201,213</b>		<b>347,914</b>		<b>74,882</b>		<b>1.624,009</b>	
Depresión mayor	213,816	361,565	79,324	101,939	39,014	39,014	332,154	502,517
TEP	105,707	209,011	53,579	78,281	17,897	17,897	177,182	305,189
Abuso de alcohol	7,207	26,427	3,131	0	4,718	4,718	15,056	31,144
Desmoralización	247,450	391,595	89,414	115,855	39,613	39,613	376,476	547,063

Nota: Las personas directamente afectadas no incluyen a aquellas en albergues.  
TEP: trastorno por estrés post-traumático.

raron aquellos individuos que ya tenían “problemas con sus nervios” el grado de exposición tuvo una OR = 1,6 ( $p < 0,05$ ).

La comorbilidad entre TEP y episodio depresivo mayor fue alta. La tasa de comorbilidad en total fue de un 6,9%, un 8,9% en el grupo de alta exposición y un 4,9% en el grupo de baja exposición (Chi-cuadrado = 4,7,  $df = 1$ ,  $p < 0,04$ ). El grupo de exposición, ESE, edad y haber tenido “problemas previos con los nervios” fueron factores de riesgo para la comorbilidad.

### Patrones de búsqueda de atención.

Un cuarto de los sujetos incluidos en la muestra (26,5%) consultó con los servicios de salud después de Huracán Mitch. Los grupos expuestos y no expuestos consultaron en una tasa similar. De aquellos que consultaron los servicios de salud, el 58% fueron a los servicios médicos generales, el 5,3% a los servicios de salud mental y el resto a otros servicios. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la búsqueda de servicios de salud mental entre los grupos expuestos y no expuestos. El 8,8% de toda la muestra informó que consultó con alguien por los “problemas con los nervios” después del huracán. Además no se observaron diferencias entre los dos grupos de exposición. Sólo el 10,2% de los que consultaron a alguien por “problemas con los nervios” vieron a un psiquiatra, mientras 19,8% fue a un psicólogo, el 3,0% una enfermera y el 8,2% a un religioso. La mayoría (49,1%) acudieron a sus médicos de atención primaria. Una proporción considerable de los que buscaron ayuda por “problemas con los nervios” vieron a un amigo (16,1%), el 7,1% a un familiar, y el 8,1% acudieron a otra fuente de asistencia.

Aquellos individuos que dijeron no haber buscado asistencia por “problemas con los nervios” indicaron que si estuvieran necesitados de ayuda buscarían los servicios de salud mental. Los psiquiatras fueron mencionados por un 17,9%, y los

psicólogos por 20,4%. El 37% indicó que ellos usarían a su médico general, y un 6,0% iría a su pastor o sacerdote. El 10% sostuvo que ellos sólo irían a un amigo; el 8% a su familia, el 2% iría ver a una enfermera y el 8% buscaría otras fuentes de ayuda.

Los de ESE más bajo buscaron con más frecuencia los servicios de salud después del huracán (chi-cuadrado = 7,78,  $df = 2$ ,  $p < 0,03$ ). Además del ESE, el género fue la única variable que se asoció con la búsqueda de ayuda después del huracán. Las mujeres fueron a los servicios de salud en una tasa mayor que los hombres (OR = 1,8,  $p < 0,002$ ) y más a menudo buscaron ayuda para los “problemas con los nervios” (OR = 2,7,  $p < 0,003$ ). Las mujeres fueron a los servicios de salud con una frecuencia de un 31,1% y buscaron ayuda para los nervios en una tasa de un 11,6%, comparados con un 19,2% (Chi-cuadrado = 14,2,  $df = 1$ ,  $p < 0,0002$ ) y un 4,4% (Chi-cuadrado = 14,5,  $df = 1$ ,  $p < 0,0002$ ), respectivamente, en los hombres.

### Exposición a la violencia.

La exposición a la violencia después del huracán ocurrió en, aproximadamente, un tercio de la muestra, y un 6,2% informaron haber sido asaltados. El 7% de los entrevistados admitieron perpetrar actos de la violencia. Los niños entrevistados fueron golpeados, empujados, punzados, azotados con correas o cinturones, o agredidos sexualmente en una proporción del 7,9%, en el periodo posterior al desastre. Las tasas globales de violencia no variaron con los grados de exposición. Sin embargo, los de ESE más bajo fueron más asaltados (Chi-cuadrado = 8,3,  $df = 2$ ,  $p < 0,002$ ).

### Discusión.

El Huracán Mitch no sólo produjo muertes, enfermedades físicas y enormes pérdidas económicas a Honduras, sino también una crisis en el estado de salud mental de una magnitud epidé-

mica, creando una emergencia de salud pública. La repercusión de un desastre en la salud mental es resultado de varios factores que han de ser considerados de forma adecuada: el tipo de pérdidas (económica, de la propiedad, de animales domésticos y mascotas, la red social, parientes, o la familia inmediata); la causa (producidos por el hombre versus la naturaleza); la implicación del individuo (periférica o central); y los factores de impacto del desastre (el alcance, la duración, la intensidad y la previsibilidad). El impacto agudo de un desastre puede dar lugar a duelos patológicos, TEP, otros trastornos psiquiátricos diferentes al TEP, una combinación de los tres resultados o ninguna dificultad; así como otros problemas psicológicos tales como la conducta violenta. Estas alteraciones pueden evolucionar hacia la cronicidad o a la resolución del proceso agudo. La modificación de condiciones, como la predisposición biológica y psicológica, los factores ocupacionales y sociodemográficos, elementos culturales, la calidad de la relación con el difunto, la intervención, la confirmación de la muerte versus la presunción de muerte y los soportes sociales, pueden hacer variar los resultados de un desastre (Kohn y Levav, 1990).

Este estudio sobre la salud mental de la población después del Huracán Mitch es uno de los pocos que ha usado una muestra comunitaria con un grupo control, así como medidas fiables. Un estudio de 1995, realizado por Bromet y Rocío, fue sumamente crítico acerca del estado actual de las investigaciones sobre los desastres. Los autores sostuvieron que hay pocas investigaciones sobre la epidemiología de los desastres. Aunque existen excepciones, pocos estudios tienen muestras grandes, grupos de comparación, medidas de resultados sistemáticas y fiables, análisis multivariados de los efectos de la exposición, inclusión de factores de riesgo conocidos y de modificaciones de los trastornos en el estudio.

La salud mental de la población hondureña requerirá de un seguimiento continuo para de-

terminar la repercusión a largo plazo del Huracán Mitch. La recuperación puede ser dificultada por factores estresantes secundarios, incluida la exposición a la violencia. Los individuos sujetos a un estrés secundario quizás sean más vulnerables y mantengan índices mayores de TEP, depresión mayor, discapacidad y malestar psicológico. Habría que identificar cuáles son los individuos en riesgo, y cuáles son los factores que puedan estar actuando como mediadores sobre este riesgo, para que se puedan proveer los servicios e intervenciones adecuados.

*Agradecimiento: La financiación fue proporcionada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.*

### **Bibliografía.**

- Beusenberg M, Orley J: A User's Guide to the Self Reporting Questionnaire. Division of Mental Health World Health Organization: Geneva; 1994.
- Bromet E, Dew MA: Review of psychiatric epidemiologic research on disasters. *Epidemiologic Reviews* 17:113-119; 1995.
- Climent CE, Arango MV: Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria. Serie Paltex para técnicos médicos y auxiliares, No. 1. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1983.
- Dohrenwend BP, Shrout PE, Egri G, Mendelsohn FS: Measures of non-specific psychological distress and other dimensions of psychopathology in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 1229-1236.
- Faschingbauer TR, Devaul RA, Zisook S: Development of the Texas Inventory of Grief. *Am J Psychiatry* 1977; 134: 696-698.
- Government of Honduras: Número de Personas Damnificadas y en Albergues. Secretaria Técnica y de Cooperación International SETCO; 1998.

- Horwitz M, Wilner N, Alvarez W: Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Med* 1979; 41: 209-218.
- Kish L: *Survey Sampling*. New York: John Wiley & Sons; 1965.
- Kohn R, Levav I: Bereavement in disaster: an overview of the research. *Int J Mental Health* 1990; 19: 61-76.
- Pan American Health Organization. *Health in the Americas 1998 Edition*, Scientific Publication 569. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1998
- Panayo U, Kullgren G, Caldera T: Mental disorders among primary health care patients in Nicaragua. *Acta Psychiatr Scand* 1980; 82: 82-85.
- Secretaría de Salud Honduras: Huracán Mitch en Honduras 1998. Pan American Health Organization: Tegucigalpa, Honduras; 1999.
- Secretaría de Salud Honduras: Situación de Salud en Honduras: Indicadores Básicos 98. Honduras: Pan American Health Organization; 1998.
- World Health Organization: *Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 2.1)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1997.

# Dimensión social y política de la prevención y la atención a desastres. Variaciones sobre el caso mexicano.

Juan Manuel Ramírez Sáiz<sup>1</sup>

## Introducción.

A nivel internacional, en el análisis de los desastres, predomina notoriamente la consideración de los elementos económicos, físicos, ambientales o técnicos. Como ejemplo de ello, en algunas definiciones de corte operativo, se llega a decir que éstos existen cuando las pérdidas superan al millón de dólares y hay más de 100 muertos o heridos. Como contrapartida, los factores sociales, políticos, ideológicos, culturales e institucionales son tenidos en cuenta en menor medida, a pesar de tener una importancia decisiva en la gestión pública local y en las prácticas sociales de los damnificados (Mansilla, 1996, 24-25). Este artículo gira en torno a estos aspectos relegados en la literatura especializada. Consta de cuatro partes: a). aclaración de los términos o conceptos utilizados, b). recuperación de los resultados derivados de investigaciones internacionales sobre las dimensiones socio-políticas de los desastres, c). análisis comparativo acerca del comportamiento de los damnificados así como de la sociedad y del gobierno en tres desastres ocurridos en México: el sismo de 1985 en el D. F. y en Ciudad Guzmán, Jalisco, así como las explosiones del drenaje en Guadalajara, Jalisco, en 1992, y d). consideración acerca de los modos actuales de relacionarse los sistemas estatales y municipales mexicanos de prevención de desastres con la población, con base en las experiencias del fenómeno meteorológico "Pauline" en Acapulco en 1997 y de los riesgos volcánicos

planteados durante 1998 y 1999 por el Popocatepelt, enclavado en la confluencia de tres entidades federativas mexicanas (las de Puebla, Morelos y estado de México) y en el volcán del Fuego en el estado de Colima. Sin que estos seis casos constituyan una muestra estadísticamente representativa, permiten detectar, analizar y evaluar las actitudes y prácticas que asumieron segmentos significativos de la sociedad y el gobierno mexicanos, tanto ante situaciones de riesgo como de desastres ocurridos recientemente en el país.

## Los términos de la cuestión.

Los principales aspectos sociopolíticos implicados en los desastres son los ideológico-culturales, los educativo-operativos, los sociales y los político-institucionales. Los primeros remiten a la forma en que los hombres conciben el mundo y el medio ambiente en el que habitan y con el que interactúan y, asimismo, la manera en que los individuos se sitúan ellos mismos, como grupo, dentro del conjunto de la sociedad. Las actitudes que pueden asumir son diferentes y hasta encontradas, tales como: pasividad, fatalismo, predominio de mitos o, por el contrario, sentido emprendedor, práctico e incluso agresivo ante la vida. Es paradigmático el caso de los indígenas que habitan en las faldas del Popocatepelt y su relación mítica con este volcán al que coloquialmente llaman "Gregorio". Sostienen que éste no los va a dañar, porque es su amigo.

<sup>1</sup>Profesor-investigador del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente, ITESO, y de la Universidad de Guadalajara, Jalisco, miembro del Sistema Nacional de Investigadores, de la Academia Mexicana de Ciencias y, de 1996 al 2000, del Comité Científico Asesor del Centro Nacional para la Prevención de Desastres, CENAPRED, de la Secretaría de Gobernación del gobierno mexicano.

*Por parte de las comunidades, alude al nivel de autonomía y de autogestión que poseen para tomar decisiones sobre los problemas que les afectan. Cuanto mayores sean ambas, menor será la vulnerabilidad de la comunidad*

Relacionada con las actitudes anteriores, se encuentra la memoria colectiva, o la pérdida de ella, respecto de los factores que estuvieron presentes en desastres anteriores y la forma en que tanto las autoridades como la comunidad los perciben. En el caso de la memoria de los damnificados por la explosión del drenaje de Guadalajara, el 22 de abril de 1992, su conciencia acerca de los responsables de ese desastre ha sido mayor de lo que se esperaba: tienen certeza y mantienen vivo el recuerdo de que la paraestatal "Petróleos Mexicanos", PEMEX, es la culpable.

Los factores educativo-operativos se refieren al grado de entrenamiento o preparación con que cuenta la población acerca de las formas adecuadas de comportamiento (tanto en el ámbito individual y familiar como en el comunitario) en caso de amenaza o desencadenamiento de situaciones de desastre; asimismo, incluye las habilidades prácticas de que dispone la población para reducir los riesgos en las actividades que realizan. En México, el aprendizaje social es creciente a partir de 1985. Para impulsarlo, recientemente el gobierno federal anunció la inclusión de la materia de "Protección civil" en los planes de estudio de la educación básica (*Público*, 22 de septiembre de 2002).

Los componentes socio-organizativos estriban en la capacidad que tiene una comunidad para estructurarse y la forma en que se organiza para transformar las relaciones propias de la vida cotidiana entre vecinos, en acciones organizadas, en particular para prevenir y afrontar el riesgo. Relacionada con este factor, se encuentra la existencia o no de otras organizaciones sociales (nacionales, estatales o locales) que sean capaces de desempeñar un papel mediador entre el gobierno y las poblaciones vulnerables, así como la existencia o no de dirigentes capaces de cohesionar y motivar a la población hacia acciones preventivas que reduzcan su exposición a los efectos de los desastres. Como ya indiqué, a lo

largo de este texto analizo el surgimiento de organizaciones específicas en México con motivo de riesgo o acontecimiento de desastres.

Finalmente, los elementos político-institucionales consisten en la existencia de aparatos y dependencias gubernamentales específicas para la prevención y atención de desastres, así como su capacidad de respuesta a ellos (eficacia, eficiencia, etc.). En México no las había antes de 1985; después de esa fecha, se estableció el Sistema de Protección Civil a los tres niveles de gobierno (municipal, entidad federativa y federación). Además, en 2001, el gobierno federal creó el Programa de Atención Psicológica en Caso de Desastres (PAPCP). Es decir, se están generando instituciones específicas. Asimismo, implica el tipo y grado de articulación existentes entre las decisiones del gobierno local y las tomadas por el central. Por parte de las comunidades, alude al nivel de autonomía y de autogestión que poseen para tomar decisiones sobre los problemas que les afectan. Cuanto mayores sean ambas, menor será la vulnerabilidad de la comunidad. Incluye también la existencia o ausencia de reconocimiento legal o jurídico a las organizaciones de las comunidades que les permita participar en los procesos formales de toma de decisiones o en el manejo de recursos. (Más adelante aludiré a un convenio formal establecido entre la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología, SEDUE, y los damnificados del seísmo de 1985 en México).

En el inciso final de este ensayo, considero tres tipos de atención o de respuesta institucional a los desastres en México (el burocrático-partidario, el tecnocrático y el participativo). Pero adelanto ahora que, con respecto a los dos primeros, persisten todavía rasgos del modelo de prevención "belicista", es decir, del utilizado en situaciones de guerra. Este consistió fundamentalmente en las acciones defensivas llevadas a cabo para movilizar o evacuar a la población y que fueron aplicadas en las ciudades europeas contra los bombardeos enemigos durante la se-

gunda guerra mundial; y también, en el periodo de Guerra Fría, por la amenaza de ataques nucleares (Perry, 1985). En ambos casos, la intervención de la población fue reducida a obedecer, casi militarmente, las instrucciones que establece el ejército, como mando único autorizado. Pero, como es obvio, un desastre no es una guerra. No está de por medio una situación de seguridad nacional ante un enemigo externo. Es un asunto civil, en el que deben contar fundamentalmente el gobierno, con sus respectivas competencias o facultades, y los ciudadanos, con sus derechos y responsabilidades. En el modelo "belicista", hay una obsesión por el control del proceso de prevención y de atención a los desastres y, sobre todo, de la población, como si se tratara de una situación de guerra. Esta obsesión por el mando único y por el control del proceso no es indicativa de un gobierno fuerte, sino de uno autoritario y débil al mismo tiempo que, por su falta de legitimidad, tiene que recurrir a las medidas autoritarias, en vez de a los procedimientos concertados con la población.

### **Aportes de la investigación internacional acerca de la dimensión sociopolítica de los desastres.**

En la literatura mundial sobre desastres se detectan varias constantes o tendencias sobre el comportamiento de la población afectada. Estas han sido comprobadas en múltiples investigaciones, tanto nacionales como extranjeras, desde finales del siglo XX (Bunker, 1975; Haas, 1977; Quarantely, 1977; Todorov, 1978; Krepps, 1984; Drabeck, 1985; Perry, 1985; Maskrey, 1989; Macías, 1993). A partir de ellas es posible caracterizar las conductas sociales emergentes, el tipo de organizaciones que se constituyen, el ciclo por el que pasa la actuación de los diferentes actores que intervienen en un desastre y su atención, así como la dimensión política de este proceso.

Sobre las conductas sociales que emergen, los resultados apuntan en tres direcciones. La primera consiste en reconocer que en los desastres se dan prácticas antisociales como el pillaje, robo, saqueo y rapiña. No se puede ignorar, ocultar o negar, por más que resulte reprobable, que en situaciones de tragedia humana, algunos individuos recurren a conductas claramente antisociales. Pero se encuentra igualmente comprobado que estas conductas son llevadas a cabo por individuos y grupos reducidos, y que tienden a ser señaladas, criticadas y controladas por la propia comunidad implicada. Sin embargo, en conjunto, predominan, con mucho, las conductas asociativas, solidarias y humanitarias, para el rescate de víctimas, así como para la aportación y el reparto de víveres, medicinas y ropa. Es impresionante el descubrimiento de la fuerza y de la magnitud de la solidaridad que aflora ante estas situaciones trágicas. Está ampliamente demostrado que existe predominio de las acciones positivas sobre las antisociales o negativas. Por ejemplo, son impresionantes las cuadrillas o brigadas que se constituyen con miles de voluntarios. En el seísmo de 1985 en el D. F se contabilizaron 3.000.000 voluntarios. Fueron civiles anónimos y, sobre todo, jóvenes (a los que solemos considerar como irresponsables e irrespetuosos de las normas). Otro fenómeno detectado es la habilidad y la tenacidad de los directamente afectados y sus organizaciones, su capacidad para tejer identidades propias, para dar respuesta a los problemas inmediatos y formular propuestas. Indudablemente, para evitar o reducir las conductas antisociales, es preciso aplicar el control policial. Pero las respuestas gubernamentales no son claras ni coherentes ante las prácticas solidarias y la capacidad organizativa de la población.

A partir de los análisis y de los estudios de caso mexicanos, ya mencionados, es posible también caracterizar los grupos y organizaciones sociales que surgen y se constituyen en situaciones

*En el seísmo de 1985 en el D.F. se contabilizaron 3.000.000 voluntarios. Fueron civiles anónimos y, sobre todo, jóvenes (a los que solemos considerar como irresponsables e irrespetuosos de las normas)*

de desastre. Éstos pueden clasificarse en función de diferentes criterios, los dos más obvios son su duración y su posición ante el gobierno. De acuerdo con el primer factor, algunos grupos disponen de una existencia muy breve, casi efímera. Este ha sido el caso de los surgidos con motivo de inundaciones y ciclones en varios municipios del estado de Oaxaca y en el de Acapulco en Guerrero. Otros contaron con una permanencia mayor, pero no lograron consolidarse. Es decir, tal vez fueron fuertes y explosivos, pero desaparecieron rápidamente. Un ejemplo de ello fueron los grupos que surgieron en la población de San Juanico, en el estado de México, con motivo de la explosión de las estaciones de almacenaje y distribución de gas ("gaseras") el 19 de noviembre de 1984. En otros desastres, un número reducido de grupos lograron dar origen a agrupaciones de duración media pero que, sin embargo, no alcanzaron el grado de organizaciones propiamente dichas. Así sucedió con el autodenominado "Movimiento Civil de Damnificados- 22 de abril" (MCD-22) a raíz de las explosiones del colector central de Guadalajara en 1992. Finalmente, pueden constituirse movimientos de damnificados propiamente dichos y con mayor grado de permanencia, como la "Coordinadora Única de Damnificados", CUD, en los seísmos de 1985 en el D. F., y el "Comité Central de Damnificados" en Ciudad Guzmán, estado de Jalisco, en 1985.

A partir de su posición ideológico-política y de la actitud que adoptan ante el gobierno, se registran tres posturas básicas. La primera es la de los grupos que se limitan simplemente a aceptar las acciones y políticas que establece el gobierno ante un desastre; son los más numerosos. Otros asumen actitudes "no gubernamentales", pero sin cuentan presentar una posición claramente definida; a veces rechazan expresamente asumirla. Una minoría se declara independiente; toma distancia respecto de la estrategia estatal y de su lógica de actuación en los desastres.

Negocia con el gobierno y, con frecuencia, se enfrenta a algún aspecto de las medidas establecidas por él.

Un resultado significativo de la investigación sobre desastres es la explicitación del ciclo o de las etapas por las que pasa la respuesta social y gubernamental a un desastre, así como la detección de la lógica que subyace a la actuación de los factores sociales y políticos que intervienen durante esas distintas fases. Estas son tres: prevención, emergencia y reconstrucción o normalización. La prevención es el periodo de aplicación de medidas y acciones preventivas, previas al acontecimiento de siniestros. La emergencia es la respuesta que las instancias gubernamentales, la sociedad y los damnificados dan a los efectos inmediatos del siniestro, tanto para salvar vidas humanas y atender a heridos graves como para evitar la prolongación y agravamiento del siniestro. La normalización y reconstrucción es la fase destinada a corregir o subsanar los diferentes impactos del siniestro (económicos, físicos o urbanos, sociales y políticos) y lograr el regreso a la vida cotidiana y a la normalidad.

Para el análisis científico de los desastres y a fin de garantizar la respuesta eficaz a ellos, es fundamental tener en cuenta estas tres fases o momentos mencionados. Sus lógicas respectivas y los márgenes de acción que permiten para la intervención de cada tipo de factor que entra en juego (social o gubernamental), así como las limitaciones que para ellos conlleva, son significativamente distintos.

En la fase de la prevención no hay todavía damnificados, pero sí población de riesgo que está inserta en agrupaciones "naturales": vecinales, de trabajo, de recreación, etc. A su vez, los integrantes de cada una de ellas pueden tener relación con otros tipos de grupos, y todos somos potencialmente damnificados, ya que vivimos en la sociedad del riesgo (Luhmann, 1993). Por su parte, la mayor parte de la sociedad está poco interesada y entrenada en la prevención,

aunque es emergente la constitución de grupos de voluntarios. El gobierno mexicano, a partir de las experiencias del seísmo de 1985, estuvo más pendiente de establecer reglamentos y comités ciudadanos de "notables" que de promover y equipar a los grupos sociales "naturales" para educarlos en la prevención y entrenarlos para su intervención en casos de desastre. A partir de 1991, comenzó a educar a la población a través de simulacros y evacuaciones, por ejemplo, en escuelas y dependencias públicas. En conjunto, la situación prevaleciente en esta fase comienza a modificarse favorablemente en el país. Pero todavía hay escasa vinculación práctica, real, entre grupos sociales y estructuras institucionales de prevención.

En la etapa de la emergencia, suele ser excepcional la respuesta de los damnificados y de la sociedad a través de conductas solidarias e integradoras. Predomina el protagonismo de los directamente afectados. La presencia y eficacia del gobierno suele ser limitada, tiende a quedar rebasado por la sociedad y aparece como poco eficiente y excesivamente burocrático. La coordinación de la acción gubernamental no es clara, a pesar del supuesto mando único que debe existir en la respuesta a los desastres. Difícilmente, aunque lo pretenda, el gobierno logra establecer una dirección inmediata, real y coordinada. Porque con anterioridad al establecimiento de un mando único de las acciones emprendidas, se requiere una serie de decisiones políticas, hasta que el gobierno se hace presente en el lugar del desastre. La lógica burocrática y del ejército necesitan que la orden esté precisa. Es su modo propio de operación. Mientras que la lógica de los damnificados y de la sociedad es hacerse presente lo antes posible en un desastre, sin necesitar la autorización de nadie.

Durante la fase de la normalización-reconstrucción, debido a la complejidad técnica y financiera de la reconstrucción, cambia la relación en la intervención de los agentes sociales. Los damnifi-

cados se enfrentan a sus propios recursos y capacidad. Normalmente disminuye su protagonismo y fuerza social. La sociedad tiende a reducir su apoyo a los damnificados. Comienza a desinteresarse, porque piensa que la intervención del gobierno va a resolver la situación. Aumenta la presencia del gobierno, que recupera espacio de maniobra y se apropia del proceso de reconstrucción. Se convierte en el actor central. Se invierte su papel y su margen de acción respecto de la etapa de emergencia. La acción del gobierno intenta conseguir dos propósitos principales: a) reponer o reconstruir los servicios urbanos afectados (energía eléctrica, agua potable, viviendas destruidas, etc.), y b) eliminar todo riesgo de ingobernabilidad; para lograrlo, busca despoltizar las intervenciones de los diferentes grupos sociales, especialmente de los damnificados, a veces, controlando y desarticulando sus organizaciones.

El reconocimiento de estas tres etapas y de los márgenes de acción existentes para los actores en cada una de ellas, tiene gran importancia no sólo analítica sino política y práctica para la intervención del gobierno y para la acción de los damnificados.

Finalmente, los resultados de las investigaciones confirman la dimensión política de los desastres. Ella se origina en varios factores: a) el tipo de relaciones preexistentes entre sociedad y gobierno (estadocéntricas, sociocéntricas o complementarias), b) el nivel de organización previa de la población así como de su capacidad de iniciativa (alta, baja o media), c) la forma en que los damnificados reaccionan ante el desastre (pasiva, dinámica, etc.), d) el grado de solidaridad que la sociedad brinda a los damnificados (significativa, precaria o inexistente), y e) la modalidad de la respuesta que el gobierno da a los problemas específicos que surgen (autoritaria o negociadora). El elemento que atraviesa estos cinco factores es el carácter político tanto de la actuación de los ciudadanos, como de la intervención del gobierno, ya que ambos son entes políticos.

Los datos anteriores evidencian también que no es posible predecir la actitud que la sociedad y el gobierno asumirán ante los desastres. Porque las acciones humanas no son reproducibles, debido a que cambian las condiciones sociopolíticas en las que ellas se llevan a cabo. Pero sí es posible saber qué tipo de relaciones sociales y qué prácticas gubernamentales facilitan o dificultan el manejo de los conflictos que surgen en los desastres. Y en función de lo anterior, sugerir cuál es la estrategia aconsejable ante los grupos de afectados y ante las demandas que plantean, como intento hacerlo en las conclusiones de este ensayo.

### **Desastres y organizaciones de damnificados. Análisis comparativo de tres casos mexicanos.**

La relación que se entabla entre los factores sociales y políticos que intervienen en un desastre es aleatoria. Debe ser analizada en cada caso particular. Para documentar la experiencia mexicana, retomo los resultados de las investigaciones que he realizado en torno a tres desastres mexicanos, que incluyeron trabajo de campo, entrevistas y análisis documental. Como ya indiqué, los casos en cuestión son, por una parte, los seísmos de 1985 en el D. F. y en Ciudad Guzmán, Jalisco y, por otra, las explosiones del drenaje de Guadalajara en 1992. Los elementos que considero en el análisis son los seis siguientes: 1) el clima sociopolítico previo al desastre, 2) la magnitud del impacto de los desastres, 3) el consenso y el apoyo brindado por la sociedad hacia los damnificados y sus demandas, 4) la posible implicación del gobierno como responsable o culpable, directo o por omisión, 5) el tipo de respuesta que el gobierno dio a las demandas planteadas por los damnificados y por la sociedad, y 6) las actitudes asumidas por los damnificados y su reacción ante las coyunturas cambiantes durante la reconstrucción.

Acerca del primer aspecto (clima socio-político previo al desastre), en el caso del D. F. y Ciudad Guzmán, en 1985, los datos relevantes eran: a) la crisis económica y el malestar social predominantes, b) la experiencia organizativa acumulada por ambas sociedades locales en diferentes tipos de luchas (sindicales, urbano-populares, vecinales, estudiantiles, Comunidades Eclesiales de Base, CEBs, ecologistas, etc.), c) la ausencia de canales institucionales para procesar las demandas de los damnificados, ya que el gobierno carecía de dependencias públicas específicas para atender situaciones de desastre, y d) la existencia de organizaciones populares previas al desastre en los lugares en que éstos ocurrieron: en el D.F. (especialmente en el gran conjunto residencial "Tlaltelolco" y en las numerosas vecindades del centro, habitadas por combativos grupos de inquilinos, etc.). Por su parte, Ciudad Guzmán, contaba con múltiples y activas CEBs.

En 1992, era notoria en Guadalajara la falta de legitimidad del gobernador, G. Cosío V., y del presidente municipal, E. Dau, entre diferentes sectores de la población, incluidos los empresarios; ambas autoridades pertenecían al entonces partido oficial (Partido Revolucionario Institucional, PRI). Era también relevante la escasa organización existente entre los sectores populares del centro de la ciudad, así como la reducida conciencia ciudadana y la escasa experiencia de presión y negociación con el gobierno.

Lo anterior demuestra que el gobierno no se encontraba "equipado" institucionalmente para afrontar los desastres, mientras que la parte de la sociedad afectada (capas medias y sectores populares) contaban con grados importantes de organización y de capacidad de autogestión, los cuales fueron menores en Guadalajara.

Debido a las fuertes diferencias en el tamaño de las ciudades implicadas, los datos relativos al segundo indicador (magnitud del desastre) fueron respectivamente bastante distintos. En el D. F. en 1985, las cifras sobre el número de muer-

tos varían notablemente, dependiendo de la fuente consultada, entre 3000 y 5000. Los heridos sumaron 40.000. Los rescatados vivos, 1.500. Y los damnificados, 32.000. Los daños urbanos fueron cuantiosos: a) 3.747 viviendas destruidas y 56.000 dañadas; b) 41 hospitales quedaron afectados y 22 con daños mayores y el 18% del servicio hospitalario interrumpido; c) de las dependencias educativas, 704 inmuebles quedaron afectados, así como 1.911 aulas; d) de las redes de agua potable, el 10% quedó inhabilitado para proporcionar el suministro; e) del equipo telefónico, quedó destruida la mayor parte de las instalaciones centrales; f) de las oficinas públicas, quedaron dañados más de 1.600.000 metros cuadrados en 241 edificios; g) de las instalaciones y oficinas de pequeñas y medianas empresas, 500 fueron destruidas o afectadas gravemente. En conjunto, el centro histórico y el primer anillo del D. F. fueron los más afectados.

En Ciudad Guzmán, los efectos del seísmo de 1985 se concentraron en la zona residencial. El 30% del total de las viviendas del municipio fue destruido por el temblor, y el 60% fue afectado. En las zonas populares, el 80% de las viviendas requirió reconstrucción total o parcial, debido a la debilidad de su estructura física.

El saldo de las explosiones del drenaje en Guadalajara en 1992 fue: 250 muertos, 500.000 metros cuadrados de áreas construidas afectados; 8.022 metros lineales de calles dañadas; 1.200 viviendas destruidas y 3.480 afectadas; y 8 km de colectores destruidos.

Los datos anteriores manifiestan que no sólo el número de muertos fue mayor en el D. F. sino que también fueron más significativos los daños a la infraestructura, a las redes y al equipamiento urbanos. El común denominador a las tres ciudades fueron los daños residenciales. A ellos, se añadieron en Guadalajara las redes hidráulicas. Ciudad Guzmán fue la única que no acusó pérdidas humanas.

El apoyo de la sociedad a los damnificados (tercer indicador) fue notable en las tres ciudades analizadas. En D. F. y Ciudad Guzmán, en 1985, sectores importantes de ella demostraron solidaridad e incluso heroísmo en el rescate de víctimas. También fueron eficaces para el acopio de alimentos y la atención a heridos. Durante 1992, en Guadalajara, fue decisiva la solidaridad hacia los damnificados por parte de universidades y organismos estudiantiles, de clubes de servicio y deportivos, de grupos de artistas, de iglesias, de medios de comunicación, de grupos populares, de partidos políticos, de sindicatos y de empresas. En los análisis políticos sobre la sociedad mexicana, la coyuntura de los desastres aludidos es considerada como un periodo de auto-descubrimiento acerca de su capacidad de iniciativa y un punto de inflexión en cuanto a su afirmación independiente ante el gobierno.

Los datos relativos a la posible implicación o a la responsabilidad del gobierno mexicano en los desastres, así como acerca de las medidas adoptadas por él, son indicativos del tipo de relación que el primero mantiene con la sociedad. En 1985, en el gran conjunto residencial "Tlaltelolco" del D. F., dos instituciones descentralizadas del gobierno federal, el Banco de Obras Públicas, BANOBRAS, y el Fondo Nacional de la Habitación Popular, FONAHPO, eran, respectivamente, fideicomisario y responsable de su mantenimiento a través de los certificados de participación inmobiliaria. Meses antes del seísmo, los vecinos habían exigido un peritaje y el refuerzo de los cimientos de varios edificios. En particular en el denominado "Nuevo León" instalaron un cartel o "manta" comprobatorio de ello que apareció entre los escombros del edificio ya derruido. Es decir, ambas instituciones estuvieron implicadas en la afectación que el seísmo produjo en los edificios. Por su parte, el ejército estableció cordones de vigilancia alrededor de los edificios siniestrados en diferentes puntos de la ciudad para evitar el pillaje. Pero esta medida impi-

*En los análisis políticos sobre la sociedad mexicana, la coyuntura de los desastres aludidos es considerada como un periodo de auto-descubrimiento acerca de su capacidad de iniciativa y un punto de inflexión en cuanto a su afirmación independiente ante el gobierno*

dió el salvamento y la solidaridad con los damnificados de esos edificios. La amplia experiencia que el ejército poseía en la ayuda directa a la población en situaciones de desastre, no fue aplicada en estos casos. Otras medidas gubernamentales impropiedades y desafortunadas fueron las tres siguientes. El arquitecto G. Carrillo Arena, titular de la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología, SEDUE, propuso para el conjunto residencial "Tlatelolco" la demolición de 23 edificios, que no estaba justificada técnica ni socialmente. Por otra parte, para facilitar la reconstrucción urbana y residencial, el gobierno federal expropió inicialmente 7.000 predios en el D. F. que, por errores en el registro de la propiedad, posteriormente se redujeron a 3.000 (equivalentes a 250 hectáreas). Por ello, el propio gobierno provocó la frustración de las expectativas generadas por él mismo. El presidente de la república, M. de la Madrid, reaccionó con retraso, mostró titubeo y aplicó medidas contradictorias (por ejemplo, rechazo inicial y posterior aceptación de la ayuda internacional) para afrontar los efectos del sismo. Fue abucheado por los equipos de rescate al hacerse presente en la zona de desastre. En una dirección contraria a las anteriores, M. Camacho, como regente del Departamento del Distrito Federal (todavía no existía el cargo de jefe de gobierno del D. F.), logró que varias secretarías del gobierno federal firmaran un convenio democrático para la reconstrucción. Este convenio reconocía y respetaba a las organizaciones de damnificados. Fue de carácter amplio e incluyente, y operó como un canal democrático para procesar y resolver las demandas sociales. Implicó un avance institucional y social en el tratamiento de los desastres.

En Ciudad Guzmán en 1985, el presidente municipal intentó demoler viviendas afectadas, pero no destruidas, y que eran reparables. De esta manera, se reduciría innecesariamente el parque residencial. Además, quiso aprovechar el impacto físico que el sismo produjo en una zona popular

para construir una autopista que pasaría entre las viviendas que ya no serían reconstruidas. Asimismo, dificultó la construcción de viviendas independiente, llevada a cabo por grupos de damnificados, negando las licencias de construcción y exigiendo a la compañía constructora el pago de la cuota de contribución fiscal al Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, por los trabajadores que trabajaban en la reconstrucción. Este impuesto era deducible, pero se aplicó como un freno ante la autoconstrucción que se realizaba de manera independiente respecto de la coordinada por el gobierno; la primera llegó a reponer tantas viviendas (1.509) como la oficial.

En el caso de las explosiones del drenaje de Guadalajara, en 1992, la paraestatal Petróleos Mexicanos, PEMEX, según la declaración del exprocurador de la república, Ignacio Morales Lechuga (efectuada después de finalizada su administración), fue responsable del desastre. Por su parte, el gobernador, G. Cosío V., ordenó retirar escombros en la zona de desastre con palas mecánicas, cuando existían cadáveres y restos de víctimas. Poco después, el gobernador interino, C. Rivera A., reprimió violentamente a los damnificados y los desalojó de una concentración que se había instalado en el centro de la ciudad. Además, varios funcionarios propusieron utilizar la zanja de 8 km de longitud, abierta por las explosiones a lo largo del colector destruido, para instalar la línea 2 del "Metro", que no llegó a construirse. Finalmente, el gobierno local aplicó el criterio de la indemnización individual a los damnificados, olvidando las propuestas de tipo colectivo planteadas por ellos, para desactivar y, si fuera posible, desarticular sus organizaciones. No se recurrió al modelo del convenio democrático, utilizado en 1985 en el D. F. Por ello, hubo un retroceso institucional en la gestión democrática de los desastres.

En conjunto, los datos anteriores demuestran que los diferentes niveles del gobierno estuvieron directamente involucrados en varios aspectos

tos de los desastres mencionados y que las medidas tomadas por él no fueron las más acertadas ni técnica, ni social, ni políticamente, ya que en su actuación se detectan varias tendencias problemáticas. Estas son: escasa sensibilidad hacia la situación dramática en la que se encontraban los damnificados, falta de tacto político, eficacia y eficiencia relativas para enfrentar los retos de los desastres (principalmente la reconstrucción de las viviendas y de los servicios urbanos), división y enfrentamiento entre diferentes dependencias públicas implicadas (por ejemplo, entre los funcionarios centrales de la Secretaría de Desarrollo Social, SEDESOL, y los de la delegación correspondientes en Jalisco), insuficiente rendimiento de cuentas sobre donaciones y recursos otorgados por la ayuda internacional, acusaciones por malversación de fondos para la reconstrucción y, finalmente, incumplimiento de la justicia debida a los damnificados, especialmente en el caso de Guadalajara, al exculpar y cerrar el caso legal respecto a la implicación de PEMEX.

Las respuestas desacertadas e inadecuadas del gobierno tuvieron costos políticos. En el D. F., ocasionaron la caída del arquitecto Carrillo Arena, secretario de la SEDUE, y del director de FONAHPO. En Ciudad Guzmán, no fue destituido ningún funcionario, pero se creó una situación de poder paralelo o dual entre el que detentaban el alcalde y el obispo de la ciudad, que apoyó las causas de los damnificados. En Guadalajara, el gobernador, G. Cosío V., se vio obligado a renunciar al cargo así como el presidente municipal, E. Dau, y varios funcionarios del Sistema Intermunicipal de Agua y Alcantarillado, SIAPA. Como exponente de la inestabilidad política creada en 1992, durante dos meses, este municipio tuvo cuatro cambios de autoridades: por finalización del periodo del presidente anterior, por elección del nuevo, por sustitución temporal ante la renuncia del segundo y por la integración de un concejo municipal.

Definitivamente, los desastres tienen una dimensión política.

Un asunto fundamental en las investigaciones que realicé fue registrar las actitudes de los damnificados y las respuestas que dieron a las coyunturas cambiantes. En el caso del D. F. en 1985, ellos lograron una importante incorporación de las agrupaciones preexistentes en "Tlaltelolco" y en otros conjuntos habitacionales (multifamiliar "Juárez", etc.), en las vecindades centrales y en las colonias populares (Guerrero, Morelos, Tepito, Peralvillo, Doctores, etc.), así como en las zonas de clase media que se encontraban en proceso de deterioro (colonia Roma, Narvarte, etc.). Es decir, aplicaron una estrategia de acumulación de fuerzas. En esta línea, fue significativa la creación de un frente amplio, la Coordinadora Única de Damnificados, CUD, que estableció vínculos y alianzas con otros sectores y organizaciones de la ciudad. Este frente demostró capacidad para formular un programa unificado de demandas para la reconstrucción habitacional y urbana, así como de movilización amplia y de negociación con el gobierno a los más altos niveles (presidente de la república, secretarios de gobierno, etc). Mientras que antes de la creación de la CUD eran sistemáticamente ignorados por el gobierno, después llegaron a decir que ya estaban hartos de esas negociaciones y que querían ver los resultados de ellas. Además en "Tlaltelolco", los residentes demostraron un sentido claro de los derechos que los amparaban ante el gobierno, con base en los certificados de participación inmobiliaria, ya mencionados.

En Ciudad Guzmán, en 1985, emergieron rasgos similares a los señalados respecto a los damnificados del D. F.: incorporación pluralista de grupos, creación de un frente amplio ("Comité Central de Damnificados"), programa unificado de demandas, movilización importante, vinculación con instituciones extranjeras de apoyo (europeas y norteamericanas), eficiencia organizadora, y eficiente autoconstrucción organizada y planificada.

Por el contrario, en Guadalajara, en 1992, predominó la debilidad asociativa. Hubo escasa incorporación de las reducidas expresiones organizadas preexistentes en el centro de la ciudad (de trabajadores, grupos religiosos, etc.) e insuficiente búsqueda de alianzas entre ellas. La identidad grupal fue débil, y frágil la vinculación establecida entre los diferentes grupos de damnificados. El propio Movimiento Civil de Damnificados, MCD-22, relegó las demandas de los inquilinos (que representaban más del 50% del total de damnificados) y su integración en la organización general. Surgieron frecuentes divisiones internas. Se logró escasa articulación de las demandas propias con las de otros grupos de la ciudad (por ejemplo, ecologistas, movimientos urbanos, etc.) que potenciara sus causas. El MCD-22 tuvo poca visión táctica para realizar planteamientos acerca de la necesidad de protección civil y de calidad de vida para el conjunto de la ciudad. Su capacidad de movilización fue decreciente: significativa a pocos días del desastre y menguante de manera progresiva y rápida. Estableció una relación conflictiva y de enfrentamiento innecesario con el gobierno y demostró poca capacidad de negociación. Sus dirigentes adolecieron de poco realismo (e incluso de voluntarismo) en el establecimiento de objetivos y de tácticas, por ejemplo al realizar una concentración innecesaria en la plaza de armas de la ciudad, cuando avanzaban las negociaciones con el gobierno. Efectuó una valoración poco acertada de los cambios coyunturales y de los ajustes que ellos exigían en las relaciones con el gobierno, cuando éste recuperaba espacios y credibilidad ante la sociedad. En resumen, el autodenominado "movimiento de los damnificados", dejó de ser tal a los tres meses de su conformación. Entró rápidamente en un proceso de desarticulación interna, a pesar de que existían condiciones objetivas para que pudiera consolidarse (culpabilidad gubernamental y apoyo social amplio). Pero no supo aprovechar esas circunstancias favorables.

Estos datos sobre las agrupaciones mexicanas, creadas por los damnificados, demuestran que, frente a circunstancias similares, adoptaron dos respuestas casi opuestas: por una parte, la constitución de organizaciones novedosas y combativas (en el D. F., la CUD, y la Asamblea de los Barrios; en Ciudad Guzmán, el Comité Central de Damnificados) y, por otra, la desarticulación rápida de algunas de ellas.

De acuerdo con la información recogida, son varios los factores que favorecen la aparición y consolidación de las organizaciones de damnificados. Los principales son la consolidación interna del grupo, la conciencia colectiva, el tipo de liderazgo, la capacidad de movilización, la flexibilidad para adaptarse a las situaciones cambiantes y la habilidad para crear alianzas amplias. Además, destaca la conciencia de derechos ante el gobierno, es decir, el sentimiento de justicia no cumplida o de agravio cometido al grupo. Y es también relevante la construcción y el cuidado de la memoria colectiva, fundamentada en la identidad y en la creación de símbolos y elementos recordatorios del desastre. Esta memoria posee fuerza política porque se fundamenta en derechos que deben ser reconocidos y hechos efectivos por el gobierno, así como en el respeto y la aplicación de la justicia como base de los nexos a establecer entre sociedad y Estado.

### **Relación entre el sistema mexicano de prevención de desastres y la sociedad.**

La información obtenida en los contactos que establecí con varios sistemas estatales y municipales de prevención de desastres (los de Puebla, Morelos, Colima, Mexiquense y de Guerrero) permiten establecer tres tipos de ellos: el burocrático, el tecnocrático y el participativo. Por supuesto, se trata de una tipología que no se aplica mecánicamente en las entidades federales y los municipios del país.

El modelo burocrático-partidario centra su interés en cubrir los requisitos formales que el Sistema de Protección Civil establece: designación del responsable (estatal, municipal o delegacional) de la protección civil, publicación de los documentos o materiales imprescindibles (mapas de las zonas de riesgo, información general sobre cómo debe actuar la población en una situación de riesgo, etc), instalación de la señalización básica sobre los lugares de concentración de la población y las rutas de evacuación, etc. Pero pone el acento en las acciones de los responsables formales y en la colaboración que pueden prestar las personas, enlaces y contactos de que dispone el partido político al que ellos pertenecen: comisarios ejidales<sup>1</sup>, representante local de una base del partido en cuestión, etc. Su vinculación con la población y sus diferentes grupos representativos es muy escasa. No realiza simulacros de evacuación. No convoca a los pobladores ni les explica detalladamente las previsiones a tener en cuenta y las acciones que ellos pueden realizar en un siniestro, etc. La población y los grupos deben esperar a que se les informe y realizar lo que indiquen los responsables del Sistema de Protección Civil.

El modelo tecnocrático cubre ampliamente los requisitos formales establecidos en el Sistema de Protección Civil, tales como: a) la existencia de dispositivos técnicos para actuar con rapidez (medios de comunicación a utilizar, coordinación entre las agencias gubernamentales y los grupos de la población de riesgo, previsión de los medios de transporte para trasladar a la población, etc.), b) el entrenamiento previo y adecuado de la población de riesgo, y c) la definición precisa de las rutas de evacuación y de ubicación de los albergues. Establece incluso innovaciones técnicas de apoyo (cuerpos especializados de colaboración, realización de censos y encuestas para conocer la situación real de la población de riesgo, etc.). En algunos casos, llega a establecer contactos con líderes de la localidad:

religiosos, políticos, personas calificadas: maestros, médicos, etc. Pero los hechos demuestran que estos recursos penetran escasamente en la población y que ésta participa poco, o muy poco, en las acciones emprendidas (censos, simulacros de evacuación, disponibilidad para evacuar en una situación de riesgo, etc.). Ello evidencia que los puntos débiles de este modelo son las formas de contacto y de vinculación que establece con la población: el lenguaje utilizado (inadecuado o poco comprensible para la población), los medios de información a los que recurre (únicamente material impreso y no uso de la radio local ni simulacros de situaciones de riesgo, etc.), el tipo de líderes o grupos "seleccionados" para conectarse con la población (los formales, no los reconocidos por la población, ni los que tienen carisma para ella, etc.).

El modelo participativo parte del supuesto de que la estrategia para la participación de la población en la prevención de desastres exige, en primer lugar, desburocratizar, descentralizar realmente y "despartidizar" la operación del sistema de protección civil. Y además de cubrir los requisitos formales y poner en marcha innovaciones, centra su interés en los siguientes aspectos:

**a)** vinculación cercana con la población y con sus grupos naturales. Para lograrlo, se identifica y otorga reconocimiento a los diferentes grupos que existan en las poblaciones. Y se establece contacto directo con ellos, sin mediaciones burocráticas o partidarias,

**b)** utilización de formas fáciles de información y comunicación con la población, es decir, adecuada a los códigos sociales de las comunidades en peligro así como de bajo costo: trazar planos, muy identificables y sencillos, en los lugares más visibles de la localidad: plaza central, cruces de caminos principales, entradas y salidas de la ciudad, etc. Ellos contienen indicaciones claras, precisas y oportunas acerca de las rutas de evacuación, de la ubicación de los albergues o refugios, etc.,

<sup>1</sup>El ejido es una forma de tenencia colectiva de la tierra consecuencia de la Revolución Mexicana. El Comisario es la autoridad de el ejido (nota de la redacción).

c) compromiso de la población y de sus grupos en las acciones a emprender y creación de cauces para canalizar la participación de los afectados y de la sociedad solidaria. Por ejemplo, se establecen acuerdos para determinar los lugares en los que conviene instalar las indicaciones y señalizaciones, y para la utilización de las bardas en las que se pintan los planos ya mencionados,

d) entrenamiento previo y adecuado de la población de riesgo y sus grupos representativos. Se les explica detalladamente qué pueden hacer, cómo movilizarse, a qué albergues recurrir..., y se practican simulacros de evacuación, etc.

Lo anterior demuestra que no basta con dar la alerta inmediatamente antes de que ocurra un desastre. Hay que crear condiciones objetivas y previas para que el mensaje sea entendible, creíble y operativo. Otro supuesto elemental de este modelo participativo es que el Sistema de Protección Civil puede encontrar en la población organizada un refuerzo a sus programas, potenciarse con su intervención activa y responsable, en vez de que ella suponga un lastre para su actuación. Porque la ciudadanía no es un mero receptor de órdenes provenientes del sistema de protección civil o del Ejército, ni tampoco un objeto al que, en el mejor de los casos, se le traslada o ubica en albergues o se le proporciona comida y medicina durante la fase de desastre.

### **Conclusión.**

Del análisis realizado, derivan varias conclusiones importantes. Las principales son estas cinco:

1. En todo desastre existe la posibilidad de que emerja una organización social de los damnificados. Sin embargo no en todos logra materializarse, ni siquiera en los desastres que reúnen más posibilidades favorables para ello.

2. Cuando surgen expresiones organizadas de damnificados, constituyen una fuerza real que no puede ser ignorada. No es prudente intentar manipularla, desarticularla o anularla, porque ello hace más compleja y peligrosa la salida negociada del desastre. Es preferible encauzarla a favor de una solución justa e institucional.

3. El tratamiento institucional de los desastres por el gobierno es desigual y no necesariamente se está perfeccionando. En los seísmos de 1985 en el D. F., el gobierno creó un canal democrático para procesar y resolver las demandas de los damnificados. Por el contrario, en las explosiones del drenaje de Guadalajara en 1992, se estancó esta vía de solución y hubo un retroceso institucional.

4. La gestión inadecuada de los desastres puede tener un costo político, a veces alto, para el gobierno: desprestigio, caída de gobernantes, pérdida de votos, alternancia en el poder, etc.

5. Los principales criterios sociales y políticos para la concepción, implementación y puesta en práctica de un modelo de prevención y atención a desastres son:

- No burocrático o no partidizante: es decir, que haga prevalecer el interés de los ciudadanos sobre el de los funcionarios públicos o de los partidos,
- Civilista y no militar o belicista,
- Federal, porque respeta los márgenes de acción a los Sistemas de Protección Civil estatales y municipales y disminuye la intervención de la Secretaría de Gobernación de la federación,
- Responsable: ya que si bien los ciudadanos tienen la responsabilidad de autoprotegerse, la prevención y la atención a desastres, como política pública, son obligaciones del gobierno hacia los gobernados, no un acto de buena fe o caridad pública (Macías, 1999),
- Socializador, por estar vinculado con la población y sus organizaciones realmente

representativas así como con líderes socialmente reconocidos,

- Participativo, es decir, abierto a la intervención autónoma de los afectados, de la sociedad solidaria y del sector científico. Su papel no puede reducirse a la simple recepción o cumplimiento de las órdenes que emiten el Ejecutivo o el Ejército,
- Pluralista, porque no establece criterios excluyentes hacia los diferentes grupos y organizaciones,
- Ciudadanizante, al reconocer y facilitar la participación activa que los ciudadanos deben desempeñar en las acciones del Sistema de Protección Civil,
- Concertador con los grupos existentes sobre bases claras, que se respetan y se cumplen,
- Comunicativo, es decir, fundamentado en un proyecto explícito de información hacia los ciudadanos y dotado de formas adecuadas a las características culturales de la población afectable, y
- Capacitador de la población, a través del entrenamiento adecuado de los ciudadanos, lo cual redundará en la potenciación del Sistema de Protección Civil.

Muy frecuentemente, el escepticismo de los habitantes hacia los Sistemas de Protección Civil se crea cuando existen vacíos informativos, la intervención gubernamental es deficiente y se carece de un proyecto consistente de comunicación de riesgo y de trabajo institucional reconocido por la comunidad vulnerable o afectada, es decir, cuando no logran una inserción legítima entre la ciudadanía (Macías, o. c., 21). Por el contrario, si el individuo, los grupos y la sociedad se incorporan de forma autogestionada en los procesos (sociales e institucionales) de la prevención de desastres, puede enfrentarse con racionalidad el riesgo. De esa manera, éste no desaparece, pero aumenta la previsión y la posible disminución de los daños. Como sostiene Luhmann:

“al aceptar el riesgo, se ganan oportunidades” (1993, 115).

### **Bibliografía.**

Briseño J, et al. De la cama a calle: sismos y organización social, CIESAS, México, 1987.

Bunker, Ellsworth. The voluntary effort in disaster relief, en *The Annals*, vol. 309, enero, 1975, pp. 89-97

Caputo MG, Hardoy JE y Herzer HM. Desastres naturales y sociedad en América Latina, Buenos Aires, G.E.L., 1985.

Cazés D. Volver a nacer. Memorial del 85, edic. La Jornada, México, 1995.

Comisión Nacional de Reconstrucción-Comité de Prevención de Seguridad Civil. Bases para el establecimiento del Sistema Nacional de Protección Civil, México, 1986.

Dettmer J, 1996. Algunas contribuciones de las Ciencias Sociales al conocimiento y prevención de los desastres: el caso de México, *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, año XLI, julio-sept., no. 65, pp. 83-102.

Diario Oficial de la Nación. Programa de Protección Civil, 1995-2000, México.

Drabek T. Human system response to disaster: An inventory of sociological findings, Nueva York, Heidelberg y Berlín, Springer-Verlag, 1985.

Fritz E. Desastres, en *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales* edic. Aguilar, 1979, Madrid.

Garza M y Rodríguez D (ccords). Los desastres en México: una perspectiva interdisciplinaria, México, UNAM, U. Iberoamericana.

Haas JE et al. Reconstruction following disasters, Cambridge, Massachusetts, The MIT Press, 1977.

Krepps GA. Sociological inquiry and disaster research, en *Annual Review of Sociology*, vol.10, PaloAlto, Cal., 1984.

- Lavell A (comp.). Viviendo en riesgo. Comunidades vulnerables y prevención de desastres en América Latina, La Red, Bogotá, 1994,
- Lavell A (comp.). Al norte del río Grande. Ciencias Sociales y desastres: una perspectiva norteamericana, La Red , Bogotá, 1994.
- Lavell A y Franco E (edits.). Estado, sociedad y gestión de los desastres en América Latina, La Red-FLACSO, ITDG, Perú, 1996.
- Luhmann N. Sociología del riesgo, edic. Univ. Ibero-U. de G., México, 1993.
- Mansilla E (coord.). Guía para la gestión local de los desastres en América Latina, mimeo, México, 1996.
- Maskrey A (comp.). El manejo popular de los desastres. Estudios de vulnerabilidad y mitigación, ITGD, Lima, 1989.
- Maskrey A (comp.). Los desastres no son naturales, La Red, Bogotá, 1993.
- Pardo R di et al. Terremoto y sociedad, CIESAS, México, 1989.
- Perry R. Comprehensive Emergency Management: Evacuating Threatened Populations, JAI Press Inc. Greenwich/Londres, 1985.
- Pliego F. Hacia una sociología de los desastres, IIS-UNAM, México, 1994.
- Quarantelly E y Dynes Russel R. Response to social crisis and disasters, en Annual Review of Sociology, vol. 3, 1977
- Ramírez JM y Regalado J. ¿Olvidar o recordar el 22 de abril?, CUCSH, U. de G., 1993
- Secretaría de Gobernación. Manual de organización y operación del Sistema Nacional de Protección Civil, enero 1994.
- Todorov T. Bureaucracy, community and disaster, en Human Organization, vol. 36,1978, pp. 302-306.

# Plan de acciones en salud mental en desastres<sup>1</sup>.

En las grandes emergencias se requiere, con carácter urgente, una intervención externa de ayuda para aliviar o resolver los efectos producidos y restablecer la normalidad. Las emergencias se expresan como verdaderas tragedias o dramas humanos y por ende en su abordaje no solo es necesario tener en cuenta los aspectos de atención a la salud física y las pérdidas materiales, sino también atender la aflicción y consecuencias psicológicas del evento en cuestión.

El término emergencia compleja se ha usado para expresar más claramente el carácter agravado y la presencia de diversos factores y condiciones que complican la situación existente en determinadas catástrofes; el ejemplo más claro y típico son los conflictos armados.

En las emergencias complejas hay, por lo general, efectos devastadores con secuelas de mediano y largo plazo. Se define la existencia de una crisis humanitaria, donde se producen violaciones de los derechos humanos; el derecho a la vida, la integridad personal, la libre circulación, la vivienda digna, la educación, la salud y la propiedad privada, no se respetan o son simple letra muerta.

Los conflictos armados son el tipo de catástrofe –causada por el hombre– más devastadora y abominable; entre sus efectos más complejos está el de las poblaciones desplazadas, con serias implicaciones políticas, económicas, sociales, legales y sanitarias. El recrudecimiento cada vez mayor de la violencia en todas sus modalidades, facilita que la misma se perpetúe e introduzca en el tejido social como una forma habitual de conducta, y crea efectos que pueden perdurar en varias generaciones.

Las emergencias complejas requieren de

intervenciones humanitarias para aliviar sus efectos, para apoyar la pacificación, y tutelar los derechos de los más débiles.

En el orden individual se define la crisis como aquella situación generada por un evento vital externo que sobrepasa toda capacidad emocional de respuesta del ser humano; es decir, sus mecanismos de afrontamiento le resultan insuficientes y se produce un desequilibrio e inadaptación psicológica. Las crisis pueden o no necesitar de una intervención profesional, ya que en ocasiones pueden ser manejadas mediante el apoyo familiar y social.

El término emergencia médica se reserva para aquellos casos que requieren de una atención profesional inmediata debido al riesgo que puede tener su vida, la existencia de sufrimiento intenso o por la aparición de complicaciones.

Desde la perspectiva de la salud mental, las emergencias implican una perturbación psicosocial que excede grandemente la capacidad de manejo de la población afectada. Se espera un incremento de la morbilidad, incluyendo los trastornos psíquicos. Se ha estimado que entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta sufre alguna manifestación psicológica. Aunque debe destacarse que no todos los problemas psicosociales que se presentan podrán calificarse como enfermedades, la mayoría deben entenderse como reacciones normales ante situaciones de gran significación o impacto. Por otro lado, aparecen problemas de orden social que deben también ser solucionados.

Desde el punto de vista de la salud mental, en grandes emergencias toda la población puede considerarse que sufre tensiones y angustias en mayor o menor medida, directa o indirectamen-

<sup>1</sup>Extracto del texto de la Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud: "Protección de Salud Mental en situaciones de catástrofe", serie Manuales y Guías sobre desastres, Num. 1 Washington DC 2002.

te. Por otro lado, el término salud mental ha sido dimensionado en una amplia faceta de campos como son:

- Ayuda humanitaria y social.
- Consejería a la población y grupos de riesgo.
- Comunicación social.
- Manejo de instituciones y servicios psiquiátricos.
- Identificación y tratamiento de casos con trastornos psíquicos.

Los efectos de los desastres naturales y los conflictos armados están más marcados en las poblaciones pobres que son el sector más vulnerable, viven en condiciones precarias, poseen escasos recursos y tienen limitado acceso a los servicios sociales y de salud.

Se ha demostrado que después de la emergencia propiamente dicha, los problemas de salud mental requerirán de atención durante un periodo prolongado en los sobrevivientes, cuando tengan que enfrentar la tarea de reconstruir sus vidas. Esto nos pone frente al problema de fortalecer los servicios de salud mental con base comunitaria. Un ejemplo de lo anterior es Centroamérica, territorio devastado por guerras civiles y desastres naturales en un contexto de marcada pobreza. Países como Guatemala, El Salvador y Nicaragua han tenido que enfrentar el reto de la atención y recuperación psicosocial con visión de mediano y largo plazo.

La experiencia adquirida (Miranda 2001; OPS/OMS 2001) ha demostrado que los planes de salud mental no pueden limitarse a ampliar y/o mejorar los servicios especializados que se ofrecen de manera directa a los afectados. Junto a esto, es necesario desarrollar un proceso de capacitación que permita elevar el nivel de resolutivez de los trabajadores de atención primaria en salud, socorristas, voluntarios y otros agentes comunitarios.

Las acciones deben tener un carácter integral que abarque no solo lo curativo, sino que incluyan también perfiles preventivos y rehabilitato-

rios. En la atención a las enfermedades físicas, además, es necesario abordar la dimensión humana del problema. Se requiere desechar el modelo medicalizado o psicologizado en la intervención de una problemática con un alto contenido social.

Por todo lo señalado anteriormente, se considera conveniente introducir el componente psicosocial en los planes de gestión de riesgos del sector salud ante situaciones de desastres naturales y otras emergencias. A su vez, las acciones de salud mental deben resultar coherentes con las políticas nacionales de salud que se están impulsando en el país, lo cual garantizará su continuidad y sostenibilidad.

(...)

## **1.2 Desastres naturales.**

En el periodo de 1967 a 1991, se calculó que unos tres mil millones de personas fueron afectadas en todo el orbe por desastres naturales e industriales (13). Se ha demostrado que en los países pobres, como consecuencia de los desastres, el número de personas afectadas y muertas es mayor que en los industrializados.

La génesis de los desastres naturales está en relación, en muchas ocasiones, con factores globales de orden económico y ambiental. Por ejemplo, el aumento de las inundaciones en Bangladesh es, en parte, consecuencia de las deforestaciones en Nepal (Desjarlais, 1997). Las hambrunas masivas pueden considerarse verdaderos desastres y se originan por fenómenos naturales como las sequías, pero además por otras condicionantes de tipo económico, político y social.

## **1.3 Violencia y sus efectos psicosociales.**

En años recientes, se han incrementado los conflictos armados internos en países pobres,

donde la mayoría de las víctimas no son militares sino civiles. Los analistas políticos coinciden en que aumentarán estos enfrentamientos en los próximos años, muchos tendrán su origen en rivalidades étnicas, conflictos nacionalistas, disputas sobre recursos ambientales y económicos, tensiones religiosas, movimientos separatistas, etc.

En muchas de estas guerras -que se califican como de baja intensidad- es común el abuso y atropello sobre la vida y propiedades de la gente, en especial aquellos más humildes. Por ejemplo, en El Salvador y Guatemala las fuerzas gubernamentales aterrizaron durante largos años a sus poblaciones imponiendo una cultura del miedo y el terror.

Actualmente, en Colombia se libra un conflicto armado de varias décadas de duración donde el común denominador es la violación de los derechos humanos de la población.

Los conflictos armados prolongados son causa de un conjunto de problemas sociales, económicos y de salud física y mental. Sus secuelas son enormes: descalabro económico, pobreza generalizada, escasez de alimentos y agua potable, destrucción ambiental, deterioro de las formas de vida locales, desintegración de las familias, desarraigo y trastornos psíquicos de diferente índole.

Los estudios realizados (Desjorlais 1997) recientemente en diferentes regiones del mundo sobre la salud mental de los civiles afectados por la guerra han encontrado nuevos patrones de estrés y sufrimiento. Se incrementa el estrés agudo y transitorio (con excepción de los que han sufrido experiencias muy traumáticas como torturas, prisión, violaciones, etc.), pero por otro lado, el terror prevaleciente y continuado genera miedo generalizado, ansiedad extrema y otros síntomas que pueden convertirse en graves y de larga duración.

En colectivos o poblaciones sometidas a situaciones muy traumáticas como masacres se han observado señales de impacto como las siguientes (Caso Xamám, Guatemala, 1995) (Beristain 2001):

- Proceso de duelo masivo.
- Percepción de amenaza y miedo a la reexperiencia traumática.
- Criminalización y culpabilización.
- Desestructuración organizativa.
- Complejidad en la dinámica de los conflictos.
- La repercusión del proceso judicial (si existiera) y la posible impunidad.

(...)

Por lo general, los servicios locales de salud tienen grandes limitaciones de recursos que les impide abordar los problemas de salud mental derivados de la guerra. Los métodos occidentales clásicos basados en las terapias de corte individual y un enfoque clínico no se ajustan a las realidades. La experiencia ha demostrado que el mayor éxito se ha logrado con programas de base comunitaria, con la ayuda a las comunidades a permanecer unidas frente a la violencia, lo cual contribuye a minimizar sus efectos.

Es necesario ajustar los modelos de intervención a cada localidad y país, actuar en diversos ámbitos, pero fortaleciendo las intervenciones colectivas. Así mismo, evitar la desesperanza y analizar el fenómeno de la violencia en el marco del contexto político existente.

#### **1.4 Terrorismo.**

Después de los ataques del 11 de septiembre de 2001 en Estados Unidos, el tema del terrorismo se ha hecho más visible y adquirido mayor relevancia como un problema real, cercano y que seguirá afectando a la humanidad en el presente siglo.

Existen varias facetas que es necesario considerar. En primer término, el clima emocional que se crea -con mayor intensidad- en algunos países o regiones donde la población visualiza como un riesgo permanente el ser víctima de un acto de terrorismo. Esa atmósfera incluye mani-

festaciones de inseguridad, desconfianza, vigilancia obsesiva de cualquier hecho sospechoso, desmoralización, miedo, etc., que indudablemente corroen el tejido social afectando su estructura y funcionamiento. También esto puede favorecer o exacerbar los odios y enfrentamientos étnicos, religiosos, políticos y nacionalistas que crea un caldo de cultivo explosivo en la sociedad. En segundo lugar, están las consecuencias psicosociales directas e indirectas (de corto, mediano y largo plazo) de la acción terrorista, cuando estase ejecuta.

Los actos terroristas pueden ser de diversos tipos. Por ejemplo, altamente letales o riesgosos pero que se ejecutan silenciosamente y sin conocimiento de la víctima (como en la transmisión de enfermedades infecciosas). Otros, por el contrario, son abruptos y explosivos afectando a multitudes o grandes colectivos humanos. Los equipos de respuesta humanitaria y sanitaria deben estar preparados para afrontar de manera eficiente este segundo grupo, para lo cual deben existir los correspondientes planes de contingencia para la actuación inmediata y su seguimiento posterior.

En cualquier caso, a nuestro juicio, uno de los problemas es el miedo y la aflicción que toma un carácter masivo y que ya no solo se puede abordar en el plano individual. Estudios realizados en poblaciones sometidas a un clima de terror han identificado que hasta más del 80% de las personas, en circunstancias de cercanía evidente con el agresor, expresan manifestaciones sintomáticas de miedo o pánico. La creación de una "cultura del terror" y su manipulación por grupos organizados es un problema que debe ser cuidadosamente abordado con una estrategia multisectorial. Por otro lado, es evidente que la violencia genera violencia y esta puede convertirse en la forma de vida habitual para muchos pueblos. Este será sin lugar a dudas un tema que requerirá de estudios adicionales y de diseño de estrategias de intervención social.

## 1.5 Vulnerabilidad psicosocial.

Dentro de los grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad psicosocial nos referiremos en este capítulo, específicamente, a las mujeres, la niñez y los desplazados.

### Género.

Los grupos más vulnerables son los que tienen mayores dificultades para reconstruir sus medios de subsistencia después del desastre. Las mujeres tienen mayor vulnerabilidad por ser más propensas al daño, las pérdidas y el sufrimiento en el contexto de diferentes amenazas, también tienen menos oportunidades de acceso a los recursos materiales y sociales.

Los desastres se caracterizan por la búsqueda de la preservación de la vida, subsistencia y protección de la familia, siendo la mujer la encargada de cumplir, en gran medida, este papel. Como consecuencia del evento traumático, las mujeres tienen que encontrar, frecuentemente, una salida para las dificultades económicas de la familia (se dedican a la crianza de animales, siembras, etc.) y esto requiere invertir muchas energías físicas y gran desgaste psicológico. En muchas ocasiones, tienen que enfrentar la recuperación solas, como cabeza de su núcleo familiar.

También es habitual que las personas, después de un desastre, tengan sentimientos de pérdida y frustración, aumentando las reacciones de cólera y violencia, en ocasiones, hacia sus familiares más cercanos, los/as hijos/as y las mujeres (esposas). Algunas mujeres, después del evento traumático, han experimentado la violencia por primera vez o han soportado mayores niveles de violencia de su compañero.

El análisis de género es un recurso importante para caracterizar la situación (capacidades y vulnerabilidades) de la población, después del evento. En este análisis aparecen problemas tales como:

- La invisibilidad del trabajo doméstico.
- La subordinación en las relaciones de poder.
- La discriminación y explotación por condición de género.
- La diferencia social por edad.
- El múltiple rol de la mujer.
- Oportunidades y limitaciones para hombres y mujeres.

### La población infantil y juvenil.

Los niños del mundo están siendo severamente afectados por los conflictos armados, no solo como testigos, también como actores y objetivos. En 1995, el Informe Machel al Secretario General de la ONU (Naciones Unidas 1996) estimó en 30 los conflictos armados que estaban ocurriendo en diferentes lugares del mundo. En el último decenio, se calcula que unos dos millones de niños han muerto víctimas de la guerra.

La infancia también ha sido profundamente afectada por los terremotos y otros desastres naturales en los últimos años. Se puede afirmar que no existe lugar en el globo terrestre en que los niños no hayan sufrido algún tipo de experiencia dolorosa a causa de los desastres naturales, guerras, violencia, narcotráfico, secuestros, delincuencia común, etc.

Muchos de estos niños afectados han perdido a sus padres, están desaparecidos o heridos, han dormido en campamentos y en las calles, no han podido asistir a clases debido a que sus escuelas se destruyeron, a veces sus maestros han desaparecido o están muertos, heridos o han sido también afectados. Perdieron además sus pertenencias, se quemaron o quedaron bajo los escombros.

Durante los conflictos armados se violan todos los derechos de los niños (salud, educación, nutrición, recreación, derecho a vivir con sus padres, etc.); el derecho de ser protegidos en las emergencias también se cumple a medias.

Los niños en estas situaciones sufren mucho

más que los adultos. Deben y tienen que ser especialmente protegidos, no solo porque la Convención de los Derechos de los Niños lo demanda sino porque éticamente nuestra condición de seres humanos civilizados lo exige.

Los desastres y los conflictos armados afectan todos los aspectos del desarrollo del niño, físico, psíquico y social, pero habitualmente los que se ocupan de su asistencia han centrado sus esfuerzos en la vulnerabilidad física, sin tener totalmente en cuenta sus pérdidas y temores.

### Poblaciones desplazadas, refugiados y emigrantes.

Los conflictos armados y la violencia social han generado, en gran medida, la tragedia del éxodo de refugiados y desplazamientos de poblaciones. Las personas escapan de la guerra, la desolación y el hambre, en muchos casos sus hogares fueron arrasados, han sido víctimas de amenazas o muerte de familiares.

Esto se combina con el crecimiento poblacional, deterioro ambiental, agotamiento de la tierra, escasez de agua y recursos agrícolas, todo lo cual genera hambrunas y desplazamientos, creando verdaderas emergencias.

A finales de la década de los 90, se calculaban en el mundo, aproximadamente, 50 millones de refugiados y desplazados en sus propios países (OMS 2001). En estas comunidades se altera la vida tradicional y se produce aflicción psicológica. Por tanto, se imponen estrategias de intervención que tengan en consideración el factor humano y no solo la satisfacción de necesidades inmediatas.

### Bibliografía.

Beristain, C. Atención psicosocial. Trabajo presentado en el Taller sobre la atención Bogotá, Colombia, 2001.

Desjarlais R et al. Salud mental en el mundo. Publicación de la Organización. Washington DC, 1997.

Miranda C, Rodríguez J, de la Torre A. Salud mental y emergencias complejas. Noviembre 2001.

Naciones Unidas. Asamblea General. Promoción y protección de los derechos del niño.

Repercusiones de los conflictos armados sobre los niños (Informe de la Señora Graça Machel A/51/306). New York, 1996.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Editado por la OMS. Ginebra, 2001.

# 11 de Septiembre, un asunto de familia.

Ana Moro<sup>1</sup>

La catástrofe del 11 de Septiembre de 2001 desató la alerta en todo el planeta y cómo no, también y de una manera muy especial, en las instituciones neoyorquinas de Salud Mental, como el Instituto Ackerman para la Familia. Su director, el dr. Peter Steinglass, ha dejado constancia en diversas publicaciones y ponencias de la actividad desplegada por el conjunto de personal y estudiantes que trabajan en este Centro.

Desde la perspectiva de la Salud Mental, los sucesos del World Trade Centre subrayaron algunos aspectos bien conocidos sobre la respuesta del ser humano ante los desastres. Así, se comprobó una vez más que determinadas reacciones agudas a situaciones de terror, como la ansiedad creciente, la sensación de pérdida de control, los trastornos del sueño, etc. son fenómenos tan universales que representan respuestas "normales" de la persona ante el estrés. Los acontecimientos también nos trajeron a la mente la categoría diagnóstica del trastorno por estrés post-traumático, su sintomatología y los abordajes terapéuticos más comúnmente aceptados para su tratamiento. También sirvió como recordatorio de la extraordinaria capacidad de recuperación de los niños ante las catástrofes cuando se les proporciona apoyo inmediato, protección e información veraz sobre lo que está sucediendo.

Sin embargo, el dr. Steinglass también señala las inmensas sorpresas que deparó a los profesionales la reacción de la población ante el desastre, especialmente durante las primeras semanas. La mayor parte de los expertos en salud mental asumió que se iba a producir una demanda desbordante de los servicios que se precisan

para manejar el miedo y la ansiedad generados ante el brusco vuelco de un mundo considerado seguro y predecible, a otro que repentinamente parecía absolutamente impredecible. De este modo, se desplegaron por toda la ciudad los servicios de emergencia y los programas de intervención en crisis. Lo que nadie esperaba es que al poco tiempo se hiciera evidente que esta movilización resultaba completamente innecesaria, ya que las llamadas para pedir ayuda no se produjeron, incluso se redujo el número habitual de demandas durante el periodo que siguió inmediatamente a la crisis.

La impresión a posteriori es que la mayor parte de la gente, en lugar de buscar ayuda profesional para manejar sus reacciones ante el 11-S, recurrió a su familia, amigos y compañeros de trabajo en busca del apoyo que necesitaban. Es decir, en aquellos momentos muchas personas experimentaron una irrupción sin precedentes de "lo familiar" en sus vidas. En palabras de este profesional, la reacción instintiva de la población fue volcarse en los ámbitos donde podían compartir experiencias e intentar dar un sentido entre todos a lo que estaba sucediendo a su alrededor. Como resultado de ello, casi todos experimentaron un compromiso y una conexión renovados con sus familias y su comunidad (lejos de sentir un impulso al aislamiento y la evitación de los lugares públicos para protegerse de posibles nuevos ataques terroristas).

La experiencia del Instituto Ackerman siguió este mismo patrón. En los días que siguieron al 11 de Septiembre, el Centro se movilizó con rapidez para organizar servicios extraordinarios

<sup>1</sup>Psiquiatra Centro de Atención Integral a las Drogodependencias, Usera, Madrid.

para las familias, y lo único que comprobaron fue que las familias no les pidieron ayuda. Aunque se recurrió a los facultativos para colaborar en reuniones con padres, profesores y estudiantes en las escuelas de la ciudad de Nueva York, con ejecutivos afectados por el desastre de las Torres Gemelas y con los bomberos y sus familias, congregados en sus propias asociaciones, los programas extraordinarios, armados sin ánimo de lucro en su sede en la Calle 78, fueron un fracaso absoluto.

A comienzos de Noviembre, sin embargo, la situación cambió. En aquel momento, las familias empezaron a llamar en busca de ayuda. Pero también en esta ocasión lo que demandaban era poder reunirse con otras familias en grupos de discusión para compartir sus experiencias, sus esfuerzos para recuperarse de lo sucedido, y cómo habían cambiado sus creencias tras el impacto del desastre en sus vidas. El deseo de privacidad y confidencialidad parecía estar completamente fuera de sus cabezas. En su lugar, la cercanía y el sentimiento de pertenencia a una comunidad eran lo prioritario, junto con la necesidad de conversaciones que reforzaran el mensaje de que sus reacciones eran normales y que la recuperación llevaría su tiempo.

Cuando se analizan las experiencias de los meses que sucedieron al 11 de Septiembre, Steinglass considera que se deben destacar dos temas fundamentales. Por una parte, la catástrofe representó una cura de humildad para todos los profesionales de la Salud Mental, y señaló cuánto queda aún por aprender en lo que atañe a una mejor asistencia a las personas y familias que se enfrentan a un estrés extraordinario, como el derivado de los acontecimientos del 11-S. Pero por otro lado, este psiquiatra señala de todo lo ocurrido se desprende que hay que seguir confiando y respetando la capacidad de la comunidad y la familia para responder a este tipo de sucesos. Esta segunda cuestión es especialmente significativa para una institución como el

Ackerman, ya que viene a reforzar la utilidad de muchos de muchos de los valores y creencias que conforman el núcleo de los principios que el Instituto aplica a los servicios de Salud Mental: la familia como eje principal del proceso de curación; su énfasis en ayudar a las familias a identificar sus recursos internos; la convicción de que es de mayor utilidad animar a las familias a centrarse en aquello que les resultó de mayor ayuda a lo largo de sus vidas, en lugar de focalizar la disfuncionalidad; el hincapié que estos profesionales hacen en el papel terapéutico de los rituales en la vida de la gente; y también, su respeto por las diferencias culturales en los momentos en que las familias responden al estrés. Por consiguiente, aunque hubo un fallo de sincronidad en cuanto a la estimación del momento en que las familias recurrirían a los profesionales en busca de ayuda, los principios en que este Centro de terapia familiar basa sus reacciones en cuanto a cómo actuar demostraron ir por un camino acertado.

Ante la catástrofe del 11 de Septiembre, Ackerman abrió sus puertas a las familias que fueron directa o indirectamente afectadas por la misma, y formuló un abordaje que integrara su propia forma de trabajar con la amplia literatura existente sobre situaciones traumáticas. Son múltiples las vías de actuación que se desplegaron. Así, el Instituto organizó grupos de apoyo para las personas que habían perdido a algún ser querido en el desastre del World Trade Centre. En el propio centro se condujo un grupo semanal, mixto en lo referente a edad, naturaleza de la relación con el fallecido y medio cultural. También se articularon servicios voluntarios para asistir como consejeros a los profesionales de un instituto que se enfrentaban al manejo de alumnos que habían perdido a uno de sus padres, descubriendo que estos chicos recibían un apoyo constante por parte de sus compañeros, que no los dejaban solos en ningún momento.

Por otra parte, un grupo de psiquiatras ayudó a padres, estudiantes y profesores a realizar la

transición a la vida "normal". Además, se crearon grupos de discusión tanto en escuelas privadas como públicas, y sesiones de grupo e individuales con miembros de la comunidad y trabajadores de los equipos de rescate. Miembros de la institución acudieron a dos centros de asesoramiento para aquellos que intervinieron en las labores de rescate. Se destinó a una psicóloga a trabajar con niños en las clases para facilitar conversaciones sobre sus sentimientos y reacciones ante el desastre. Esta profesional recabó información para ayudar a los profesores a comprender las reacciones de los chicos. Por ejemplo, un niño que era nuevo en la escuela no había contado a nadie que su primo había muerto en el atentado al Pentágono.

Se facilitaron grupos multifamiliares entre los miembros de un sindicato del WTC (guardias de seguridad, limpiadores, etc.) para trabajar con las familias que habían perdido a un miembro y que se encontraban en distintas fases del proceso de duelo. De este modo, se comprobó que la mayor parte había elaborado una serie de rituales muy significativos –como continuar almorzando a la hora en la que el fallecido regresaba a casa–, y habían elaborado símbolos con las fotografías del ausente (pósters, pins, camisetas...) que inmediatamente suscitaban sentimientos de apoyo en aquellas personas que los contemplaban. Otras familias aún no se hallaban preparadas para esos rituales de despedida, como por ejemplo una mujer que describía un nuevo ritual consistente en caminar por la Zona 0 "para poder estar cerca de su esposo fallecido y escucharle llorar e implorarle que no le dejara allí solo".

La "Asociación Vulcan" de Brooklyn, de bomberos negros y sus esposas solicitó la ayuda de

Ackerman en los encuentros con familias de bomberos desaparecidos y con los bomberos supervivientes. También colaboraron en estas intervenciones la Asociación de Psicólogos Negros y diversos miembros de la comunidad política y religiosa.

El dr. Peter Fraenkel ha entrenado a personal clínico y no clínico, así como a consejeros del BMCC (Borough of Manhattan Community College), que se encuentra en un lugar muy próximo al WTC, centrándose en cómo conducir las conversaciones con los estudiantes, cómo ayudarles a pedir ayuda profesional, y cómo manejar el trauma propio. En un artículo escrito semanas después de los atentados, Fraenkel refiere, aportando una visión muy reveladora de lo que la catástrofe implicó para tantos y tantos ciudadanos: "En las semanas transcurridas desde que el desastre sacudió Nueva York, mi vida ha ido reasumiendo su ritmo habitual... Y sin embargo, todavía siento cómo me llaman esos aterradores montones de metal, y las imágenes y emociones que remueven en mi interior. La familiaridad de mi caótica rutina cotidiana resulta reconfortante, pero de una manera enloquecedora, esta "vida real" parece ahora menos auténtica, menos inquietante, en algún sentido menos normal que mi vida cuando estaba dedicada a responder a la crisis del World Trade".

### **Bibliografía.**

Fraenkel P. Vivir en una realidad transformada. *Psychotherapy Networker*. 2001. Steinglass P. Carta del director ejecutivo. *Ackerman Institute for the Family Newsletter*. 2001.

11-09-01

Javier González<sup>1</sup>

No resulta fácil hacer un comentario de esta película, que nace de la propuesta del productor francés Alain Brigand a once directores de distintos continentes y nacionalidades de una reflexión libre sobre el atentado contra las torres gemelas de Nueva York y sus consecuencias, mientras las bombas siguen cayendo sobre Irak amparadas tras las justificaciones espurias del imperialismo salvador yanqui. Y no es fácil porque alrededor de este atentado y sus víctimas se ha tejido un montaje mediático de colosales dimensiones propagandísticas, en las que se han mezclado el legítimo dolor de las víctimas con el sentimentalismo más repulsivo; la indignación por la violencia brutal con el más sectario, por reaccionario, de los análisis políticos; el deseo de no impunidad con una artera decisión de venganza que oculta, tras su máscara de lícita defensa, la imposición de un poder militar hegemónico y el atropello de cualquier otra forma de resistencia. Y tan justo me parece alentar la iniciativa que ha puesto en pie esta película y reconocer el interés de los diferentes puntos de vista que procura, como también lo sería la necesidad de una continuación en la que se propusiera una reflexión sobre "las otras consecuencias", las que han golpeado a los habitantes de otros territorios (llámense, por ejemplo, países del "eje del mal") vapuleados de forma inmisericorde, además de por sus propios regímenes políticos, por el brazo militar de

un sistema económico, el capitalista, cada vez más radicalizado en su versión imperial.

Digo todo esto para que quede claro que mi crítica no pretende ser objetiva y que no tengo ninguna intención, y más en esta película, de separar cine, arte y política. Separación, por otro lado engañosa, de quien desea mantenernos aislados en un mundo de ficción artificial que apenas tenga contacto con una realidad que, si bien es menos grata, lo cierto es que se nos impone de una manera implacable.

El punto de partida de los 11 cortometrajes es el mismo: los acontecimientos del 11 de septiembre en Nueva York, y la duración simbólica de cada uno es de 11 minutos, 9 segundos y 1 imagen. La película, según su productor, pretende reunir diferentes sensibilidades y compromisos a la hora de abordar esos acontecimientos y sus consecuencias mediante un ejercicio de reflexión dirigido hacia el futuro, así como construir un mosaico cinematográfico realizado desde la igualdad y la libertad. En su honor hay que decir que lo ha

conseguido y, precisamente por eso, se hace necesario un comentario individual sobre cada cortometraje, puesto que sus intenciones y resultados son claramente diversos. Estas



Lunatic Streetfighting, 1915. George Grosz

<sup>1</sup>Javier González es autor de *Frigoríficos en Alaska*, Madrid, Debate, 1998.

son las 11 miradas, precedidas por el nombre, país y fecha de nacimiento de su director, respetando el mismo orden en que aparecen en la película:

### **Samira Majmalbaf (Irán, 1980)**

La directora iraní pone la cámara en otra tragedia, la de los refugiados afganos en Irán, mientras una maestra intenta explicar a sus pequeños alumnos los sucesos del 11 de septiembre. La inmediatez de los sucesos cotidianos en la comunidad del campamento se superpone a la tragedia lejana. Una mirada serena de quien sabe que todo puede ir todavía a peor.

### **Claude Lelouch (Francia, 1937)**

Lelouch realiza un ejercicio de estilo donde la falta de comunicación entre una pareja, en la que uno de ellos es sordomudo, se solapa con las trágicas imágenes del ataque a las torres. Ejercicio formalmente atractivo pero, en mi opinión, demasiado íntimo y sentimental para la dimensión de la propuesta.

### **Youssef Chahine (Egipto, 1926)**

El director egipcio realiza una confusa reflexión sobre los fundamentalismos de cualquier signo a través de un diálogo con los fantasmas de un marine norteamericano y de un palestino autoinmolado. Parece un corto espacio para tan ambicioso objetivo.

### **Danis Tanovic (Bosnia-Herzegovina, 1969)**

De nuevo, la tragedia de una comunidad, en este caso la de los bosnios en Srebrenica, ocurrida un 11 de julio, aparece como telón de fondo de los sucesos del 11-S. Y es que mientras algunos pueblos solo disponen de las armas del silencio y del recuerdo para reclamar justicia, otros se arrojan el derecho de utilizar su devastador armamento militar para satisfacer su sed de venganza.

### **Idriss Ouedraogo (Burkina Faso, 1954)**

El corto más ingenuo y más divertido, lo que no significa, de ninguna forma, que sea el más inocente. Unos niños africanos intentan cazar al mismísimo Bin Laden para, con su recompensa, pagar la curación de la madre enferma de uno de ellos. África, primero saqueada y luego abandonada a su suerte, enfermedades y hambruna, por los imperios coloniales, sigue reclamando algo más que solidaridad: justicia.

### **Ken Loach (Reino Unido, 1936)**

Loach se sirve de la carta de un exiliado chileno a las víctimas del atentado para, de una manera sosegada pero contundente, denunciar el apoyo del gobierno de EEUU al golpe de estado del general Pinochet, que derrocó al gobierno democrático de Salvador Allende otro 11 de septiembre, el de 1973. Denuncia necesaria ante quien utiliza como único baremo de dolor el de las propias víctimas.

### **Alejandro González Iñárritu (México, 1963)**

Desde mi punto de vista el más prescindible. Un experimento audiovisual, alternando la pantalla en blanco con los fundidos en negro, que adquiriría mayor sentido como instalación en una galería de arte que en una pantalla de cine. Quizá, como dice el director, sea un intento de experiencia común y colectiva, pero el cine tiene un lenguaje propio, unas reglas compartidas por los espectadores que, si se rompen, anulan cualquier atisbo de comunión.

### **Amos Gitai (Israel, 1950)**

El director israelí arrima el ascua a su sardina de forma notable. Mediante un único plano secuencia, que muestra a pie de calle los instantes posteriores a un atentado en las calles de Tel-Aviv, critica a los medios de comunicación que abandonan la información de ese atentado para hacerse eco del ocurrido en Nueva York. La cámara resulta en este caso, cuando menos, bastante arbitraria.

### **Mira Nair (India, 1957)**

Dice Mira Nair: "El cine debe ser un espejo del mundo que vivimos. Tenemos que servirnos del cine para provocar, molestar, distraer y sacar al público de su torpor". Y eso hace en su corto, contar el caso real del hijo de una familia paquistaní desaparecido en el atentado y que, después de ser investigado como presunto terrorista, se convierte en héroe al descubrirse que murió tratando de ayudar en el rescate. Esta fobia antiislámica que Mira Nair ya denunciaba servirá luego para justificar distintas atrocidades.

### **Sean Penn (EEUU, 1960)**

Un corto que se queda en menos de lo que podía ser debido a su ambigüedad, aunque no es necesario recordar que Sean Penn es el único director estadounidense que participa y, es de suponer, que los vientos que soplan por allí habrán influido. Cuenta la rutinaria pero feliz e irreal vida de un viudo anciano en su pequeño apartamento que únicamente se vuelve consciente de su situación cuando el derrumbamiento de las torres permite que la luz del sol ilumine su cuarto. Entonces

llega el dolor. Quizá este drama personal pueda ser una metáfora del colectivo, pero la reflexión no llega más allá y eso minimiza su significado.

### **Shohei Imamura (Japón, 1926)**

El director japonés realiza el corto más desconcertante, puesto que se aleja completamente de los sucesos del 11-S. Evocando la tragedia de la Segunda Guerra Mundial, cuenta una leyenda que habla de la metamorfosis que sufrían algunos excombatientes transformándose en hombres-serpientes y que les obligaba a vivir reptando y alejados de la gente. Un relato extraño con el tono plomizo que, a veces, acompaña al cine japonés.

Como se ve, distintos acercamientos y distintas sensibilidades, en resumen, distintas ideologías para tratar un acontecimiento desproporcionado, tanto en la magnitud de su tragedia como en la de sus diferentes consecuencias. Película necesaria por su compromiso con la realidad y recomendable de ver por su propuesta de reflexión, debería ser el punto de partida de una saga que propusiera un debate sobre la ilegal e injusta barbarie que ahora estamos viviendo.

# Psiquiatría y catástrofes. Páginas web de interés.

Ana Moreno<sup>1</sup>

<http://www.who.int/> desde mi punto de vista, una de las páginas más interesantes que ofrece información relevante y actual sobre acciones, incluidas acciones en salud mental, sobre catástrofes. Se puede entrar desde la página principal, pinchando en temas de salud y desastre o a través de sitios OMS, acciones de emergencia y humanitaria. La Organización Panamericana de la Salud [www.paho.org](http://www.paho.org) dispone de una biblioteca de salud para desastres [www.helid.desastres.net](http://www.helid.desastres.net) que permite buscar por temas y reúne publicaciones de OMS, OPS, Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados, Unicef, Cruz Roja y Proyecto Esfera. Tienen además una publicación periódica sobre estos temas. Las publicaciones (cabe destacar entre ellas *Mental Health in Emergencies* de este año y *Protección de la Salud Mental en situaciones de desastres y emergencias*, del año 2002) pueden bajarse íntegras en archivos pdf.

Boletín DESASTRES: PREPARACIÓN Y MITIGACIÓN EN LAS AMERICAS, trimestral y gratuito, del Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Casos de Desastre, de la OPS. Su e-mail es [disaster-newsletter@paho.org](mailto:disaster-newsletter@paho.org) Se puede visitar la página del Centro Regional de Información sobre Desastres (CRID) para América Latina y el Caribe, que proporciona una amplia variedad de información sobre desastres <http://www.crid.or.cr>.

[www.psych.org/pract\\_of\\_psych](http://www.psych.org/pract_of_psych) Página de la American Psychiatric Association dedicada a catástrofes, creada por el Comité de dimensiones psiquiátricas del desastre, fundado en 1990. Sus

objetivos son proporcionar información útil para los psiquiatras en cuanto a preparación y respuesta ante catástrofes y otros acontecimientos traumáticos. En su página de presentación cuentan los inicios como grupo de trabajo, las actividades y encuentros que promueven y los apoyos con los que cuentan. Tienen links a artículos de la revista *Psychiatry Quarterly* (con acceso al texto completo; los artículos forman parte del material de un curso sobre psiquiatría y catástrofes que han venido organizando durante varios años en los congresos de la APA) sobre diferentes aspectos del trabajo de los profesionales de Salud Mental en las catástrofes, otras fuentes disponibles *on line* y un apartado que no necesita explicación: *coping with a national tragedy*.

Si uno desea información sobre aspectos clínicos concretos de las catástrofes, hacer una búsqueda en Medline siempre es una opción (recordando que la mayoría de las revistas recogidas son norteamericanas). La dirección, [www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/) Conviene acortar la búsqueda: en el último año se han recogido en esta base de datos más de doscientos artículos con las palabras clave salud mental y desastres. En [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com), una página de atención primaria, tienen una guía de uso muy buena, y muy resumida, para aprender a buscar en Medline. También se puede buscar en [www.medscape.com](http://www.medscape.com) (hay que estar registrado).

[www.elmundo.es](http://www.elmundo.es) publicó el 23 de enero de 2003 EFE "Madrid será sede del primer Centro Internacional de Salud Mental en Desastres, una iniciativa de la Asociación Mundial de Psiquiatría que pretende abordar de forma integral la aten-

<sup>1</sup>Psiquiatra, Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain, Comunidad de Madrid.

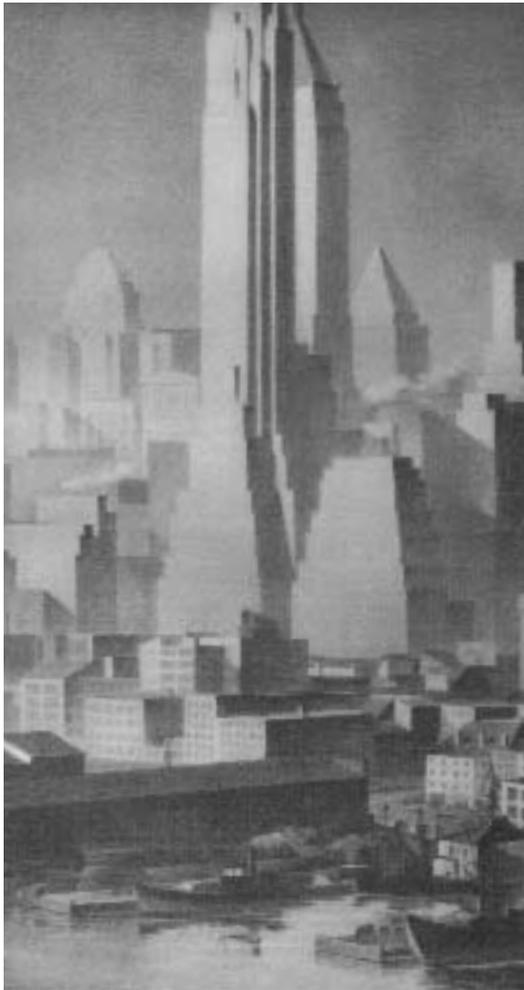
ción psicológica a personas y colectivos sociales víctimas de catástrofes. El proyecto fue presentado hoy en Madrid por el consejero de Sanidad de esta comunidad autónoma, José Ignacio Echániz; el presidente de la Sección de Psiquiatría Militar y Catástrofes de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Mordechai Benyakar; y el ex presidente de esta organización Juan José López Ibor. Echániz y Benyakar indicaron que Madrid ha sido elegida como sede para este proyecto por ser considerado un lugar 'neutral', exento de

conflictos y equidistante geográficamente de las zonas del mundo en las que sí los hay". Desconozco si se olvidan del apoyo del gobierno del país a la guerra contra Irak para hablar de Madrid como lugar neutral, si olvidan que el terrorismo de ETA asola nuestra sociedad desde hace más de 30 años para hablar de la exención de conflictos y que este mismo terrorismo no permite una cotidianidad segura a gran parte de la ciudadanía que vive en Euskadi. Demasiados olvidos.

# New-York

Rafael Alberti

13 bandas y 48 estrellas, 1935 (Espasa-Calpe, Madrid, 1985)



The growth of more than a century, 1933. O. Jevosky.

Alguien se despertaba pensando que la niebla ponía un especial cuidado en ocultar el crimen.

De allí,  
de allí salía: un enloquecedor vaho de petróleo,  
de alejados y vastos yacimientos convertidos en cifras,  
hacinados por orden en los cofres secretos,  
en las lentas, profundas, inmovibles cajas,  
más profundas que pozos aún inexplorados,  
puestos allí estos cofres,  
puestas allí estas cajas por anónimos,  
invisibles, oscuros, explotados,  
desamparados hombres macilentos.

.....

De allí, de allí salía mojada de aire sucio y brumas carboneras:  
la voz de la propuesta de robos calculados,  
velada por ruidos de motores zarpando hacia las islas,  
levantándose armados hacia el cielo de otros.  
Salía esta voz fruncida a los insultos de hombres  
mercenarios con fusiles,  
impidiendo lo largo de los muelles,  
las planicies minadas de palmeras,  
los bosques de brazos y cabellos cortados a machete.  
Lastimándome, oyéndose,  
cayendo a mares desde los rascacielos diluidos,  
salían Nicaragua,  
Santo Domingo,  
Haití,  
revueltos en la sangre intervenida de sus costas,  
secundando el clamor de las islas Vírgenes compradas,  
el estertor de Cuba,  
la cólera de México,



Shadows of downtown, 1933. O. Jevosky.

Panamá,  
Costa Rica,  
Colombia,  
Puerto Rico,  
Bolivia,  
Venezuela...

Y todo envuelto siempre en un tremendo vaho de petróleo,  
en un abrasador contagio de petróleo,  
en una inabarcable marea de petróleo.

Y era yo entre la niebla quien oía, quien veía mucho más y todo esto.

Nueva York, Wall Street, banca de sangre,  
áureo pulmón comido de gangrena,  
araña de tentáculos que hilan  
fríamente la muerte de otros pueblos.

De tus cajas, remontan disfrazados  
embajadores de la paz y el robo:  
Daniels, Caffery, etc.,  
revólveres confidentes y a sueldo de tus gansters.

La Libertad, ¡tu Libertad!, a oscuras  
su lumbre antigua, su primer prestigio,  
prostituida, mercenaria, inútil,  
baja a vender su sombra por los puertos.

Tu diplomacia del horror quisiera  
la intervención armada hasta en los astros;  
zonas de sangre, donde sólo ahora  
ruedan minas celestes, lluvias vírgenes.

Mas aún por América arde el pulso  
de agónicas naciones que me gritan  
con mi mismo lenguaje entre la niebla,  
tramando tu mortal sacudimiento.

Así un día tus 13 horizontales  
y tus 48 estrellas blancas  
verán desvanecerse en una justa,  
libertadora llama de petróleo.

# Los muertos de Nueva York, los muertos de Afganistán y los muertos de la guerra de Troya

Francisco Pereña

(Fragmento del libro "El hombre sin argumento", Síntesis, Madrid 2002)

El periódico trae la noticia del definitivo recuento de los muertos en el atentado del 11 de septiembre a las Torres Gemelas. La misma noticia resalta que no se conoce el número de muertos en la guerra de Afganistán. Los muertos de Nueva York nunca fueron mostrados, pero sí contados. Los de Afganistán, por el contrario, eran mostrados, pero no contados. ¿Qué extraña lógica guía esta inversión proporcional? A unos se les guarda fuera de la percepción, a los otros se les arroja a la percepción, a la indiferencia impúdica de la mirada. Para los griegos, el pudor era un nombre de la mirada. Hécuba muestra a su hijo Héctor sus pechos ajados y desnudos para que su hijo no pierda el pudor de la mirada. Los muertos de Afganistán son el retorno sobre el frío desierto de los muertos denegados de Nueva York.

Que se trata de la denegación se ve incluso en el consejo raudo que dan los psicólogos a los familiares de las víctimas neoyorkinas: que todos expresen sus sentimientos, que los escriban y los hablen apresuradamente. De esa manera se anula el tiempo del duelo, el tiempo de la elaboración, el tiempo que atestigua una muerte. Con ese apresuramiento y simulación de los cadáveres se los intenta expulsar. De ahí que quepa decir que esos muertos ocultados a la mirada, denegados, reaparecen en los muertos anónimos de Afganistán. Porque los muertos tienen esa característica: tener un espacio común, ese espacio común hace de la guerra una ilusión, un

fracaso de la idea hegeliana de la guerra como relanzamiento del Espíritu. Tanto la prisa que piden los psicólogos neoyorkinos para expulsar el dolor como el recuento in absentia de los muertos, tanto una cosa como otra, están al servicio de la guerra.



El tiempo del duelo es un tiempo subjetivo que no tiene una medida exterior común. Si se aborta ese tiempo subjetivo no queda más que una colectivización vengativa y la urgencia de un Enemigo. Cuando los pueblos se apresuran a cerrar las heridas del trauma, eso les lleva a pasos al acto colectivos violentos y maniqueos. No mezclar a los muertos

es la pretensión maniquea de quien pretende mantener la ilusión de la guerra. Por eso el jefe "político" de los neoyorkinos levanta enseguida el estandarte del "eje del mal". Según esa pretensión maniquea la espada nunca volverá su filo sobre quien la empuña. Unos son los salvados y victoriosos, otros son los vencidos y descontentos.

El Canto IV de la Ilíada, después de que Pándaro disparara su traidora flecha contra Menelao y eso diera lugar a que el combate se reanudara, concluye con una mostración sobrecogedora, extraordinariamente perceptiva, sensorial, de la sangre que brota de las heridas de los combatientes, los huesos y tendones triturados, los intestinos desparramados, la masa de polvo y sangre cubriendo los cadáveres de uno y otro bando. Aquí quien mata es matado, quien destruye es destruido:

Así quedaron ambos tendidos en el polvo uno al lado del otro, éste de los tracios, aquél de los aqueos, de bronceínas tónicas, príncipes, y muchos otros fueron matándose a su alrededor... pues aquel día muchos troyanos y aqueos quedaron de bruces tendidos en el polvo, unos al lado de otros (535-540).

Numerosos troyanos y aqueos quedaron aquel día tendidos en el polvo unos al lado de otros. Estos muertos mezclados, este espacio común de los muertos, es la verdad de la guerra:

“En cuanto se juntaron y concurrieron en un mismo lugar entrechocaron pieles de escudos, lanzas y furias de guerreros, de bronceínas corazas. Entonces los abollonados broqueles se alzaron unos a otros y se suscitó un enorme estruendo. Allí se confundían quejidos y vítores de triunfo de matadores y de moribundos, y la sangre fluía en el suelo (Canto VIII, 62-65)”.

El gemido y el grito de victoria unidos, mezclados la discordia y el tumulto a la luz. Homero no narra la victoria que requiere que la violencia y la muerte sean denegadas. Homero narra la discordia y el disturbio, la solidaridad de los perturbados por el estrépito de las lanzas, el hedor de los intestinos rotos, el sufrimiento atroz y temible de la guerra, a la que si bien puede considerar inevitable, nunca será justificable. Para los griegos, la Discordia está en el origen. Si la Discordia está en el origen no es el Paraíso, no cabe entonces el maniqueísmo, el cual requiere un paraíso perdido y un enemigo erigido. La violencia termina venciendo a la piedad, y el hombre temible es, sin embargo, esa víctima del maniqueísmo que se ve empujada al terror antes que sufrir la indiferencia.

El maniqueísmo del Terror exige apartar la mirada, crear una zona de sombras, quitada de la vista. Ésa es la denegación fantasmática. Para los griegos el saber guarda una estrecha relación con la mirada, con la contemplación. Entre nosotros, hijos de las sombras del *Deus absconditus*, el saber está orientado al actuar. Episteme ya no guarda relación con *aidós*. El escenario del fantasma es una escena del poder. Si para Sócrates el saber se separa del poder, y así adquiere la lumi-

nosidad en la que saber y contemplación se juntan para nosotros, el saber ha vuelto a los terrenos oscuros y ctónicos de la Fuerza.

No podía soportar la oscuridad. Aunque sólo fuera un hilo de luz a través del postigo, eso ya era suficiente para poder cerrar los ojos. Así habla una mujer de sus terrores infantiles. Cerrar los ojos era abandonar el mundo, ser abandonada por el mundo. Un poco de luz, más luz, pedía Goethe para ahuyentar la sombría “gnosis” del temor que se acobarda ante la angustia. Si los griegos son aún necesarios es para despertar-nos de la ilusión del poder. El héroe nietzscheano es aquel que hace la tarea del vivir “sin sentirse en competición con los otros y ante los otros” (cf. *Humano, demasiado humano*). Para ello ha de recorrer el velo que cierra la escena fantasmática sobre el cuadrilátero de los cuerpos tumefactos y anestesiados por el miedo. Ese miedo tan temido hace temible a los hombres. La necesidad de argumentar sus vidas con el eje maniqueo impide ver a los otros, contemplados vivir.

La denegación, como efecto del fracaso de la “identidad de percepción”, requerida entonces para la “identidad de pensamiento”, se convierte en ceguera torpe, asustada o cruel. Cuando queda sólo al servicio de esa identidad. En este caso, la denegación cambia de estatuto: de ir a la par de la represión originaria, del fracaso de la “identidad de percepción”, pasa a ser el soporte de una identidad construida por el fantasma del poder y la consistencia del Otro. En ese viraje la denegación obstaculiza y se opone al trabajo del inconsciente. Contemplar el mundo, pasear por las calles, abrir los ojos, respirar, favorece el trabajo del inconsciente. La elaboración no desconoce el tumulto, pero no se confunde con él.

Una joven dice: “Prefiero mirarme en él mejor que en un espejo”. Es cierto que, bulímica en otro tiempo, su cuerpo en el espejo es aún un pegamiento temible por mortífero, “como dos imágenes picassianas pegadas”. Pero podrá contemplar su cuerpo vivo, podrá verlo mejor, conseguirá investirlo libidinalmente si se mira en ese hombre que acaba de enseñarle las primeras huellas de la caricia.

# Guerra colonial y trastornos mentales

Frantz Fanon

(Fragmento de "Les damnés de la terre", François Maspero, París, 1961.

Edición española "Los condenados de la tierra", FCE, México DF, 1963)

**P**ero la guerra continúa. Y tendremos que curar todavía durante muchos años las heridas múltiples y a veces indelebles infligidas a nuestros pueblos por la ruptura con el colonialismo.

El imperialismo, que ahora lucha contra una auténtica liberación de los hombres, abandona aquí y allá gérmenes de podredumbre que tenemos que descubrir implacablemente y extirpar de nuestras tierras y de nuestros cerebros.

Aquí nos ocupamos del problema de los trastornos mentales surgidos de la guerra de liberación nacional que realiza el pueblo argelino.

Quizá parezcan inoportunas y desplazadas en un libro como éste<sup>1</sup> las siguientes notas sobre psiquiatría. No podemos evitarlo de ninguna manera.

No ha dependido de nosotros que en esta guerra diversos fenómenos psiquiátricos, trastornos del comportamiento y del pensamiento hayan cobrado importancia tanto entre los actores de la "pacificación" como dentro de la población "pacificada". La verdad es que la colonización, en esencia, se presentaba ya como una gran proveedora de los hospitales psiquiátricos. En diversos trabajos científicos llamamos la atención de los psiquiatras franceses e internacionales, desde

1954, sobre la dificultad de "curar" correctamente al colonizado, es decir, de hacerlo totalmente homogéneo en un medio social de tipo colonial.

Como es una negación sistemática del otro, una decisión furiosa de privar al otro de todo atributo de humanidad, el colonialismo empuja al pueblo dominado a plantearse constantemente la pregunta: "¿Quién soy en realidad?".

Las posiciones defensivas surgidas de esta confrontación violenta del colonizado con el sistema colonial se organizan en una estructura que revela la personalidad colonizada. Basta simplemente para comprender esta "sensibilización" apreciar el número y la profundidad de las heridas sufridas por un colonizado durante un solo día en el régimen colonial. Hay que recordar, en todo caso, que un pueblo colonizado no es sólo un pueblo dominado. Bajo la ocupación alemana los franceses no dejaron de ser hombres. En Argelia no solo hay dominio sino literalmente decisión de ocupar simplemente un territorio. Los argelinos, las mujeres con *haik*, las palmeras y los camellos forman el panorama, el telón



Vietnam, 1968.

de fondo *natural* de la presencia humana francesa.

La naturaleza hostil, reacia, profundamente rebelde está representada efectivamente en las colonias por la selva, los mosquitos, los indígenas y las fiebres. La colonización tiene éxito cuando toda esa naturaleza indócil es por fin domeñada. Ferrocarriles a través de la selva, desecación de los pantanos, inexistencia política y económica de la población autóctona son en realidad una y la misma cosa.

<sup>1</sup> Frantz Fanon, militante del FLN argelino y psiquiatra, escribió varios libros sobre la lucha anticolonial. El más conocido es *Los condenados de la tierra*, editado en 1961 en Francia, con un encendido prólogo de Jean-Paul Sartre, donde incluye un anexo sobre las repercusiones psicopatológicas de la tortura y la guerra entre los colonos y los colonizados.

En el periodo de colonización no impugnada por la lucha armada, cuando la suma de excitaciones nocivas pasa de cierto umbral, las posiciones defensivas de los colonizados se desploman y éstos llenan en gran número los hospitales psiquiátricos. Hay, pues, en ese periodo tranquilo de colonización triunfante una patología mental permanente y copiosa producida directamente por la opresión.

Actualmente la guerra de liberación nacional que realiza el pueblo argelino desde hace siete años, por abarcar la totalidad del pueblo, se ha convertido en terreno favorable para la eclosión de trastornos mentales<sup>2</sup> (...).

Por regla general, la psiquiatría clínica reúne los diferentes trastornos presentados por nuestros enfermos bajo la rúbrica de "psicosis reaccionales". Al hacerlo, se da mayor importancia al acontecimiento que ha desencadenado la enfermedad aunque, aquí y allá, se mencione el papel del terreno en que se produce (la historia psicológica, afectiva y biológica del sujeto y el del medio). Nos parece que eran los casos presentados aquí, el acontecimiento que desencadena todo es principalmente la atmósfera sanguinaria, despiadada, la generalización de prácticas inhumanas, la impresión tenaz que tienen los individuos de asistir a una verdadera apocalipsis (...).

Las observaciones que citamos aquí cubren el periodo que va de 1954 a 1959. Algunos de los enfermos fueron tratados en Argelia, en centros hospitalarios o como clientela particular. Los demás fueron tratados en las instalaciones sanitarias del Ejército de Liberación Nacional (...)

## **Caso Nº 2. Impulsos homicidas indiferenciados en un evadido de una liquidación colectiva.**

S..., de 37 años, fellah. Vive en un aduar en Constantinois. No se ha ocupado jamás de política. Desde principios de la guerra, su región es escenario de batallas violentas entre las fuerzas argelinas y el ejército francés.

S... tiene ocasión, así, de ver muertos y heridos. Pero sigue manteniéndose al margen. Cada cierto tiempo, como todo el

pueblo, los campesinos de su aldea ayudan a los combatientes argelinos que están de paso. Pero un día, a principios de 1958, tiene lugar una emboscada de la que resultan varias muertes, no lejos del aduar. Las fuerzas enemigas organizan una operación y sitian la ciudad, vacía de soldados. Todos los habitantes son reunidos e interrogados. Nadie responde. Unas horas después, un oficial francés llega en helicóptero y dice: "Este aduar da demasiado que hablar; ¡destrúyanlo!". Los soldados empiezan a quemar las casas mientras las mujeres que tratan de recoger algunas ropas o de salvar algún enser son rechazadas a culatazos. Algunos campesinos aprovechan la confusión reinante para escapar. El oficial da orden de reunir a los hombres que quedan y los hace conducir cerca de un río donde comienza la matanza. Veintinueve hombres son muertos a quemarropa. S... es herido por dos balas que le atraviesan respectivamente el muslo derecho y el brazo izquierdo, ocasionándole esta última herida una fractura del fémur.

S... se desmaya y recupera el conocimiento en medio de un grupo del Ejército de Liberación Nacional. Es atendido por el Servicio Sanitario y evacuado cuando le es posible trasladarse. Durante el camino, su comportamiento cada vez más anormal no deja de inquietar a la escolta. Reclama un fusil, siendo así que es civil y está incapacitado, y se niega a marchar delante de nadie. No quiere que vaya nadie detrás de él. Una noche se apodera del arma de un combatiente y dispara inhábilmente sobre los soldados dormidos. Desde ese momento marchará con las manos amarradas y es así como llega al Centro.

Comienza por decirnos que no ha muerto y que les jugó a los demás una buena pasada. Poco a poco, podemos reconstruir la historia de su asesinato frustrado. S... no está angustiado, sino más bien sobreexcitado, con fases de agitación violenta, acompañadas de alaridos. No rompe cosas, pero fatiga a todo el mundo con su incesante charla y el Servicio se mantiene en alerta permanente por su decisión manifiesta de "matar a todo el mundo". Durante su hospitalización, ataca con armas improvisadas a unos ocho enfermos. Los enfermeros y los médicos tampoco se salvan. Llegamos a preguntarnos si no nos encontramos en presencia de una de las formas larvadas de epilepsia caracterizada por una agresividad global casi siempre despierta.

Se emprende una cura de sueño. A partir del tercer día, una entrevista cotidiana va a permitirnos comprender mejor la dinámica del proceso patológico. El desorden mental desapa-

<sup>2</sup>En la introducción no publicada en las dos primeras ediciones de *L'An V de la Révolution Algérienne* ya señalábamos que toda una generación de argelinos, sumergida en el homicidio gratuito y colectivo con las consecuencias psicoafectivas que esto supone sería la herencia humana de Francia en Argelia.

rece progresivamente. He aquí algunos. pasajes de las declaraciones del enfermo:

“Dios está conmigo..., pero entonces no está con los que murieron... Tuve mucha suerte... En la vida hay que matar para que no lo maten a uno... Cuando pienso que no sabía nada de sus historias... Hay franceses entre nosotros. Se disfrazan de árabes. Hay que matarlos a todos. Dáme una ametralladora. Todos esos supuestos árabes son franceses... y no me dejan tranquilo. Cuando quiero dormirme entran en el cuarto. Pero ahora ya los conozco. Todos quieren matarme. Pero me defenderé. Los mataré a todos sin excepción. Los degollaré uno tras otro y a ti también. Ustedes quieren eliminarme, pero tendrán que actuar de otra manera. No me importará matarlos. A los chicos y a los grandes, a las mujeres, a los niños, a los perros, a los pájaros, a los burros..., a todo el mundo le tocará... Después podré dormir tranquilo...” Todo esto es expresado en un lenguaje cortante, en actitud hostil, altanera y despreciativa.

Después de tres semanas, la excitación desaparece, pero una reserva, cierta tendencia a la soledad nos hacen temer una evolución más grave. No obstante, después de un mes, solicita salir para aprender un oficio compatible con su enfermedad. Se le confía entonces al Servicio Social del FLN. Lo vimos seis meses después. Va bien.

### **Caso N° 5. Un inspector europeo tortura a su mujer y a sus hijos.**

R..., de 30 años, viene espontáneamente a consultarme. Es inspector de policía, y desde hace varias semanas siente que “algo no marcha”. Casado, tres hijos. Fuma mucho: cinco cajetillas de cigarros diarias. No tiene apetito y frecuentemente es afectado por pesadillas. Esas pesadillas no tienen características propias. Lo que más le afecta es lo que él llama sus “crisis de locura”. En primer lugar, no le gusta que lo contrarien: “Doctor explíqueme eso. Cuando tropiezo con una oposición me dan ganas de golpear. Aún fuera del trabajo, me dan ganas de maltratar a quien se me atraviese en el camino. Por cualquier cosa. Por ejemplo, voy a buscar los periódicos al puesto. Hay mucha gente. Forzosamente hay que esperar. Extiendo el brazo (el dueño del puesto es mi amigo) para recoger mis periódicos. Alguien de la cola me dice con cierto desafío: «Espere su

turno». Pues bien, me dan ganas de golpearlo y me digo. «Viejo, si te agarrara unas cuantas horas no te quedarían ánimos de hacer payasadas». No le gusta el ruido. En su casa siente deseos de golpear a todo el mundo, constantemente. Y de hecho golpea a sus hijos, aún al pequeño de 20 meses, con un raro salvajismo.

Pero lo que lo ha llenado de estupor es que una noche, cuando su mujer lo criticó demasiado por haber golpeado a los niños (llegó a decirle: “Por Dios, te estás volviendo loco...”) se lanzó sobre ella, le pegó y le ató a una silla diciéndole: “Voy a enseñarte de una vez por todas quién es el amo en esta casa”.

Por fortuna, sus hijos empezaron a llorar y a gritar. Comprendió entonces la gravedad de su comportamiento, soltó a su mujer y al día siguiente decidió consultar a un médico “especialista de los nervios”. Precisa “que antes no era así”, que casi nunca castigaba a sus hijos y que jamás se peleaba con su mujer. Los fenómenos actuales han aparecido después de “los acontecimientos”: “Es que ahora hacemos un trabajo de infantería. La semana pasada, por ejemplo, estuvimos en operaciones como si perteneciéramos al ejército. Esos señores del gobierno dicen que no hay guerra en Argelia y que las fuerzas del orden, es decir, la policía, deben restablecer la calma. Pero sí hay guerra en Argelia y cuando se den cuenta va a ser demasiado tarde. Lo que me mata son las torturas. ¿Sabe usted lo que esto significa?... Algunas veces torturo diez horas seguidas...”.

– ¿Qué siente al torturar?

– Cansa... Es verdad que hay relevos, pero se trata de saber en qué momento hay que dejar que el compañero nos sustituya. Todos piensan que están a punto de obtener los informes y no quieren ceder el pájaro listo al otro que, naturalmente, recibirá los méritos. Entonces, lo dejamos. . . o no lo dejamos. . .

“A veces hasta le ofrecemos al tipo dinero, nuestro propio dinero para hacerlo hablar. El problema para nosotros es, en realidad, el siguiente: ¿eres capaz de hacer hablar a ese tipo? Es un problema de éxito personal; se establece una competencia... Al final tenemos los puños derrengados. Entonces se emplea a los «senegaleses». Pero golpean demasiado fuerte y acaban al tipo en media hora, demasiado pronto y eso no es eficaz. Hay que ser inteligente para hacer bien ese trabajo. Hay que saber en qué momento apretar y en qué

momento aflojar. Es una cuestión de olfato. Cuando el tipo está maduro no vale la pena seguir golpeando. Por eso uno mismo tiene que hacer el trabajo: se vigila mejor cómo marcha. Yo no apruebo a los que hacen que otros preparen a los tipos y que cada hora van a ver cómo va la cosa. Lo que hace falta, sobre todo, es no dar al tipo la impresión de que no saldrá vivo de nuestras manos. Se preguntaría entonces para qué hablar si eso no le salvaría la vida. En ese caso no habría ninguna posibilidad de poder obtener nada. Es absolutamente necesario que tenga esperanza: es la esperanza lo que le hace hablar.

“Pero lo que más me afecta es el problema de mi mujer. Sin duda hay allí algo de trastornado. Usted tiene que arreglarle eso, doctor”.

Como sus superiores le negaron la licencia y, además, el enfermo no quería el certificado de un psiquiatra, emprendemos un tratamiento “en plena actividad”. Fácilmente pueden adivinarse las precariedades de semejante fórmula. Ese hombre sabía perfectamente que todos sus trastornos eran provocados directamente por el tipo de actividad realizada en las salas de interrogatorio, aunque hubiera tratado de rechazar globalmente la responsabilidad hacia “los acontecimientos”. Como no pensaba (sería un contrasentido) dejar de torturar (para ello habría que dimitir) me pidió sin ambages que lo ayudara a torturar a los patriotas argelinos sin remordimientos de conciencia, sin trastornos de comportamiento, con serenidad<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup>Esta observación nos sitúa frente a un sistema coherente que no deja nada intacto. El verdugo que ama a los pájaros o goza en calma de una sinfonía o de una sonata, no es sino una etapa. Posteriormente, no hay más que una existencia que se inscribe totalmente en el plano de un sadismo radical y absoluto.

# Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte

Sigmund Freud

1915, Sigmund Freud. Obras completas, T II, Biblioteca Nueva, Madrid, 1968

## I. Nuestra decepción ante la guerra.

Arrastrados por el torbellino de esta época de guerra, sólo unilateralmente informados, a distancia insuficiente de las grandes transformaciones que se han cumplido ya o empiezan a cumplirse y sin atisbo alguno del futuro que se está estructurando, andamos descaminados en la significación que atribuimos a las impresiones que nos agobian y en la valoración de los juicios que formamos. Quiere parecernos como si jamás acontecimiento alguno hubiera destruido tantos preciados bienes comunes a la Humanidad, trastornado tantas inteligencias, entre las más claras, y rebajado tan fundamentalmente las cosas más elevadas. ¡Hasta la ciencia misma ha perdido su imparcialidad des-

apasionada! Sus servidores, profundamente irritados, procuran extraer de ella armas con que contribuir a combatir al enemigo. El antropólogo declara inferior y degenerado al adversario, y el psiquiatra proclama el diagnóstico de su perturbación psíquica o mental. Pero, probablemente, sentimos con desmesurada intensidad la maldad de esta época y no tenemos derecho a compararla con la de otras que no hemos vivido.

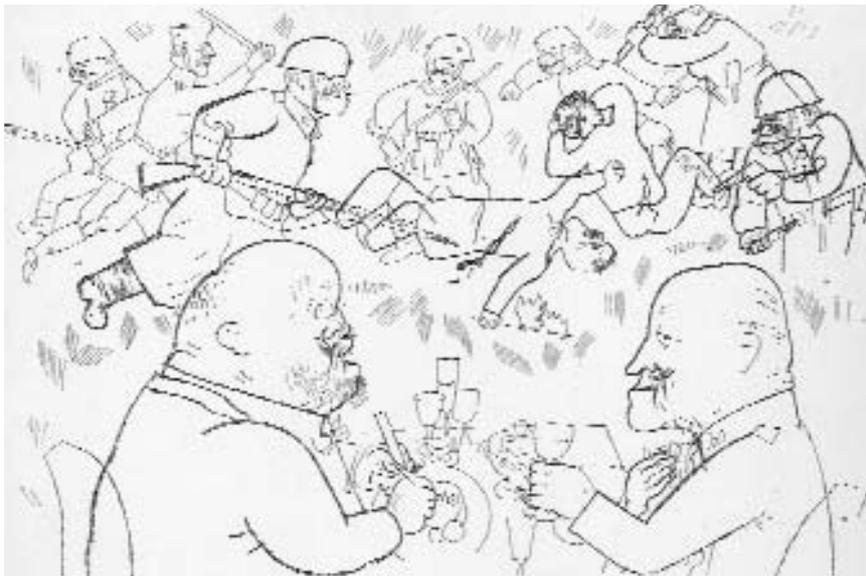
El individuo que no ha pasado a ser combatiente, convirtiéndose con ello en una partícula de la gigantesca maquina-

ria guerrera, se siente desorientado y confuso. Habrá, pues, de serle grata toda indicación que le haga más fácil orientarse de nuevo, por lo menos en su interior. Entre los factores responsables de la miseria anímica que aqueja a los no combatientes, y cuya superación les plantea tan arduos problemas, quisiéramos hacer resaltar dos, a los que dedicaremos el presente ensayo: la decepción que esta guerra ha provocado y el cambio de actitud espiritual ante la muerte al que –como todas las

guerras– nos ha forzado. Cuando hablamos de una decepción ya sabe todo el mundo a la que nos referimos. No es preciso ser un fanático de la compasión; puede muy bien reconocerse la necesidad biológica y psicológica del sufrimiento para la economía de la vida humana y condenar, sin embargo, la guerra, sus medios y sus

finos y anhelar su término. Nos decíamos, desde luego, que las guerras no podrían terminar mientras los pueblos vivieran en tan distintas condiciones de existencia, en tanto que la valoración de la vida individual difiera tanto de unos a otros y los odios que los separan representaran fuerzas instintivas anímicas tan poderosas (...)

Los pueblos son representados hasta cierto punto por los Estados que constituyen, y estos Estados, a su vez, por los Gobiernos que los rigen. El ciudadano individual comprueba



Blood is the Sauce, 1919. George Grosz

con espanto en esta guerra algo que ya vislumbró en la paz; comprueba que el Estado ha prohibido al individuo la injusticia, no porque quisiera abolirla, sino porque pretendía monopolizarla, como el tabaco y la sal. El Estado combatiente se permite todas las injusticias y todas las violencias, que deshonrarían al individuo. No utiliza tan sólo contra el enemigo la astucia permisible (*ruses de guerre*), sino también la mentira a sabiendas y el engaño consciente, y ello es una medida que parece superar la acostumbrada en guerras anteriores. El Estado exige a sus ciudadanos un máximo de obediencia y de abnegación, pero los incapacita con un exceso de ocultación de la verdad y una censura de la intercomunicación y de la libre expresión de sus opiniones, que dejan indefenso el ánimo de los individuos así sometidos intelectualmente, frente a toda situación desfavorable y todo rumor desastroso. Se desliga de todas las garantías y todos los convenios que habían concertado con otros Estados y confiesa abiertamente su codicia y su ansia de poderío, a las que el individuo tiene que dar, por patriotismo, su visto bueno.

No es admisible la objeción de que el Estado no puede renunciar al empleo de la injusticia, porque tal renuncia le colocaría en situación desventajosa. También para el individuo supone una desventaja la sumisión a las normas morales y la renuncia al empleo brutal del poderío, y el Estado sólo muy raras veces se muestra capaz de compensar al individuo todos los sacrificios que de él ha exigido. No debe tampoco asombrarnos que el relajamiento de las relaciones morales entre los pueblos haya repercutido en la moralidad del individuo, pues nuestra conciencia no es el juez incorruptible que los moralistas suponen, es tan sólo, en su origen, «angustia social», y no otra cosa. Allí donde la comunidad se abstiene de todo reproche, cesa también la yugulación de los malos impulsos, y los hombres cometen actos de crueldad, malicia, traición y brutalidad, cuya posibilidad se hubiera creído incompatible con su nivel cultural. De este modo, aquel ciudadano del mundo civilizado al que antes aludimos se halla hoy perplejo en un mundo que se le ha hecho ajeno, viendo arruinada su patria mundial, assoladas las posesiones comunes y divididos y rebajados a sus conciudadanos.

Podemos, sin embargo, someter a una consideración crítica tal decepción y hallaremos que no está, en rigor, justificada, pues proviene del derrumbamiento de una ilusión. Las ilusiones nos son gratas porque nos ahorran sentimientos displa-

cientes y nos dejan, en cambio, gozar de satisfacciones. Pero entonces habremos de aceptar sin lamentarnos que alguna vez choquen con un trozo de realidad y se hagan pedazos. Dos cosas han provocado nuestra decepción en esta guerra: la escasa moralidad exterior de los Estados, que interiormente adoptan el continente de guardianes de las normas morales, y la brutalidad en la conducta de los individuos de los que no se había esperado tal cosa como copartícipes de la más elevada civilización humana. Empecemos por el segundo punto e intentemos concretar en una sola frase, lo más breve posible, la idea que queremos criticar. ¿Cómo nos representamos en realidad el proceso por el cual un individuo se eleva a un grado superior de moralidad? La primera respuesta será, quizá, la de que el hombre es bueno y noble desde la cuna. Por nuestra parte, no hemos de entrar a discutirla. Pero una segunda solución afirmará la necesidad de un proceso evolutivo y supondrá que tal evolución consiste en que las malas inclinaciones del hombre son desarraigadas en él y sustituidas, bajo el influjo de la educación y de la cultura circundante, por inclinaciones al bien. Y entonces podemos ya extrañar sin reservas que en el hombre así educado vuelva a manifestarse tan eficientemente el mal.

Ahora bien: esta segunda respuesta integra un principio que hemos de rebatir. En realidad, no hay un exterminio del mal. La investigación psicológica -o, más rigurosamente, la psicoanalítica- muestra que la esencia más profunda del hombre consiste en impulsos instintivos de naturaleza elemental, iguales en todos y tendentes a la satisfacción de ciertas necesidades primitivas. Estos impulsos instintivos no son en sí ni buenos ni malos. Los clasificamos, y clasificamos así sus manifestaciones, según su relación con las necesidades y las exigencias de la comunidad humana. Debe concederse, desde luego, que todos los impulsos que la sociedad prohíbe como malos -tomemos como representación de los mismos los impulsos egoístas y los crueles- se encuentran entre tales impulsos primitivos. Estos impulsos primitivos recorren un largo camino evolutivo hasta mostrarse eficientes en el adulto. Son inhibidos, dirigidos hacia otros fines y sectores, se amalgaman entre sí, cambian de objeto y se vuelven en parte contra la propia persona. Ciertos productos de la reacción contra algunos de estos instintos fingen una transformación intrínseca de los mismos, como si el egoísmo se hubiera hecho compasión y la crueldad altruismo. La aparición de estos produc-

tos de la reacción es favorecida por la circunstancia de que algunos impulsos instintivos surgen casi desde el principio, formando parejas de elementos antitéticos, circunstancia singularísima y poco conocida, a la que se ha dado el nombre de ambivalencia de los sentimientos. El hecho de este género más fácilmente observable y comprensible es la frecuente coexistencia de un intenso amor y un odio intenso en la misma persona. A lo cual agrega el psicoanálisis que ambos impulsos sentimentales contrapuestos toman muchas veces también a la misma persona como objeto.

Sólo una vez superados todos estos destinos del instinto surge aquello que llamamos el carácter de un hombre, el cual, como es sabido, sólo muy insuficientemente puede ser clasificado con el criterio de bueno o malo. El hombre es raras veces completamente bueno o malo; por lo general, es bueno en unas circunstancias y malo en otras, o bueno en unas condiciones exteriores y decididamente malo en otras (...)

La transformación de los instintos malos es obra de dos factores que actúan en igual sentido, uno interior y otro exterior. El factor interior es el influjo ejercido sobre los instintos malos –egoístas– por el erotismo; esto es, por la necesidad humana de amor en su más amplio sentido. La unión de los componentes eróticos transforma los instintos egoístas en instintos

sociales. El sujeto aprende a estimar el sentirse amado como una ventaja por la cual puede renunciar a otras. El factor exterior es la coerción de la educación, que representa las exigencias de la civilización circundante, y es luego continuada por la acción directa del medio civilizado. La civilización ha sido conquistada por obra de la renuncia a la satisfacción de los instintos y exige de todo nuevo individuo la repetición de tal renuncia. Durante la vida individual se produce una transformación constante de la coerción exterior en coerción interior. Las influencias de la civilización hacen que las tendencias egoístas sean convertidas, cada vez en mayor medida, por agregados eróticos en tendencias al-truistas sociales. Puede, por último, admitirse que toda coerción interna que se hace sentir en la evolución del hombre fue tan sólo originalmente, esto es, en la historia de la Humanidad, coerción exterior. Los hombres que nacen hoy traen ya consigo cierta disposición a la transformación de los instintos egoístas en instintos sociales como organización heredada, la cual, obediente a leves estímulos, lleva a cabo tal transformación. Otra parte de esta transformación de los instintos tiene que ser llevada a cabo en la vida misma. De este modo, el individuo no se halla tan sólo bajo la influencia de su medio civilizado presente, sino que está sometido también a la influencia de la historia cultural de sus antepasados.