

TABLA III. Razones para el contacto que hicieron las víctimas con las unidades de bienestar, después de las inundaciones de Brisbane (n = 2 235)

	Antes de la inundación	Después de la inundación	Agravadas por la inundación	Necesidades totales en el contacto inicial (conjunto de las que surgieron después de la inundación y las agravadas por ella)
Emocionales				
Depresión	38	213	24	237
Angustia	26	203	20	223
Neurosis	16	17	13	30(40) ¹
Psicosis	16	12	16	28
Choque	10	160	10	170
Relación padre/ hijos	37	19	15	34
Relación esposo/esposa	43	19	23	42
Comunicación	40	1	7	8
Aislamiento	39	12	17	29
Colapso nervioso	11	21	5	26
Familia de 2 ó 3 generaciones	19	24	11	35
Casa con varias familias	9	11	9	20
Contactos preventivos/ de apoyo	1	201	1	202
Contactos de valoración	3	707	3	710
Necesidades materiales	21	807	20	827
Necesidades económicas	20	799	20	819
Necesidades de albergue	24	550	240	790(574)
Salud	30	22	28	50
Alcoholismo	21	3	8	11
Senectud/enfermedad	101	19	56	75
Agotamiento	5	33	2	35
Enfermedades crónicas	123	10	38	48
Enfermedades agudas	21	18	21	39
Incapacidad física	77	6	34	40
Lesión	4	20	2	22
Nutrición	4	1	1	2
Total	759	3 908	644(428)	4 552(4336)

Tomado con permiso del Queensland Disaster Welfare Committee; comunicado del oficial ejecutivo [39].

¹ Los números entre paréntesis están como en la publicación original, y son corregidos para los totales.

desastre causaban enorme depresión. Algunos informantes observaron que las reacciones pesimistas de la gente se incrementaban cuando se difundían entre ellas noticias de derrumbe de edificios”.

“Después del tercer huracán se observó el máximo de agresividad que se manifestó en tres situaciones en que casi llegaron al zafarrancho. *De Hoyos* [7] indicó que guardaron relación con la falta de alimentos y de agua, y con la prohibición de las autoridades de que la gente saliera del área”.

Tornados de San Angelo, Tex. USA, mayo de 1953 y junio de 1954 [30]

En mayo de 1953, un tornado ocasionó 11 muertes, lesionó a 150 personas, destruyó 320 hogares y dañó severamente a 111 más. Se calcula que los daños superaron a los 3 millones de dólares. En junio de 1954, otra vez la ciudad fue asolada por vientos fuertes y una granizada que acompañó a un tornado en disolución el cual no afectó directamente a la ciudad, pero ocasionó daños por 2.5 millones de dólares. En el segundo meteoro únicamente dos personas resultaron lesionadas.

Después de la primera tormenta, *Moore* [7] y asistentes del Departamento de Sociología de la Universidad de Texas, entrevistaron a 150 familias, y de ellas el 73% señalaron que uno de sus miembros había sufrido “emocionalmente”.

Posteriormente al segundo tornado, se entrevistó de nuevo a 114 representantes de las 150 familias iniciales y, además, se hicieron 22 entrevistas intensivas a personas que según se sabía habían sufrido graves secuelas emocionales a raíz de una o de ambas calamidades. Algunas de las 22 entrevistas se hicieron a miembros de familias abordadas después del primer tornado.

El autor observó que las consecuencias de los dos tornados afectaban principalmente a la personalidad de los residentes y sus relaciones con sus semejantes. No se identificaron indicadores de estos problemas en entrevistas con psiquiatras, farmacéuticos y trabajadoras sociales de San Angelo, pero el contacto con el supervisor escolar y las propias víctimas aportó datos de secuelas emocionales duraderas. Algunos alumnos tuvieron mayor inquietud; hubo peticiones de los padres de que se devolviera los niños a su hogar, en ocasiones en que había un aviso de un tornado. Los problemas disciplinarios habían desaparecido y el movimiento evangelista en la escuela había adquirido gran auge.

Con base en el catálogo de entrevistas, se observó que hubo varios casos de enfermedad de origen, al parecer, emocional aparecidas después de uno o ambos tornados. Varias personas reportaron debilidad, insomnios, pesadillas, pérdida del apetito y depresión general, inexplicados; el 28% de quienes respondieron a las entrevistas indicaron que ellos se habían recuperado de la primera tormenta cuando sucedió la segunda. La tercera parte de la muestra total indicó que todavía había problemas emocionales dentro de la familia, y el 20% mencionó problemas emocionales y económicos. En total, más de la mitad de los damnificados admitieron tener problemas emocionales transcurrido mucho más de un año después de la experiencia.

Ciclón de Darwin, Australia, 24 de diciembre de 1974

El ciclón Tracy se abatió sobre Darwin, una ciudad aislada situada en el norte de Australia, durante las primeras horas del día de Navidad. Mató a 65 personas, lesionó a más de 500 y destruyó 5 000 de las 8 000 casas de la población. En los 5 días posteriores al ciclón las autoridades evacuaron por carreteras y por aire a 34 500 de los 45 000 residentes. Los departamentos de Antropología y Sociología y Trabajo Social de la Universidad de Queensland emprendieron conjuntamente un estudio acerca de las consecuencias sociales y psicológicas del meteoro. *Milne* [28, 29] ha descrito algunas de éstas, observadas en adultos y niños.

El cuestionario incluyó 237 puntos que cubrían aspectos relativos a la conducta y las actitudes durante la etapa previa al ciclón, al sufrir el impacto de la catástrofe, en la fase de urgencia después de ésta, en el periodo de rehabilitación, y también en lo referido a la percepción de los servicios organizacionales antes, durante y después de la crisis.

Tres muestras de la población de Darwin que había sufrido el ciclón incluyeron: 1) "resistentes", es decir, los que no abandonaron el lugar después del impacto; 2) "evacuados retornados", y 3) "evacuados no retornados". Todos fueron entrevistados entre julio y octubre de 1975, 7 ó 10 meses posteriores al ciclón. Las muestras de los "resistentes" y de los "evacuados retornados" fue obtenida geográficamente de planos de las calles de Darwin. La ciudad sufrió daños de diversos grados, y por ello se utilizó un porcentaje de las viviendas efectivas en cada muestra, por medio de una encuesta fotográfica. Los evacuados "no retornados" se escogieron, para el estudio, del área de Brisbane y se recurrió a organizaciones gubernamentales y de bienestar para localizarlos. En las muestras hubo una distribución desigual de sexos y estado marital porque las mujeres y los niños habían sido evacuados de la población.

Milne [28, 29] encontró "desadaptación", es decir, una expresión de preocupación por el futuro, la cual fue menor en los "resistentes" y más frecuente en los "evacuados no retornados". Excepto en el caso de estos últimos los incrementos en los índices de tabaquismo, alcoholismo, y consumo de analgésicos y sedantes fueron insignificantes.

Se interrogó a un total de 756 adultos acerca de perturbaciones físicas y emocionales de miembros de la familia y cónyuges:

"Los trastornos emocionales incluyeron ansiedad, estados depresivos, miedo al viento, insomnio, abuso de alcohol y crisis histéricas y agresivas."

El estudio de la incidencia y persistencia de los síntomas indicó que:

"El signo sobresaliente fue el número relativamente grande de mujeres (31.5%) en la muestra de evacuados no retornados que padecieron trastornos emocionales después del ciclón. Las mujeres en los grupos de resistentes y de evacuados retornados sufrieron significativamente menos tales consecuencias (10.7 y 12.5%). Entre los varones evacuados no retornados se observó la misma tendencia, pero no fue estadísticamente significativa. De hecho, el porcentaje de perturbaciones emocionales en las mujeres del grupo de evacuados no retornados, fue sensiblemente mayor que el de los varones de ese mismo grupo ($p < 0.01$)".

También se advirtió una fuerte tendencia a que persistieran los síntomas emocionales más que los físicos, y ello ocurrió especialmente entre las mujeres “que no retornaron”.

Milne [29] investigó los efectos causados por el ciclón Tracy a los niños de Darwin. En los tres grupos de “resistentes”, “evacuados retornados”, “evacuados no retornados”, había 267 padres. Un estudio piloto reveló que una proporción substancial de progenitores mencionó la aparición de miedos anormales entre sus hijos, especialmente cuando eran expuestos a los sonidos de vientos fuertes y la lluvia. También se encontraron algunos fenómenos regresivos y agresivos. Dentro de las perturbaciones conductuales detectadas entre los niños después del ciclón se incluían: miedo a la lluvia y al viento, a la obscuridad, al ruido de aviones de propulsión a chorro, apoyarse física y emocionalmente en la madre, enuresis, chuparse el dedo, crisis de rabietas, pleitos, mordidas y puntapiés, así como, romper cosas deliberadamente:

“Excepto el miedo a la lluvia y el viento que fue reportado por más del 25% de los niños, la frecuencia de perturbaciones conductuales por lo común fue pequeña, y en el caso de chuparse el dedo y las tres variables de agresividad, fueron casi insignificantes. Ninguna de las diferencias por sexos fue significativa.”

En otro estudio *Western y Milne* [43] desarrollaron una Escala de Impacto del Desastre, empleando una muestra de 200 de los cuestionarios completados. Identificaron variables primarias del impacto, como estrés psicológico, lesión física, daños a las viviendas, pérdida de las posesiones personales. Las variables secundarias del impacto en el ciclón, fueron cambios en los estándares de vida y ajustes personales y sociales posteriores al impacto:

“De forma general, uno de los efectos de la evacuación fue reforzar y acrecentar los niveles de estrés y angustia presentes en los residentes de Darwin como consecuencia de haber sufrido los estragos del ciclón Tracy. Lejos del medio familiar, rotas las relaciones sociales establecidas, después de sufrir pérdidas físicas considerables, llevados a zonas que les eran totalmente desconocidas y alojados en albergues que eran casi barracas, no debe de sorprendernos que las personas evacuadas sufrieran más intensamente que quienes permanecieron en un medio familiar, independientemente de la magnitud de la pérdida de este último grupo”.

Parker [33] no concuerda con estos datos, y sugiere que quienes experimentaron el mayor impacto del desastre fueron los que tenían más probabilidades de ser evacuados, menos probabilidades de retornar, y una mayor probabilidad de grandes puntuaciones en la medición del ajuste psicosocial:

“No siento que *Western* haya suministrado los datos que apoyen dicha conclusión, y por ello es concebible que la evacuación pudo servir de ayuda a los residentes de Darwin”.

Parker [33] critica la variedad de las escalas utilizadas por *Western y Milne* [43] y señala que en su propia investigación llevada a cabo en los evacuados de Darwin, halló que ellos estaban preocupados por escapar y que para ellos sería un gran estresante quedarse.

“No obstante que la evacuación obligó a los evacuados a enfrentarse a un agente estresante de reubicación, dicho estrés pudiera haber sido menor, y el periodo de reajuste más corto que la alternativa de permanecer en Darwin. Ciertamente, la evacuación dio la oportunidad de permitir la entrada de sistemas de apoyo social, en una área amplia, y la difusión de tal hecho, tal vez ayudó al ajuste de la muestra”.

Por medio de un Cuestionario de Salud General que constaba de 30 puntos, se hizo una valoración a 67 evacuados, alojados en el Centro de Recepción de Sydney. *Parker* [33] afirma que una cifra positiva en dichos cuestionarios sugiere la probabilidad de que el sujeto para esa fecha, fuera un paciente psiquiátrico. De ese grupo, el 58% alcanzó puntuaciones positivas. Del grupo original, el 48% contestó a un cuestionario postal inicial de vigilancia, 10 semanas después del desastre, y para esas fechas *Parker* [33] advirtió que en el 41% las puntuaciones eran positivas. El cuestionario de vigilancia general indicó que el 22% (del 20% del grupo original que respondió al cuestionario) tuvo puntuaciones positivas.

Parker observó que:

“Las personas que respondieron positivamente al Cuestionario de Salud General (GHQ), después de la evacuación, no se distinguían de quienes respondieron negativamente, en razón de su edad, sexo, estado de salud físico y psicológico antes de la catástrofe, duración de residencia en Darwin o intensidad de las pérdidas materiales. Sin embargo, las personas que respondieron positivamente con mayor frecuencia reconocieron la idea de que ellos podían morir o sufrir graves daños durante el ciclón. De este modo cabe conceptualizar un “factor estresante de muerte” como el elemento inicial relacionado con la disfunción psicológica”.

Otras dos fuentes de información acerca de las reacciones psicológicas de la población de Darwin, tienden a reforzar los argumentos de *Western y Milne* [43] y *Parker* [33]. El comunicado del Consejo de Bienestar en el Desastre de Darwin [6] contiene abundantes datos en bruto en forma de reportes de cada una de las organizaciones encargadas de recibir evacuados. Los informes aportan pruebas respecto de algunas de las situaciones que causaron estrés.

“Para esa fecha la gente sufría dificultades por la reubicación y éstas nacían de una sensación de aislamiento y de sentimientos de perplejidad. Generalmente, ellos estaban abrumados por la pérdida súbita de su hogar y de sus posesiones, particularmente las personales irremplazables, lo cual acentuaba su sentimiento de pérdida. La desaparición repentina de las formas de subsistencia (ingresos) también amenazaba su sentido de la seguridad, de igual forma que la disgregación inmediata de la unidad familiar y la separación del esposo, y esto último se acompañaba de la falta de contacto con su cónyuge. La mayoría tenía el arraigado sentimiento de que Darwin era su hogar y que había que regresar a él lo más pronto posible. Estos sentimientos fuertes relativos a la necesidad de volver generaron conflicto para trabajar con ellos en los planes de reubicación”.

El estudio de *Eastwell* [9] acerca de las secuelas psicológicas duraderas del ciclón, constituye otra fuente de información relativa a los efectos de la evacuación.

“Muchos evacuados entrevistados en ciudades meridionales presentaron síntomas de “fatiga por el desastre”, reacciones tardías de angustia, depresión, síntomas histéricos y psi-

cosomáticos (como diarrea nerviosa dentro de un avión lleno de gente); los síntomas anteriores no surgieron en personas que permanecieron en Darwin, quizá porque intervinieron dos factores. En primer lugar, se concedió prioridad en la evacuación a toda persona con síntomas psicológicos, y en segundo lugar, los síntomas fueron suprimidos por la inmediatez de significativas tareas de salvamento y las actividades del grupo de supervivientes”.

Eastwell [9] dice que en el primer mes después del ciclón, un grupo pequeño de enfermos presentaba síntomas impresionantes, como “temblores incontrolables”, “incapacidad para caminar”, y “misticismo”. Los niños sufrían fuerte angustia durante las borrascas con lluvia y viento. Unos cuantos de ellos necesitaron tratamiento psiquiátrico, meses después del ciclón, y sólo un pequeño número fue tratado por reacciones depresivas profundas:

“Sin duda el aspecto más notable de las alteraciones psiquiátricas después del ciclón fue la frecuencia y severidad de los síntomas causados por el alcohol. Hay que mencionar que los habitantes de Darwin tenían la reputación de ser grandes bebedores, y el consumo de cerveza era, en promedio, de más de 50 galones al año por persona. También en pacientes y en la población general se acrecentaron los casos de enviciamiento al tabaco y los analgésicos.

6 meses después del ciclón cuando la población comenzó poco a poco a volver en mayor número a sus hogares, surgieron síntomas depresivos como “irritabilidad”, “insomnio” y “pérdida de concentración”. En estos casos de depresión no hubo el signo de “retardo psicomotor”. Las observaciones de *Eastwell* [9] en los niños para esas fechas fueron:

“Los niños alterados eran enviados comúnmente a clínicas suburbanas, ellos presentaban síntomas conductuales, terrores nocturnos y enuresis. Generalmente su problema podía explicarse como consecuencia de condiciones de hacinamiento, exceso de alcoholismo o irritabilidad en los padres. Además, muchas madres aceptaron empleos para superar sus desajustes, y ello fue en detrimento de algunos niños que ya mostraban algunos síntomas de angustia”

Granizada en Toowoomba, Australia, 10 de enero de 1976

Una granizada intensísima dañó 5 000 de las 8 000 casas de Toowoomba y fue seguida de lluvias ciclónicas que tuvieron una duración de 6 semanas. *Leivesley* [22] describe una unidad de bienestar establecida por el gobierno estatal para asistir en la rehabilitación. Dicha unidad se dedicó a auxiliar a 3 000 pensionados que vivían en el área de desastre y brindar ayuda en problemas económicos, emocionales, de seguros y otros causados por la granizada. Se proporcionó asistencia primaria a más de 100 personas que sufrían perturbaciones emocionales ocasionadas por el desastre. Se levantó una encuesta en una muestra del resto de la comunidad, y se encontró que además de los pensionados otras personas presentaban respuestas emocionales semejantes. Un mes después del impacto todavía se observaban tres tipos de reacción:

“El primer tipo se apreció en las víctimas de la tormenta que tuvieron capacidad para participar activamente en su proceso de reubicación. Se adaptaron a los daños de sus hogares,

hicieron reparaciones temporales, en la medida de lo posible, entraron de inmediato en contacto con las compañías de seguros, para efectos de avalúos e intentaron obtener los servicios de personas especializadas para que se encargaran de las reparaciones necesarias. . .

El segundo tipo de reacción se observó en víctimas que pudieron funcionar pero que al mismo tiempo padecían una significativa perturbación emocional. Las personas de este grupo también hicieron esfuerzos tendientes a lograr la ayuda necesaria para reubicarse, y la de sus compañías de seguros, negociantes y otros. Sin embargo, reaccionaban emocionalmente contra el impacto que les causó la granizada, la invasión de su territorio personal y los cambios repentinos en sus medios físico y social. La reacción se expresaba por hostilidad e ira excesivas contra representantes de las compañías de seguros, valuadores, negociantes y otras personas en la calle que recibían lo que ellos definieron como "trato preferencial". También se observó una confusión intelectual inicial que aún persistía 1 mes después de la granizada, cuando se abrió la Unidad de Desastres. Dicha confusión actuaba de mecanismo de defensa, como un agente de amortiguamiento entre la víctima y el impacto total del desastre. La confusión indicó que estas víctimas intentaron su reubicación en pequeñas fases, es decir, un problema cada vez, sin comprensión de las consecuencias a largo plazo.

El tercer tipo de respuesta fue el llamado "síndrome de desastre", el cual fue más intenso y se caracterizó por síntomas que interferían directamente en las actividades de la vida diaria, como depresión profunda manifestada de forma de apatía, indiferencia, limitación de movimientos dentro del hogar; agitación que surgía en intentos desorientados e inconexos por aliviar el estrés; llanto incontrolable y expresiones de pesar por desperfectos en el hogar y el jardín, y una incesante preocupación por la reubicación"

COMENTARIOS

Los ejemplos anteriores se expusieron para que el lector tenga una idea de la calidad del material disponible sobre el cual pueden basarse algunas conclusiones. Ha sido muy grande su heterogeneidad en términos de los tipos de desastres y de los métodos empleados para reunir y presentar las observaciones de campo.

Los resultados no permiten generalizaciones fáciles respecto a la naturaleza, intensidad o duración de las reacciones psicológicas mostradas por los individuos después de un desastre natural. Por ejemplo, la población de ladinos de Guatemala al parecer sufrió, cuando menos, un moderado incremento en sus reacciones de angustia aguda después del sismo de 1976, en tanto que la población indígena, pareció no haber sufrido tal afectación, por lo menos si se aceptan en su valor real, las pocas publicadas. En Skopje, dentro de una parte muy grande de la población, hubo una reacción francamente patológica posteriormente al sismo, al menos durante un breve lapso. Un contraste semejante puede establecerse entre las observaciones hechas después de las inundaciones de Buffalo Creek y Rapid City, las cuales produjeron resultados totalmente diferentes en las poblaciones con un fondo social muy similar.

No se sabe la medida en que tales diferencias sean reales o simplemente producto de una observación "distorsionada" e incompleta. Casi todos los artículos no incluyen la información que es crucial para la interpretación (por ejemplo);

1) No aportan datos sobre las diferencias de las reacciones individuales en grupos sociales distintos o entre ellos; en aquellos casos en los que la información proviene de otras fuentes, sin duda, el asunto es importante. El ejemplo obtenido en

Guatemala sugiere una diferencia de reacción entre los indios y los ladinos (cuando menos en la frecuencia de solicitudes de auxilio), aunque no enfoca el problema de los servicios disponibles para estos dos grupos, los cuales se piensa que serían muy diferentes (véase pag. 100) u otras fuentes alternas de auxilio, como algunos médicos o prácticos en los poblados, que quizá estaban disponibles.

2) Sólo en raras veces se cuenta con información acerca de las características que la población afectada tenía antes del desastre. Los resultados de las inundaciones de Brisbane tienden a demostrar que, cuando menos, en un desastre ocurrido en un país “desarrollado”, antes de que aquel acaeciera, ya existían “necesidades emocionales” en un 25% de las víctimas. En un país industrializado, por cada grupo de población, en circunstancias normales, se emiten varias recetas de psicotrópicos [13], este punto pudiera ser importante para cualquier valoración de los efectos del desastre.

3) En casi todos los casos no hay datos referentes a la experiencia de individuos diferentes y las pérdidas que ellos sufrieron ¿Son quienes muestran la mayor reacción de congoja? ¿Los que han perdido sus propiedades? ¿Los que han sido sometidos al estrés constante por ejemplo, pleitos acerca de la responsabilidad de la reposición de las pérdidas?

En la bibliografía referida al tema han surgido tres criterios bastante distintos en cuanto a la naturaleza de las reacciones individuales después del desastre y su sitio en un esquema más general de respuesta social. Por comodidad, han sido denominados según *Quarantelli* [38], enfoque del “trauma individual”, de la “ciencia social” y de la “trama social” para el análisis respectivamente, aunque hay algún grado de traslape entre los tres.

El enfoque del “trauma individual” quizá sea el más directo porque afirma que algunas reacciones observadas pueden ser consideradas como “patológicas”; lo que se puede asumir porque el hecho sea evidente por sí mismo, por ejemplo, el individuo busca auxilio o alguien lo solicita en su nombre. Alternativamente, lo es porque la reacción parece ser “disfuncional”, como sucede al interferir con las acciones que el médico o el paciente, según su percepción, son las mejores al interés del individuo.

Los otros dos enfoques, en términos generales, afirman que las reacciones individuales, si se interpretan a la luz de los procesos sociales generales son “patológicas”, únicamente en grado mínimo. Sugieren que las reacciones observadas son esencialmente “funcionales” como un reajuste psicológico a una pérdida; una parte del proceso de reorganización social o una reacción al estrés continuado. Los partidarios de tales criterios no propondrían que los damnificados necesitan “tratamiento”.

El enfoque de “ciencia social”, según *Quarantelli*, [38] inicialmente se basó en suposiciones empíricamente incorrectas, en cuanto a las consecuencias psicológicas graves y amplias de las víctimas de desastres. El nuevo modelo propuesto por él, suponía que se observan muy diversas respuestas diferenciales. La conducta podría ser funcional o disfuncional, pero el patrón general de respuesta está dirigido definitivamente hacia la autoconservación. El “enfoque del trauma social” sostiene que los:

“los desastres tienen efectos diferenciales y no particulares y directos. Algunos de ellos son positivos y negativos por igual; muchos son relativamente superficiales y breves. Los problemas heterogéneos de las víctimas guardan relación más directa con la reacción ulterior al impacto, que la propia del desastre mismo.

La posición de trama social no propone que los desastres no ocasionan consecuencias psicológicas; considera que hay pocas pruebas de psicopatología grave a corto y largo plazo después de una calamidad. . .”

Si se desea un comentario más amplio consúltese el trabajo de *Quarantelli* [38].

Enfoque del trauma individual

El criterio anterior es evidente en muchos estudios acerca de desastres hasta principios de los sesenta y es posible identificar su origen en los primeros estudios hechos por *Prince* [36] después de la explosión del navío Halifax en 1917, aunque aún se les utiliza hoy día. El partidario más conocido de tal enfoque es *Wallace* [42] quien acuñó el término de “síndrome de desastre” luego de una revisión de la bibliografía y el análisis de las entrevistas de campo a supervivientes. Describe tres fases de la reacción conductual ante desastre: un estado de choque en el que se encuentran muchas víctimas que se hallan en el área de impacto, las cuales son rescatadas por cuadrillas en un estado descrito como de choque, aturdimiento, estupor, apatía, pánico e insensibilidad y que puede durar minutos u horas. El estado de “docilidad” dura horas o días y los damnificados con lesiones o sin ellas son relativamente dóciles y obedientes, agradecen las expresiones de interés, y sienten angustia porque otros reciban la atención en primer lugar y antes que ellos. El tercer estado es de euforia por el agradecimiento de estar vivo, un inmenso espíritu comunitario y deseos de colaborar en el bienestar de la comunidad. Al mismo tiempo es posible que se dirijan notables quejas a las organizaciones de atención masiva, así como a los servicios de ayuda de fuera del área, y se expresan denuncias de pillaje, usura e ineficiencia general. Muchas personas padecen de depresión, insomnio, pesadillas y sensación de “estar en la cuerda floja”.

El análisis más completo del trauma psicológico individual es el de *Wolfenstein* [45] basado en observaciones sobre víctimas de desastres en tiempos de paz, reunidas por el Comité de Estudios sobre Desastres. La información principal proviene de entrevistas grabadas en cintas magnetofónicas. *Wolfenstein* describió el síndrome de desastre como:

“el estado en el cual una persona que ha experimentado un hecho extremo, parece anclada y aturdida”

Wolfenstein [45] sugiere que quizá haya mayor perturbación emocional después del hecho, en quienes anteriormente negaron la realidad del peligro:

“La persona que admite que puede acaecer un hecho extraordinariamente peligroso pero conserva la idea de que ella sobrevivirá está apta para superar el peligro con menores perturbaciones”.

Otro factor que según *Wolfenstein*, desencadena una reacción emocional es:

“Un sentimiento de ser abandonado probablemente juega un parte importante en las perturbaciones emocionales en una experiencia en desastre. . . La intensificación de la angustia por separación que produce un desastre suele persistir algún tiempo después de ocurrido el suceso. . . Estas reacciones también dependen del miedo frecuente de que el desastre se repita en muy breve plazo”.

Wolfenstein [45] observó que los factores intervinientes en el síndrome de desastre incluyen la tendencia a negar la catástrofe, la inhibición de una respuesta emocional y el miedo de ser aniquilado por sentimientos dolorosos e intensas reacciones de pánico días después:

“Puesto que la víctima del desastre ha sido forzada a recibir más de lo que ella puede asimilar por el momento, sus energías están monopolizadas por la tarea de sobreponerse al hecho, para gradualmente adaptarse y habituarse a la terrible y repentina experiencia. Por esta preocupación hay una resistencia a admitir más estímulos. El organismo ha sido inundado de éstos y no tiene la capacidad de aceptar más, durante un tiempo dado. Por tal motivo, la víctima es insensible a lo que ocurre a su alrededor”.

Wolfenstein [45], además, sugiere que la combinación de insensibilidad emocional, falta de reacción a los estímulos externos e inhibición de la actividad, se semeja al síndrome clínico de depresión. Es una reacción a una situación excepcional, por ello es probablemente temporal, y quienes no pueden restablecerse posiblemente sufran una perturbación emocional previa.

La tabla IV incluye un resumen de los factores identificados por diferentes investigadores, y su relación con respuestas psicológicas observadas en sujetos después de desastres. Todos los investigadores utilizaron el enfoque del “trauma individual”.

TABLA IV. Factores que desencadenaron respuestas psicológicas

1.	Características del agente que incitó el desastre [11, 12, 15, 19, 41]
2.	Personalidad
	Negación del peligro [45]
	Expectativas de revertir el peligro [19, 45]
3.	Experiencias durante el impacto
	La persona estuvo a punto de morir [14, 19, 20, 45]
	Separación de seres queridos y otras personas importantes [10-12, 45]
	Impacto duradero [15]
4.	Consecuencias del impacto
	Lesión física [42]
	Muerte y lesión de personas importantes para la víctima [14, 19, 42]
	Contemplación de cuerpos muertos y dañados [2, 12, 14]
	Destrucción de la propiedad personal [11, 42]
	Extensión de los daños [11, 12, 41]

Incidencia reportada del síndrome de desastre

En la bibliografía han aparecido cálculos diversos de la incidencia del síndrome de desastre. *Fritz y Marks* [12] indicaron que, con base en los estudios NORC de supervivientes de 70 desastres diferentes, el 14% sufrió choque y aturdimiento inmediatamente después del impacto; el 45%, agitación, el 6% agitación intensa y el 8%, calma. Las observaciones de *Popovic y Petrovic* [34] realizadas después del sismo de Skopje, sugieren que el 10% de los supervivientes inmediatamente después del impacto sufrían una perturbación psíquica intensa, y que del 20 a 25% se restablecieron con rapidez y reaccionaron de forma apropiada. El estudio de *Milne* [28] llevado a cabo a raíz del ciclón de Darwin indicó que 7 ó 10 meses después de acaecido, el 18.6% de los supervivientes adultos aún padecían reacciones emocionales. La investigación efectuada con motivo de la inundación de Brisbane [38] el cual abarcó a todos los hogares anegados, mostró que el 9% de la población adolecía de problemas emocionales después del hecho. El estudio de *Leivesley* [22] de víctimas de la tormenta de granizo, quien utilizó los datos de una unidad de bienestar, encontró que el 16% de esas víctimas presentaban graves problemas emocionales. En la investigación de *Poulshock y Cohen* [35] enfocada a ancianos que solicitaron auxilio de organizaciones de desempleo en Estados Unidos, después del desastre el 33% sufrían perturbaciones emocionales. La investigación de Buffalo Creek seguida por *Titchener y Kapp* [40] señala que el 80% de los supervivientes padecían “síntomas neuróticos traumáticos”.

A pesar de todo, es necesario interpretar estas cifras con las reservas mencionadas acerca de los métodos de recolección de datos.

Enfoques “sociales” del análisis

Los enfoques de “ciencia social” y “trama social” aplicables al análisis han sido objeto de una abundante bibliografía, en su mayoría teórica. Escapa a los propósitos de este libro, la discusión acerca del análisis teórico, pero es de clara importancia comentar lo referente al “síndrome de desastre”, porque tiende a mostrar una imagen totalmente contrastante de la conducta de los individuos y de los grupos, después de calamidades.

La literatura está abierta a muchas de las críticas previamente expuestas en este capítulo, pero también a dos más. En primer lugar, muchos autores han publicado observaciones en las cuales ellos generalizan a “toda la comunidad”, sin definir la población observada o estimar la forma en que está relacionada con la totalidad. En segundo lugar, muchos estudios sociológicos y quizá particularmente los que se hicieron desde 1960 (aunque hay algunas excepciones anteriores a ese momento), tienden a presentar los resultados directamente en el contexto de la teoría sociológica, de tal modo que es difícil para el lector diferenciar a las dos.

En la siguiente sección se presenta un resumen basado principalmente sobre un estudio de *Dynes y col.* [8] referido a las respuestas observadas en grupos de personas después de desastres; las observaciones se fundan en más de 300 estudios hechos por DRC, primordialmente en Estados Unidos. A pesar de que hay pocas

investigaciones acerca de la conducta de grupos después de grandes desastres naturales llevadas a cabo en países pobres, se cuenta con pruebas indirectas obtenidas en gran parte de la bibliografía no psicológica las cuales sugieren que tales reacciones, en términos generales, son las que se han observado después de las calamidades.

Conducta de grupos después de desastres

Pánico y Huidas. Si el término “pánico” es tomado como la huida de alguien sin ninguna consideración para con los demás, la conducta de pánico tanto en un desastre natural como después de él parece ser muy rara. No obstante que se han registrado a pequeña escala algunos ejemplos de pánico posteriormente al desastre, según DRC, se ha observado que, en términos generales, las personas a menudo permanecen deliberadamente dentro de una situación de peligro y no huyen. La huida en un caso de peligro, cuando ocurre, aparentemente es consecuencia de decisiones definidas tomadas de parte de individuos y de grupos, después de comparar las alternativas que se abren ante sí. Los desplazamientos demográficos, cuando suceden, son relativamente ordenados y muy distintos de las imágenes difundidas por los grandes medios de comunicación, por ejemplo, “la población abandona velozmente la ciudad asolada por el terremoto”. *Dynes y col.* [8] citaron el ejemplo del huracán Carla en 1961, en que más de medio millón de personas dejó las zonas costeras de Texas y Louisiana. A pesar de una amenaza claramente advertida, de una campaña intensiva de prevención y alarma, y más de 4 días de emitir avisos de alarma, más de la mitad de la población permaneció en sus hogares.

Con base en la bibliografía general relativa a desastres, es difícil identificar comunicados confiables acerca de movimientos poblacionales en gran escala, antes, durante o después de la calamidad que exteriormente contenga una explicación convincente del por qué la población escogió determinado curso de acción, por ejemplo, el desplazamiento de damnificados sin hogar, para vivir con parientes dentro de Managua (véase la pág. 69), o la huida o evacuación de sitios inundados. Ha habido poca documentación sobre el punto, pero se ha señalado regularmente que los damnificados pobres, cuando menos en gran parte del subcontinente indio, se resistían activamente a los intentos de evacuarlos de zonas de peligro hasta que perdían toda esperanza de salvar sus posesiones materiales. *Dynes y col.* [8] escribieron:

“De la misma forma en que generalmente es inexacta la imagen de pánico propia de la conducta en desastres, también lo es el criterio de que los desastres dejan a las víctimas desorientadas y confusas. Las personas no quedan estáticas, incluso, ante los hechos más catastróficos, ni carecen de iniciativa, ni son pasivas y dependientes, o esperan que las brigadas de auxilio se ocupen de satisfacer sus necesidades”.

En términos generales, los damnificados actúan de forma activa y no esperan asistencia del exterior; en gran escala demuestran enorme iniciativa personal y un patrón de ayuda mutua informal. De los muchos ejemplos que podrían citarse sólo se tomará uno, el ocurrido después del sismo que afectó Guatemala en 1976 [26]:

“En las primeras horas posteriores al sismo, fue realmente asombroso el trabajo concertado y de equipo que se emprendió, y el número de grupos de voluntarios organizados.

Las primeras horas del día hallaron a los ciudadanos limpiando las calles, removiendo los escombros de edificios derrumbados, y ayudando a sus vecinos, amigos o compatriotas a transportar a los heridos y evacuar a los muertos. Las patrullas de civiles organizaron inmediatamente agrupaciones de transporte con sus propios vehículos privados para evacuar a los heridos, prestar auxilio importante para conservar el orden, y formar filas de gente que esperaban alimentos y medicinas. De inmediato se comenzó a quitar escombros conforme se fueron limpiando calles, caminos locales y carreteras para que llegaran las patrullas de rescate”.

Conducta antisocial. La conducta de este tipo es rara, aunque a veces se supone que después de un desastre son comunes la rapiña y los desmanes antisociales, a gran escala. Los estudios de DRC han demostrado que muchos supervivientes expresan su preocupación por los actos de rapiña pero ha habido pocos casos confirmados de este tipo. Obviamente, ello depende en cierta medida de la definición exacta que se dé al término; casos como “rapiña” de alimentos después del ciclón de Sri Lanka (véase la pág. 91) al parecer son explicables en términos del hambre, y no como intentos de una población para aprovechar el desorden, con ventaja personal. Ejemplos como los del sismo de Managua en que fueron comunes las heridas de bala, son raros, al parecer (véase la pág. 33).

Con base en los hallazgos de DRC, *Quarantelli* [37] ha argumentado, con razón que:

“El ‘síndrome de desastre’, aparece sólo en los tipos más traumáticos de calamidades, se limita al periodo posterior al impacto, y es breve (su etapa inicial dura apenas minutos u horas). De mayor importancia, la reacción no surge en gran escala”.

CONCLUSIONES

1) Hay un patrón de respuestas psicológicas individuales en supervivientes de desastres observado con bastante regularidad. Se cuenta con algunos datos que sugieren que el síndrome descrito por *Wallace* [41, 42] podría ser una descripción razonable, cuando menos, de una fracción de la respuesta psicológica encontrada después de una calamidad.

2) La naturaleza específica y el patrón de los síntomas han sido definidos pobremente de forma inadecuada y varía con las situaciones particulares. Se duda acerca de que existan pruebas suficientes para sugerir que forman un “síndrome específico de desastre”. Una sugestión igualmente plausible es que cada individuo muestra una respuesta apropiada a sus circunstancias individuales, y que las reacciones descritas después de una catástrofe podrían ser muy similares a las observadas después de otras crisis personales abrumadoras. El “síndrome de desastre” podría describir sólo a un gran número de dichas reacciones individuales que aparecerían prácticamente en forma simultánea.

3) Los datos publicados son de poco peso, pero, al parecer, este “síndrome” suele observarse sólo en una minoría de personas, es breve, y no interfiere en gran medida en los intentos de recuperación individuales o grupales. En casos de exposición a estrés continuo, ello podría manifestarse en sí por síntomas constantes de angustia, insomnio y otros.

4) Al parecer no hay pruebas adecuadas que sugieran que una ampliación de los servicios psiquiátricos formales después de calamidades es práctico o de beneficio neto para los supervivientes. (Algunos autores han propuesto que es necesario; consúltese el ejemplo de la referencia 5.) Si se acepta que muchas observaciones son explicables en términos de reacción a pérdidas y los estreses que afectan la reinstalación y recuperación de la propiedad, sería más lógico destinar recursos a satisfacer necesidades materiales individuales y problemas sociales personales y no emprender medidas como la evacuación, que pueden causar estrés.

5) Existen dificultades particulares en las observaciones y mediciones de esta área pero, en opinión de los autores, debe hacerse un intento para definir con mayor claridad los términos y aplicar técnicas metodológicas estándares para la extracción de muestras y presentación de datos; si se hiciera lo propuesto, sería útil esclarecer la relación entre un desastre y las reacciones psicológicas y sociales de quienes lo sufren.

REFERENCIAS

- 1 Ahearn, F.L.; Castellón, S.R.: *Comparison of pre-and post- disaster admission rates to the Nicaragua National Psychiatric Hospital 1969-1976* (Mimeo, 1976).
- 2 Anderson, J.W.: "Cultural adaptation to threatened disaster". *Hum. Org.* 27: 298-307 (1968).
- 3 Atlanta Public Health Service, *Field Services Branch Epidemiology Program: Flood disaster, Rapid City, South Dakota* (Mimeo, 1972).
- 4 Church, J.S.: "The Buffalo Creek disaster; extent and range of emotional and/or behavioural problems." *Omega* 5: 61-63 (1974).
- 5 Cohen, R.E.; Ahearn, F.L., Jr.: *Handbook for mental health care of disaster victims* (Johns Hopkins University Press, Baltimore 1980).
- 6 *Darwin Disaster Welfare Council: Final report* (Mimeo, 1976).
- 7 De Hoyos, A.: *The Tampico disaster; a report to the committee on disaster studies*, National Research Council, Michigan State University Department of Sociology and Anthropology (Social Research Service, Mimeo, 1956).
- 8 Dynes, R.R.; Quarantelli, E.L.; Kreps, G.A.: *A perspective on disaster planning. Report Ser. 11* (Disaster Research Center, Ohio State University, Columbus 1980).
- 9 Eastwell, D.: "Psycho-social sequelae of cyclone 'Tracy'." *Proc. Medical Disaster seminar*, pp. 10-19 (National Emergency Services College, Macedon 1977).
- 10 Friedman, P.; Linn, L.: "Some psychiatric notes on the Andrea Doria disaster." *Am. J. Psychiat.* 114: 426-432 (1957).
- 11 Fritz, C.E.: "Disasters compared in six American communities." *Hum. Org.* 16: 6-9 (1957).
- 12 Fritz, C.; Marks, E.S.: "The NORC studies of human behaviour in disaster." *J. soc. Issues* 10: 26-41 (1954).
- 13 Fry, J.: *A new approach to medicine. Principles and priorities in health care* (MIT Press, Lancaster, 1978).
- 14 George, A.: *Emotional stress and air war. A lecture given at the Air War College, Air University* (Rand Corporation, Santa Monica, 1952).
- 15 Glass, A.J.: "Psychological problems in nuclear warfare." *Am. J. Nursing* 57: 1428-1431 (1957).

- 16 Hall, P.S.; Landreth, P.W.: "Assessing some long-term consequences of a natural disaster." *Mass Emerg. 1*: 55-61 (1975).
- 17 Hathorne, B.C.: *Report Guatemala, May 11-21, 1976* (unpublished report to USAID, 1976).
- 18 Henderson, A.S.: "Disaster and social bonds." *Disaster Behaviour Seminar*, pp. 10-18 (National Emergency Services College, Macedon 1977).
- 19 Janis, I.L.: "Problems of theory in the analysis of stress behaviour." *J. soc. Issues 10*: 12-24 (1954).
- 20 Janis, I.L.: "Psychological effects of warnings:" in Baker, Chapman, *Man and society in disaster*, pp. 55-92 (Basic Books, New York 1962).
- 21 Lacey, G.N.: "Observations on Aberfan." *J. psychosom. Res. 16*: 257-260 (1972).
- 22 Leivesley, S.: "Toowoomba; the role of an Australian disaster unit." *Disasters 1*: 315-322 (1977).
- 23 Leivesley, S.: *A study of disasters and the welfare planning response in Australia and the United Kingdom*; unpublished thesis, University of London (1979).
- 24 Lifton, R.J.: *Death in life - the survivors of Hiroshima* (Weidenfeld & Nicholson, London (1968).
- 25 Lifton, R.J.; Oson, E.: "The human meaning of total disaster. The Buffalo Creek experience." *Psychiatry 39*: 1-18 (1976).
- 26 McDonald, R.K.: "Earthquake disaster in Guatemala." *Joint IHS/UNDRO/WHO Seminar on Natural Disaster*, Manila (Mimeo, 1977).
- 27 Menninger, W.C.: "Psychological reactions in an emergency (flood)." *Am. J. Psychiat. 109*: 128-130 (1952).
- 28 Milne, G.: Cyclone Tracy, I. "Some consequences of the evacuation of adult victims. Aust." *J. Psychol. 4*: 39-54 (1977a).
- 29 Milne, G.: "Cyclone Tracy. II. The effects on Darwin children. Aust." *J. Psychol. 4*: 55-62 (1977b).
- 30 Moore, H.E.: "Some emotional concomitants of disaster." *Ment. Hyg., Lond. 42*: 45-50 (1958).
- 31 *Natural Disasters Organization: Darwin disaster; cyclone Tracy*. Report by the Director General Natural Disasters Organization on the relief operations, December 25-January 3, 1975 (Australian Government Publishing Service, Canberra 1975).
- 32 Parker, G.: "Psychological disturbance in Darwin evacuees following cyclone Tracy." *Med. J. Aust. 24*: 650-652 (1975).
- 33 Parker, G.: "Identification, triage and management of those at risk." *Disaster Behaviour Seminar*, pp. 36-46 (National Emergency Services College, Macedon 1977).
- 34 Popovic, M.; Petrovic, D.: "After the earthquake." *Lancet ii*: 1169-1171 (1964).
- 35 Poulshock, S.W.; Cohen, E.S.: "The elderly in the aftermath of a disaster." *Gerontologist 6*: 357-361 (1975).
- 36 Prince, S.H.: "Catastrophe and social change;" Faculty of Political Science of Columbia University, in *Studies in history, economics and public law*, vol. 94, Num. 1 (AMS Press, New York 1920).
- 37 Quarantelli, E.L.: "Images of withdrawal behaviour in disasters." *Some basic misconceptions. Soc Probl. 8*: 68-79 (1960).
- 38 Quarantelli, E.L.: "The consequences of disasters for mental health. Conflicting views." *Preliminary paper Num. 62* (Disaster Research Center, Ohio State University, Columbus 1979).
- 39 *Queensland Disaster Welfare Committee: Executive Officer's report* (Mimeo, 1974).
- 40 Titchener, J.L.; Kapp, F.T.: "Family and character change at Buffalo Creek." *Am. J. Psychiat. 133*: 295-299 (1976).

- 41 Wallace, A.F.C.: "Human behaviour in extreme situations. A study of the literature and suggestions for further research." *Disaster study Num. 1*, Committee on Disaster Studies (National Academy of Sciences/National Research Council, Washington, 1956).
- 42 Wallace, A.F.C.: "Mazeway disintegration. The individual's perception of socio-cultural disorganization." *Hum. Org.* 16: 23-27 (1957).
- 43 Western, J.S.; Milne, G.: *Some social effects of a natural hazard: Darwin residents and cyclone Tracy. Symp. on Natural Hazards in Australia* (Australian Academy of Science, Canberra, unpublished).
- 44 White, G.F.: *Natural hazards research: concepts, methods, and policy implications; in White, Natural hazards: local, national, global* (Oxford University Press, Oxford 1974).
- 45 Wolfenstein, M.: *Disaster: a psychological essay* (Routledge & Kegan, London 1957).