

Segunda parte

TEORÍA

Breve interludio teórico Los desastres naturales y sus repercusiones psicológicas

Mario Campuzano

1. ¿Qué es un desastre y, epidemiológicamente, cuál es su impacto en la salud?

En el lenguaje coloquial, un desastre es una calamidad, una desgracia, definición que resulta demasiado amplia para que sea operativa en los campos de la salud y de las ciencias sociales. El *Committee on the Challenges of Modern Society*, según cita de Lechat [18], ha definido al desastre como "un acto de la naturaleza o del hombre, cuya amenaza es de suficiente gravedad y magnitud para justificar asistencia de emergencia". El punto que resalta aquí es útil para fines operativos, es el rebasamiento de la capacidad de respuesta que posee una comunidad determinada, en función de un evento de características y dimensión extraordinarias. Asimismo establece una primera división de los desastres: los causados por el hombre o sociales, como incendios, explosiones (en nuestro medio ejemplificado por el desastre reciente de San Juanico), y las guerras (Nicaragua, en este punto es un caso cercano); y los naturales, que en general tienen la característica de ser menos previsibles, como los terremotos, las inundaciones, las avalanchas, los maremotos, los tifones, las erupciones volcánicas, entre otros.

La característica diferencial entre uno y otro tipo de desastres, es la génesis humana o natural del fenómeno. Si bien los datos que se aportan desde la epidemiología¹, -rama de la salud pública, que ha toma-

1 Epidemiología. Ciencia dedicada clásicamente al estudio de las epidemias y su relación con el hombre y su ambiente. Su utilización contemporánea en problemas distintos a las enfermedades infecciosas le ha llevado a ser definida como: "la ciencia diagnóstica en salud pública" o como "ecología médica". Utiliza aportaciones de la biología, las ciencias sociales y las matemáticas. En última instancia se encarga del análisis de los fenómenos de salud y enfermedad, considerados como problemas de masas.

do a los desastres como objeto de investigación- tienden a mostrar la participación importante de factores sociales en los llamados desastres naturales, tal como se desprende del estudio de dos variables clásicas de la epidemiología: la *mortalidad*² y la *morbilidad*³ que se generan después del desastre.

Por ejemplo, Lechat señala al estudiar las tasas de defunción por terremoto en Turquía e Irán, lugares de mayor expresión y de conocida inestabilidad sísmica:

"Tomando en cuenta el número relativamente bajo de residentes en cada vivienda (en Turquía) ello induce a pensar que hay alguna falla en la técnica de construcción, por lo cual las casas son particularmente mortíferas en esa parte del mundo. La distribución de los daños y pérdidas de vida en Turquía no es uniforme, sino más elevado en el Este, a pesar de que en este sector la población en riesgo es menor. Esto se debe quizás al tipo de material de construcción disponible, ya que el adobe (ladrillo sin cocer) es el material más usado..."

"En Irán las altas tasas de mortalidad son asociadas con las casas, cuyas paredes son de adobe insuficientemente reforzadas con bloques de hormigón y grandes planchas de soporte de concreto. La elevada tasa de fatalidad debido a terremotos en estas regiones, se asocia pues, con la introducción de una nueva técnica de construcción barata..."

El mismo autor, señala la participación humana en otros desastres naturales, donde "la tasa de mortalidad" puede depender del reconocimiento precoz de un desastre inminente y de un sistema apropiado de prevención que dé a la población suficiente tiempo para huir o buscar refugio. Esto plantea el problema eterno de establecer un equilibrio entre dar la alarma demasiado pronto o demasiado tarde; esperar señales inequívocas del desastre o correr el riesgo de dar la alarma cuando ya no es necesaria. Este es el dilema de la sensibilidad y especificidad de los medios de detección. Cuando sucedió el ciclón en el Golfo de Bengala, no se indicó en ese momento que el saldo -más de 300,000 muertos- se debió en parte a la demora para dar la advertencia. Se dio una falsa alarma días antes debido a una amenaza confirmada que no se materializó hasta más tarde".

En cuanto a la morbilidad durante los desastres naturales, la tendencia general es que el número de personas que requieren atención médica es reducida con respecto al número de muertos. Es decir, la gente fallece o sobrevive con nulas o mínimas lesiones. En el caso de los terremotos esta tendencia disminuye debido a los aplastamientos.

2. Mortalidad. Proporción de defunciones en lugar y tiempo determinados.

3. Morbilidad. Proporción de enfermos de un cierto padecimiento en lugar y tiempo determinados.

Lechat anota al respecto:

"En las inundaciones se ha informado que el porcentaje de quienes necesitan atención médica fluctúa entre 0.2 y 2%. Uno de los desastres más dramáticos de este siglo, la avalancha del Callejón de Huaylas en Huascarán, Perú, en 1970, dejó 4,600 heridos y 70,000 muertos (143,000 sufrieron heridas leves), lo que representa una proporción de 1 herido por 15.2 muertos...

En relación con la morbilidad después de los desastres, de Ville de Goyet escribe:

"El riesgo más grave para la salud después de un desastre es el deterioro de las condiciones del medio, especialmente en lo que al abastecimiento de agua y a la evacuación de desechos humanos se refiere. No obstante, la vulnerabilidad de la población ante una transmisión mayor de gastroenteritis o de parásitos intestinales depende en gran medida de la situación anterior en cuanto al saneamiento. Resulta difícil discernir en qué medida un desastre empeora considerablemente una situación en la que ya previamente se carecía de infraestructura sanitaria y el nivel de higiene personal era deficiente". En cuanto a las epidemias: "El único peligro real consiste, en la mayoría de los casos, en la propagación de enfermedades localmente endémicas que ya resultan familiares a los servicios nacionales de salud". Por ende no se recomiendan, salvo casos excepcionales, campañas de vacunación masiva que distraigan al personal de salud de otras medidas más urgentes y sólo es aconsejable la vacunación selectiva de determinados grupos vulnerables (brigadistas de primera línea, campamentos donde se han detectado un número importante de casos infecciosos, por ejemplo) [9].

1.1. Las reacciones psicológicas colectivas y los desastres

En el siglo XIX y XX las multitudes han llamado la atención de los investigadores como objeto de estudio. En el siglo XIX pareciera que lo más llamativo fuera en relación con su potencial de cambio social y, aún más, de cambio social revolucionario. Se crea una nueva disciplina, la economía política. Marx, Lenin y aún Weber aportan importantes elementos para la comprensión económica, sociológica y política de las colectividades humanas.

En el siglo XX recién se presenta como posible y necesaria su comprensión psicológica. En 1916 apareció "Instincts of the herd in peace and war", de Trotter; en 1920 dos obras que son fundamentales; "Psicología de las multitudes" de Gustavo Le Bon, y "The group mind",

de McDougall; y de Freud, en 1921, su artículo "Psicología de las masas y análisis del yo". En su conjunto, estas obras dan origen a una nueva disciplina: la psicología de las multitudes que por momentos se confunde en la corriente general de la psicología social y por momentos se logra diferenciar en su singularidad.

Freud, en el artículo mencionado (12), revisa las aportaciones de sus predecesores, especialmente de Le Bon, e incluye sus propias explicaciones para los fenómenos colectivos. Sus planteos se organizan a partir de tres preguntas:

1. ¿Qué es una masa?
2. ¿Por qué medios adquiere la facultad de ejercer tan decisiva influencia sobre la vida anímica individual?
3. ¿Y en qué consiste la modificación psíquica que impone al individuo?

La observación inicial es que los seres humanos al incluirse en multitudes modifican su conducta de una manera importante, volviéndose ésta menos intelectual y más emocional (y aun apasionada, impulsiva y violenta), no solo en las masas espontáneas, sino también en las masas organizadas que conforman las diversas instituciones sociales, de las cuales Freud tomó como ejemplo al ejército y a la iglesia católica.

Este cambio de conducta se explica sobre la base de que "el individuo que entra a formar parte de una multitud, se sitúa en condiciones que le permiten suprimir las represiones de sus tendencias inconscientes. Los caracteres aparentemente nuevos que entonces manifiesta son precisamente exteriorizaciones de lo inconsciente individual..."

En esta regresión a etapas tempranas (infantiles) del desarrollo que se produce cuando el individuo se mezcla en las multitudes con la consecuente desinhibición de sus represiones y aparición del inconsciente reprimido, se explica por las características especiales del vínculo que une al grupo y le da cohesión. Este vínculo es de orden emocional, específicamente amoroso, como expresión de los impulsos libidinales. En palabras de Freud:... "La masa tiene que hallarse mantenida en cohesión por algún poder. ¿Ya qué poder resulta factible atribuir tal función sino es el *Eros*, que mantiene la cohesión de todo lo existente?" Además, "cuando el individuo englobado en la masa renuncia a lo que le es personal y se deja sugestionar por otros, experimentamos la impresión de que lo hace por sentir en él la necesidad de hallarse de acuerdo con ellos y no en oposición a ellos; esto es, por amor a los demás"

El mecanismo psicológico implica en estas relaciones libidinales es el de "identificación", es decir, la primera expresión de un vínculo afectivo con otra persona, donde se "aspira a conformar el propio yo

análogamente al otro tomado como modelo". Así como el niño se identifica con su padre, los miembros del grupo se identifican con su líder al amparo de una ilusión: que éste ama a todos los integrantes por igual. De esta manera, cada individuo tiene un vínculo libidinal con su líder, y a partir de éste, se establece también un vínculo libidinal con los miembros del grupo restantes.

En este proceso de identificación se substituye el control interno, propio de las funciones de ciertas instancias del aparato psíquico, por los objetos externos: el líder y los compañeros del grupo. Así, cada uno de los individuos que conforman el grupo substituyen su "*ideal del yo*" por el líder (identificación "*vertical*") y, a partir de esto, se identifican el uno con los otros en su "*yo*" (identificación "*horizontal*"). Esto explica la regresión en los grupos, así como el decrecimiento de la represión y la consecuente aparición de ciertos impulsos inconscientes, habitualmente contenidos.

Serge Moscovici lo resume así: "Es fácil comprender la composición psíquica de la multitud. Verticalmente, el impulso amoroso de cada individuo hacia el jefe. Horizontalmente, una multitud de personas que tienen el mismo objeto como *ideal del yo* y, por consiguiente, se identifican las unas con las otras. En ellas, la identificación sería el cuadro que nos ofrece una multitud asociada: todo el mundo ama al jefe y cada uno se identifica con su vecino..." [23].

Ahora bien, la ausencia de un *caudillo* es tolerada por la masa a condición de que se mantenga una *idea líder* que conserve los vínculos afectivos y con ellos la cohesión social.

El pánico se produce "por la intensificación del peligro que amenaza a todos o por la ruptura de los lazos afectivos que garantizaban la cohesión de la masa.

"Sin que el peligro aumente, basta la pérdida del jefe -en cualquier sentido- para que surja el pánico. Con el lazo que los ligaba al jefe desaparecen generalmente los que ligaban a los individuos entre sí, y la masa se pulveriza como un frasquito bolognès al que se le rompe la punta".

En los desastres (*naturales* o sociales) el comportamiento de la población va a estar determinada por estas condiciones: mantenimiento de la vinculación afectiva y a liderazgos funcionales por las necesidades del momento.

En la mayoría de los casos reportados de desastres, la población tiende a prestar ayuda a los afectados desde los primeros momentos, pero también se registran casos donde el comportamiento es de pánico, se pierde la cohesión social y cada quien trata de salvarse individualmente. En este caso domina la conocida voz: "sálvese quien pueda", que ape-la a la huida desordenada e individualizada

No debe confundirse el pánico con la huida, como única respuesta racional frente a un peligro grave: la huida es una conducta que suele presentarse con mayor frecuencia en los desastres cuando el peligro lo amerita y no hay otras alternativas.

¿Por qué es poco frecuente el pánico en los desastres?

Pareciera que por dos razones básicas: Una, porque, en la mayoría de las ocasiones, se conservan los suficientes vínculos afectivos y de cohesión social; otra, por la ayuda a los afectados y el enfrentamiento inmediato a la destrucción derivada del desastre, funciona como un organizador social, una *idea líder*.

Cuando el pánico surge suele ser por el agregado de un factor de desorganización social. Por ejemplo, en Nicaragua durante la época colonial, la antigua ciudad de León se estableció a orillas del Lago de Managua y cercana al volcán de Momotombo. Cuando éste comenzó a arrojar ceniza volcánica y acompañada de movimientos telúricos, el pánico cundió y la ciudad fue abandonada precipitadamente. Más tarde, sus habitantes erigieron una nueva ciudad de León (la que existe en la actualidad) hacia el interior y lejos del lago.

En Nicaragua el pánico no sólo estaba relacionado con los fenómenos naturales, bien conocidos por una población afincada en una geografía de lagos y volcanes. Hay que recordar que Managua fue destruida por un terremoto y se reconstruyó en el mismo lugar, donde fue nuevamente devastada por los sismos, en 1972.

El factor psicosocial que se agregó al caso de León viejo, fue el hecho de que los líderes políticos locales, habían asesinado al obispo de la ciudad, Antonio de Valdiviesos, días antes del inicio de dichos fenómenos, mismos que fueron interpretados por la población como un *castigo divino* que iba en creciente aumento de furia destructiva. La realidad es que nunca pasó nada más allá de la expulsión de cenizas volcánicas y los movimientos del suelo, que no afectaron substancialmente la estabilidad de las moradas.

En cuanto al análisis de los aspectos psicodinámicos en los desastres civiles, Tyhurst [26] señala tres fases: de *impacto*, de *regreso* o *reviviscencia* y *post-traumática*.

El período de *impacto* empieza con el propio desastre y continúa tanto tiempo como éste exista. Entre un 12 y 25% de la población, permanece fría y consciente, se valora la situación, se formula y operativiza un plan de acción; tres cuartas partes de la comunidad quedan aturdidas y perplejas, con su campo de atención restringido y emocionalmente embotadas; un 10% se comporta de forma irracional, sin control de sus emociones, confusos o paralizados por la ansiedad.

Fritz y Williams [13], citados por Ahearn y Rizo [1], proporcionan datos semejantes: entre el 15 y 25% de la población es capaz de manejar su ansiedad, evaluar la situación y tomar una acción rápida y eficaz; un porcentaje mayor de la mitad permanece aterrado durante un periodo variable; generalmente alrededor del 60% responde adecuadamente una hora más tarde y un 15% del total, puede requerir un día o dos para adaptar su conducta. En este grupo es donde antes de su adaptación, se presenan respuestas inadecuadas tales como confusión, ansiedad paralizante, llanto histérico y otras parecidas que pueden permanecer durante un período prolongado.

Frente a una realidad abrumadoramente difícil, se utilizan -en algunos casos- mecanismos de defensa primitivos que distorsionan la interpretación del suceso. Por ejemplo, la trivialización (defensa maniaca) al ubicar -familiarmente- los acontecimientos dentro de los parámetros ordinarios o familiares, para reducir en consecuencia, su importancia real. La negación (junto con la disociación) pueden utilizarse para *tomar distancia* de una realidad horripilante o difícil. Si se mantienen al servicio de urgencias inmediatas prioritarias, son mecanismos adaptativos; y si se mantienen demasiado tiempo o se utilizan para evadirse, se acercan a lo patológico. El aislamiento afectivo es otra reacción posible, una sobreracionalidad que difiere el enfrentamiento emocional con la realidad. Esta reacción, frecuentemente se une al mantenimiento rígido y obsesivo de la cotidianidad que busca desconocer el sufrimiento y el dolor propio y circundante. La invulnerabilidad, como una protección mágica del peligro, es una reacción todavía más primitiva, que a veces se instrumenta en el marco de una interpretación religiosa de los sucesos.

Todo este tipo de distorsiones de la realidad son peligrosas en tanto que dificultan el enfrentamiento racional y eficaz con la misma y pueden entorpecer la "metabolización" emocional de su impacto.

Debe considerarse que es tolerable un efecto inicial de aturdimiento para comprender, en toda su extensión, la realidad agobiante de un desastre. Se ha descrito que el "shock" inicial produce un cierto efecto de narcotización del sentimiento, en términos de Bion: un "ataque al pensamiento"; un golpe a la cabeza.

Se destaca que la solidaridad es la reacción más frecuente. Muchas de las operaciones iniciales de rescate son organizadas por las propias víctimas, especialmente en el epicentro del desastre. El resentimiento y la hostilidad son poco frecuentes, salvo en el caso de su preexistencia al desastre o cuando las víctimas del mismo no recibieran la ayuda necesaria por parte de quienes estaban en condiciones de proporcionarla (Fritz y Williams, 1957; McGonagle, 1964; Quarantelli y Dynes, 1970; Ahearn y Rizo, 1979) [13], [20], [25], [1].

El período de reviviscencia está caracterizado por dependencia infantil, necesidad de compañía y de ventilación de sentimientos que fueron congelados previamente.

El período post-traumático empieza cuando el individuo evalúa los efectos personales del desastre, lo que le puede llevar a la aparición de síntomas como la ansiedad o la depresión.

Estos efectos pueden ser temporales o durar toda la vida, según la correlación existente entre lo intenso del trauma y la habilidad de la personalidad de la víctima.

Entre los casos más reseñados en la bibliografía especializada, se encuentran las víctimas de las explosiones atómicas en Hiroshima y las víctimas judías de la persecución nazi (el holocausto). También, en los últimos años, los efectos post-tortura de los *desaparecidos* y perseguidos políticos, por las dictaduras militares latinoamericanas.

En todos los casos, el problema es la elaboración con respecto a la cercanía de la muerte (y las huellas permanentes que esta experiencia puede dejar); la necesidad en ocasiones de un *adormecimiento* emocional (a veces permanente) para soportar esta experiencia y la sensación de una gran culpa por haber sobrevivido; mientras otros murieron (culpabilidad que puede restarle a la vida la posibilidad de obtener placer en su devenir, situación que ha dado origen a la denominación *culpa del sobreviviente*). Cuando la culpa es muy intensa, puede llevar incluso al suicidio: De los casos citados por Lindemann, pionero de la intervención en crisis, tras el incendio de un centro nocturno, uno de los atendidos se suicidó tirándose por la ventana al primer descuido de la enfermera. Se sentía culpable, sin derecho a vivir, por no haber podido ayudar a salir a su esposa. Él fue rescatado sin conocimiento y su esposa falleció [19].

Se considera que quienes necesitan particulares cuidados en los desastres son los viejos (que tienen mayores dificultades para recuperarse de las pérdidas); los niños (cuya etapa de desarrollo implica, en mayor o menor medida, la dependencia de los adultos como fuente de seguridad y protección); así como los enfermos mentales que tengan afectada la capacidad de enfrentarse a la realidad.

1.2. Los sismos en México y su repercusión psicológica colectiva.

La neurosis traumática

En el caso de los sismos de septiembre de 1985, en México, la población sobreviviente dentro de las zonas de desastre, y la inmediatamente cercana, reaccionó con prontitud en forma solidaria. Ante el vacío de liderazgo oficial, gubernamental, la población civil se organizó es-

ponéticamente para realizar las labores necesarias de ayuda de todo tipo. Se generó así una *idea líder* alrededor de la cual toda la población se agrupó: "hay que salvar vidas, hay que rescatar a los atrapados por los derrumbes". Esta motivación permitió la organización espontánea de la sociedad civil y que fue *oficializada* más tarde por el Estado, en un intento por recuperar el liderazgo formal y operativo.

La dinámica social en este hecho se caracterizó por una expansión de la sociedad civil y una redefinición de sus espacios con respecto a la sociedad política. Momento de activismo de la población civil en que el Estado, con su lenta burocracia, se quedó muy atrás. Momento psicológico caracterizado por la disociación como mecanismo de defensa necesario para poder concentrarse en las urgencias inmediatas relacionadas con el rescate; disociación que esencialmente implica que lo propio se pospone (ansiedades traumáticas, duelos) dada la urgencia del otro, atrapado y en riesgo de morir si el rescate no llega con rapidez. El tiempo fue aquí factor crítico. Se empezó a preguntar: ¿cuánto tiempo puede vivir un ser humano sin ingerir alimentos ni agua?, ¿cuánto tiempo hay para el posible rescate? Por esta causa a la disociación solían agregarse mecanismos de defensa maniacos. Así, frente a la magnitud del desastre, se buscaba no caer en la impotencia utilizando la *omnipotencia maniaca* y trabajar, casi sin descanso, y a veces sin implementos materiales (herramientas manuales, maquinaria pesada para remover enormes cantidades de material de construcción, grandes placas y travesaños de concreto) para evitar así tomar contacto, con una *realidad psíquica* profundamente depresiva y traumática, con un *mundo interno* lleno de temor, aflicción y pérdida; concentrándose, en cambio, en la exterioridad abrumadora a la cual se enfrentaba en forma desafiante a pesar de las condiciones.

En los lugares más alejados del desastre (aún dentro de la misma ciudad de México) dominaba la desinformación y el caos, no había una idea clara de la magnitud de los daños y de las formas posibles para colaborar. Hubo un primer momento en el que todos nos sentimos inútiles. Más tarde -para cada quien- percibimos que privaba lo primordial: el rescate de los atrapados. Fue un instante en el que muchos cuestionaron su papel de intelectuales. Algunos buscaron superarlo tomando el pico y la pala; otros se retorcieron en su parálisis, los demás siguieron -rígida y obsesivamente- su cotidianidad.

Después, cada uno buscó recuperar su identidad profesional y colaborar desde ahí. A la fase inicial de impacto, inmediatista y de urgencia, le seguía una segunda etapa de tensión, entre las fuerzas en juego -naturales y humanas- que en lo social, se expresaba mediante una organización incipiente de las distintas labores: brigadas de rescate, bri-

gadas de apoyo logístico; elaboración; y distribución de alimentos; atención médica; atención psicológica; peritaje de construcciones; organización de albergues y campamentos; etc.

En lo psicológico, esta segunda fase se expresaba en la posibilidad de una descarga catártica mediata, dada la postergación inicial de los efectos. Fase, ésta, intensamente sintomática y característica de la neurosis traumática o la neurosis aguda, condición donde el aparato psíquico sobreestimulado por un evento muy intenso (habitualmente externo) queda rebasado, incapacitado, para una respuesta y descarga inmediatas y busca, entonces, su descarga y *metabolización* posterior tanto en la esfera de los sentimientos, como en la del pensamiento y de las acciones concretas.

Clásicamente se han descrito cuatro niveles de expresión sintomática en el caso de la *neurosis traumática*, a saber: a) Accesos de emoción incontrolables, especialmente de ansiedad (temor frente a los eventos destructivos), así como tristeza y rabia (manifestaciones de duelo por lo perdido), todos ellos intentos tardíos de descarga. b) Insomnio o perturbaciones graves al dormir, con sueños típicos en donde el evento traumático se experimenta reiterativamente, para buscar su descarga y gradual desgaste. Repeticiones, durante el día, de la situación traumática, ya sea en conjunto o en parte, bajo la forma de fantasías, pensamientos o sensaciones. El insomnio se debe a la cantidad de excitación no controlada; el rumiar obsesivo es un intento tardío de *metabolización* del trauma, de repetición activa de aquello que se vivió en forma pasiva. c) Bloqueo o disminución de diversas funciones del yo, tales como la percepción (para impedir el aflujo de nuestras excitaciones); la sexualidad (la energía psíquica se deriva a funciones o actividades más urgentes en el exterior, o se elimina del exterior en una retirada *narcisista* necesaria para recuperar el equilibrio del aparato psíquico); también pueden aparecer toda clase de fenómenos regresivos (infantiles); dependencia pasiva. d) Complicaciones psiconeuróticas secundarias, por el efecto precipitante que el trauma puede tener sobre trastornos psíquicos previos más o menos compensados.[10]

Es necesario mencionar un concepto que tiene cada vez más importancia para atender los efectos de los desastres naturales; el doble evento traumático. Es decir, la población sufre impacto traumático del desastre natural en sí, y además, un segundo efecto traumático, generado por los aspectos sociales ligados al desastre natural. Por ejemplo: las carencias de alimentos, agua, servicios sanitarios y vivienda; la falta de apoyo y ayuda de la autoridades, que pueden proporcionarlo y no lo hacen.

Se sabe, de tiempo atrás, que el bloqueo de la actividad motriz, la imposibilidad de desplazamientos, provoca, muchas veces el derrumbe psíquico, de manera tal que, por ejemplo, la espera expectante de la guerra de trincheras es más peligrosa, en ese sentido, que la guerra activa. Por ello la participación en la ayuda a los afectados es un factor importante para la disminución de los efectos traumáticos, al posibilitar la descarga motriz, y afectiva, de la *metabolización* de lo sucedido y de la *reparación* de los daños externos e internos (psíquicos).

En aquellos momentos posteriores a los sismos de septiembre fue notable la posibilidad de elaboración que se logró a través de los medios de comunicación masiva. Muchos pasábamos largos periodos en una especie de ensoñación frente a la radio o la t.v.; una deambulación *omnirrotide*, a veces pesadillesca, porque las zonas de desastre, nos ubican en la verdadera magnitud de la destrucción y la pérdida de vidas humanas.

La *tercera etapa* la denominamos precisamente *reparativa* en tanto que esa función es su eje principal. En ella se busca una adecuada *elaboración (metabolización)* colectiva de evento traumático, para superarlo mediante un esfuerzo conjunto de reconstrucción. Aquí la conducción política, el liderazgo social adecuado o inadecuado, es un factor crítico para facilitar o dificultar este proceso.

En un artículo periodístico que apareció en noviembre de 1985 [6.b] se destacaba a propósito: "La reparación necesita confianza y seguridad en el liderazgo actual y esperanza en el futuro, en el proceso de reconstrucción que permita salir adelante... los desastres son una especie de sociodrama (o, mejor aún, de dispositivo analizador generalizado) donde los protagonistas sociales se desenmascaran y cada quien muestra con crudeza su verdadera faz. Los engaños y las demagogías pierden eficacia. Reaparece la verdad. Con la verdad la respuesta a las necesidades. O en su defecto o ausencia, la lucha reivindicadora, o la pasividad y el abandono de la rabia envuelta hacia adentro en el caso de la frustración impotente".

Lo que sucede meses después, cuando escribo estas líneas, en febrero de 1986, es poco alentador. Muchos de los problemas sociales relacionados con los sismos siguen sin resolverse (vivienda, por ejemplo) y al parecer existe la tendencia, por parte del Estado (de los funcionarios que lo representan) a ejercer un liderazgo autoritario y demagógico. Por parte de funcionarios responsables de la administración pública de la ciudad de México, se expresa (y se ejecuta en consecuencia) una política para "dejar de hablar del temblor" (y sus consecuencias) por lo que a cambio, se apoyan todo tipo de actividades de "distrac-

ción y diversión", dentro de las cuales por supuesto, la máxima es la realización del Campeonato Mundial de Fútbol. Como en la Roma Imperial, la prescripción para el pueblo es circo... con poco pan.

Esto claro, en el contexto de una grave y generalizada crisis económica y política, que ha acentuado las contradicciones internas del sistema y ha afectado los lineamientos bajo los cuales se estableció el "pacto social" que ha mantenido la unidad de la nación durante la mayor parte del presente siglo. La opción, en términos de la psicología colectiva, estaría entre la confianza en el liderazgo político o el pánico; entre el mantenimiento de la unidad social, o la desbandada individual, o, por supuesto, la búsqueda de liderazgos y formas de conducción política distintas, que implicarían una modificación sustancial y a fondo del sistema político existente.

2. La asistencia psiquiátrica y los desastres

2.1. Crisis e intervención en crisis

Por crisis se entiende "una situación en la cual es inminente un cambio decisivo para mejorar o empeorar". Se le utiliza comúnmente con relación a situaciones de orden social o económico. Ahora bien, en el campo de la psiquiatría, también se ha ido desarrollando una "teoría de la crisis"; así como los correspondientes métodos de "intervención en crisis". Esto es fruto de la experiencia psiquiátrica obtenida en la Segunda Guerra Mundial, y de su posterior aplicación a las situaciones de desastre civil; así como la extensión de los conceptos freudianos de desarrollo *psicogenético* a la edad adulta y la definición consecuente de sucesivas "crisis de desarrollo o crecimiento" a lo largo de toda la vida del ser humano.

A Lindemann [19], se le considera el primero en abordar desde esta perspectiva, los efectos psiquiátricos, de los sobrevivientes del incendio de un club nocturno, material que después utilizara Gerald Caplan [7] para la formulación del concepto de crisis, como el eje de un sistema de psiquiatría preventiva. Caplan traza las bases teóricas sobre las cuales se inscriben todas las ulteriores investigaciones, y relaciona el concepto de *homeostasis* (equilibrio del medio interno, en su sentido fisiológico específico; aquí utilizado en un sentido lato) con el de crisis. La perturbación del delicado equilibrio homeostático por factores fisiológicos, psicológicos o sociales, conduce al ser humano a una actividad cuyo objetivo es resolver los problemas existentes y resituar la

situación de equilibrio. Caplan describe tres grandes etapas en el desarrollo de una crisis: *la fase de impacto*, en la cual se produce la pérdida del equilibrio previo; *la fase de tensión*, donde se define, en buena medida, la connotación de crecimiento o regresión de la persona con relación a la crisis y una de las mejores para las intervenciones en crisis, y, finalmente, *la fase de resolución* que a menudo implica, para el sujeto en cuestión, la redefinición del problema en el contexto de los recursos que cuenta para enfrentarlo, lo cual puede llegar a implicar una actitud activa de resignación hacia los aspectos remanentes insolubles.

La intervención en crisis [14], [15c], implica la intervención más rápida posible, especialmente en la segunda etapa, se utilizan los recursos personales (del afectado) y sociales disponibles, para permitir la salida de la crisis en la línea del crecimiento. En las intervenciones individuales, familiares, grupales- se utilizan la contención y apoyo emocionales; la descarga catártica de los efectos, y la búsqueda de soluciones a los problemas generados por el evento traumático. La gama de recursos técnicos van desde la utilización del teléfono para consultas de urgencia o de momentos críticos; entrevistas individuales, grupales y familiares; visitas domiciliarias; internamientos breves; y todos los recursos propios del trabajo social.

Se utiliza ampliamente la aportación de las personas que forman la red de apoyo familiar y social del afectado. El enfoque se centra en el problema actual, cuya solución es el núcleo de los esfuerzos del terapeuta.

Para el caso de la *neurosis traumática*, la recomendación terapéutica es simple: apoyo y contención emocional, en un primer momento, con el fin de recrear el clima de protección y seguridad, roto por el evento traumático. En un segundo momento, se promueve y facilita la catarsis emocional, la descarga mediata de las emociones que en su oportunidad no pudieron expresarse: miedo, inseguridad, tristeza, enojo.

A partir de estos elementos básicos y sólo en tanto sea imprescindible por sus efectos de bloqueo, se incluyen algunos datos interpretativos sobre la estructura de la persona; sobre sus resistencias, esto, siempre contextualizado en la situación y momento del trauma. Por ejemplo: con una persona de carácter obsesivo: "siendo usted tan responsable, parece que se hace cargo de ayudar a todos los demás, afligidos y asustados por la situación, pero esto también le sirve para evitar el contacto con su propia aflicción y miedo. Antes era necesario resolver problemas urgentes, pero ahora ya podemos ver que en su interior ¿no cree?...

En general es necesario tranquilizar al afectado con respecto a los fenómenos de repetición (pensamientos y sueño) y estimularlo a que tolere su libre expresión de éstos para lograr la elaboración. En muchos casos vimos, que tanto en niños como en los adultos, éste era un factor que dificultaba la descarga y elaboración de las ansiedades. Una madre se sorprendía de ver a su hijo después de jugar a construir y derrumbar edificios, se tranquilizaba y podía así elaborar la pérdida de su casa, ubicada en un edificio que se derrumbó.

Es necesario mantenerse en contacto estrecho con la realidad externa, en donde pueden existir múltiples problemas, cuando es posible, resulta conveniente apoyar los mecanismos reparativos, como la ayuda a los damnificados, cuidando de mantener dicha ayuda dentro de las posibilidades realistas de cada individuo.

En algunas personas con pérdidas distintas; afectaciones del cuerpo, (lesiones, amputaciones); lesiones o muerte de familiares y amigos; pérdidas materiales (especialmente aquellas de mayor significación afectiva, como la vivienda), pueden llevar a estados de duelo o de depresión que requieren, además, un manejo específico. En otros casos el impacto traumático reactiva una neurosis previa que se encontraba más o menos compensada.

2.2. Psicoterapia dinámica breve. Ditelo

Aunque se conocen algunas experiencias pioneras de Freud del tipo de una psicoterapia dinámica breve, es claro que el fundador del psicoanálisis estaba interesado fundamentalmente, en el desarrollo de esta última modalidad terapéutica. Varios de sus alumnos y sucesores incursionaron también por el campo de las terapias breves, especialmente Ferenczi, pero su exposición teórico-técnica sistemática, se llevó a cabo hasta los 40's por Alexander y French [2].

En esta aportación preparó el terreno, pero su aplicación amplia tuvo que esperar hasta los 50's cuando la expansión de los servicios de Salud Pública, en los países anglosajones, incorporó el sector de salud mental y tuvieron que aplicarse técnicas, como las de psicoterapia dinámica breve, que pudieron dar respuesta eficaz a una demanda social creciente. Aparecen, entonces, las publicaciones de Malan (1963) en Inglaterra [21] y de Bellack y Small (1965) [3] y Wolberg (1965) [27] en EE.UU. Aportes ulteriores importantes han sido dados por Mann (1973, 1982) [22], [22b]; Sifneos (1972,1979) [24a] [24b]; y Davanloo (1978,1980) [8a] [8b].

En nuestro medio latinoamericano son importantes las aportaciones de Kesselmann (1970) [16]; Fiorini (1973) [11]; y Braier (1931) [4].

La psicoterapia dinámica breve se desarrolló inicialmente bajo el encuadre o formato de la terapia individual con características precisas en cuanto a sus propósitos, objetivos limitados en tiempo limitado. Objetivos de remoción sintomática con las modificaciones estructurales (de la estructura del aparato psíquico) estrictamente necesarias para que los síntomas pierdan funcionalidad, para mantener el equilibrio psíquico. El tiempo limitado oscila entre 1 y 40 sesiones, pero la duración más frecuente está entre las 10 y las 40, que, con una frecuencia semanal, implican alrededor de tres meses, a un año como límite.

Si bien la intervención terapéutica se sustenta en la teoría psicoanalítica general, la técnica de aplicación debe ser distinta -dada la diferencia de propósitos- y está caracterizada por dos elementos básicos: la focalización de la interpretación (Balint para destacar este elemento la llamaba *terapia focalizada*) y la planificación del proceso (otros autores la han llamado, por tal razón, *terapia planificada* o "*terapia estratégica*").

La focalización requiere de una gran actividad del terapeuta en cuanto a la definición y operación. Se evita el desarrollo de la relación de transferencia y se busca trabajar dentro de una transferencia positiva sublimada, en sesiones donde el terapeuta está cara a cara con el paciente (es decir, sin uso del diván).

Con respecto al foco, señala Braier: "El foco debe concebirse primordial y esencialmente desde una perspectiva psicopatológica. En este sentido ha de estar dado por una estructura integrada por los distintos factores que intervienen en la génesis de la que ha sido escogida como la problemática central del tratamiento (una determinada situación problema y las manifestaciones sintomatológicas con ésta ligadas), constituyendo a la vez una hipótesis o conjunto de hipótesis del terapeuta respecto de los mecanismos operantes dentro de dicha problemática, o sea, de la compleja interacción existente entre los factores..."

Braier resume, por su utilidad, la estructura de foco propuesta por Fiorini: "... en la experiencia terapéutica todo foco tiene un eje central que generalmente está dado por el motivo de consulta (síntomas, situación crisis). Subyacente y ligado al motivo de consulta hay un conflicto nuclear exacerbado, el que se inserta en una situación grupal específica. Motivo de consulta, conflicto nuclear subyacente y situación grupal son aspectos de una situación que condensa un conjunto de determinaciones y en la que un examen analítico nos permite distinguir zonas con diversos componentes: aspectos caracterológicos del paciente, aspectos histórico-genéticos individuales y grupales reactivados, así como también una zona que concierne al momento evolutivo individual

y grupal y otra de *determinantes del contexto social más amplia*, con la que también se vinculan todos los componentes citados. Estos diversos componentes se encuentran actualizados y totalizados por la situación..." [4].

Por supuesto, la determinación de ese foco de trabajo permite operar con atención selectiva en lo que se refiere al foco y al descuido selectivo, de aquello que no tiene que ver con él.

Al definir un foco se definen también objetivos limitados, que suelen ser establecidos en forma previa y "no incluyen la reconstrucción completa de la personalidad, que es el objetivo del psicoanálisis habitual, pero son ambiciosos, en el sentido de que el terapeuta espera lograr cambios *intrapsíquicos, psicodinámicos*, y no tan sólo un alivio sintomático o un retorno al *statu quo anterior*".

Los mejores candidatos para este tipo de enfoque terapéutico son los de la gama de perturbaciones neuróticas, trastornos del carácter y reacciones de adaptación, que poseen una buena fortaleza del yo que les permita "establecer rápidamente una relación terapéutica, soportar la ansiedad asociada con encaro interpretativo y ser capaces de tolerar una terminación temprana, sin una reacción emocional que sea tan extrema como para llegar a perjudicar los resultados del tratamiento". [15b]

Si bien, como en el psicoanálisis, estas terapias se orientan al *insight*, difieren en la aproximación técnica del terapeuta, donde éste es muy activo; realiza interpretaciones tempranas (frecuentemente transferenciales); promueve una fuerte alianza y colaboración con el paciente y utiliza con amplitud la empatía y el apoyo a fin de mantener, en niveles tolerables, la ansiedad que despierta un trabajo terapéutico tan intenso.

El proceso abarca tres etapas: inicial, media y de finalización, y se dedica una buena parte (la tercera o cuarta) al trabajo de terminación, donde se reactiva la ansiedad de separación, y que reviste una importancia decisiva para mantener los resultados terapéuticos.

Malan destacó que, para trabajar con técnicas breves, además de los requisitos de selección e indicaciones apropiadas, se requiere -como factores no específicos- por parte del paciente, una fuerte motivación, y por parte del terapeuta, un gran entusiasmo.

En el caso de situaciones de crisis relacionadas con desastres naturales, la delimitación del foco es fácil, obvia, tanto al terapeuta como para los pacientes, lo cual simplifica el desarrollo inicial. Las dos modalidades más frecuentes están dadas por las necesidades de elaboración y catarsis de la *neurosis traumática* y las de realización del trabajo

de duelo, en los casos de pérdidas diversas (muerte de familiares y amigos; materiales; mutilaciones y afectaciones diversas de la salud personal).

Respecto a la neurosis traumática ya hemos dado pautas diagnósticas y terapéuticas, veamos ahora lo relacionado con el duelo: duelo es una experiencia inevitable de la vida como respuesta emocional a las pérdidas. De ahí que todos los conozcamos y que los rituales sociales estén ampliamente desarrollados para facilitarlos. El luto es la expresión formalizada del duelo en un contexto social determinado.

Vale la pena distinguir tres de las distintas formas clínicas del duelo: el *normal*, el *diferido* (a veces "enquistado") y el *patológico*.

El duelo es un proceso mental (*intrapsíquico*, individual) consecutivo a la pérdida de una persona afectivamente importante; de un objeto; de algún símbolo (la Patria, por ejemplo) o de partes del propio cuerpo y mediante el cual, el sujeto afectado logra desprenderse progresivamente de las cargas afectivas (libidinales) colocadas en el objeto perdido.

Este proceso, se realiza de una forma que implica la actividad interior del sujeto, por lo cual, se le ha denominado *trabajo de duelo*, que en ocasiones puede fracasar (duelos patológicos).

El trabajo de duelo es una modalidad particular de la elaboración psíquica, o sea, de la necesidad del aparato psíquico de *ligar* y descargar las impresiones traumatizantes, tema que se abordará a propósito de las neurosis traumáticas. El sujeto tiene que romper gradualmente los lazos afectivos que le unían al objeto perdido, a fin de aceptar esa realidad y redistribuir su energía libidinal. Por eso se ha dicho, que es el proceso de *matar al muerto*, como una forma de aceptar la pérdida.

Al duelo *normal* es aquel en el cual se puede realizar este proceso con las descargas emocionales respectivas, hasta la aceptación de la pérdida.

En el duelo *diferido* todo el proceso es propuesto, a veces como una necesidad adaptativa por los requerimientos inmediatos de rescate o de lucha. Si el aplazamiento es temporal y luego se realiza el trabajo de duelo, la elaboración es igualmente adecuada, pero en ocasiones queda suspendido indefinidamente (algunos clínicos lo llaman, por eso, en analogía médica, *duelo enquistado*) dejando zonas de *evitación* (temas prohibidos) y *secuestro* de energía psíquica.

En el duelo *patológico* pasa a un primer plano la ambivalencia (amor-odio) con el objeto perdido, donde la falta de resolución de este conflicto con el muerto, impide o dificulta la realización del trabajo de duelo (como está la frase popular: "Como que se murió, si me mata...").

La agresión, la culpa y la confusión resultan, por ello, de primera importancia.

En un capítulo excelente sobre "Tratamiento del duelo", David Greenberg escribe: "Se ha sugerido que el proceso del duelo involucra el enfrentar lo que sería objeto de *evitación* y el experimentar los sentimientos penosos de la pérdida, enojo, culpa y confusión, hasta que puedan ser aceptados por el deudo. Hemos sugerido que el proceso natural del duelo comprende un equilibrio entre los dolores de la pérdida y el sentimiento reconfortante de la presencia del ser fallecido. Puede ser que en el duelo patológico, este balance se ha inclinado tanto en el sentido de la *evitación* de la pena, que la pérdida no es "elaborada" sino suprimida (en el duelo diferido) o canalizada a través de vías inadecuadas (rabia, culpa, etc.). En consecuencia, trabajar con el duelo, en terapia, incluye una exploración dolorosa de los vínculos con la persona fallecida, para que el paciente pueda experimentar el proceso normal del duelo, en todos sus aspectos" [15a].

Por ejemplo, en la técnica de tratamiento del duelo que realiza Raphael, citado por Greenberg, se analizan cuatro temas:

1) El análisis de las circunstancias de la muerte y del funeral, a fin de revivir sentimientos y planteamientos relacionados con la persona fallecida.

2) Análisis de los recuerdos del muerto, llevando a la sesión fotografías y objetos de valor afectivo, que se examinan junto con el terapeuta.

3) Análisis de las relaciones previas con la persona fallecida, que pueden examinarse en forma cronológica o en una organización que inicia con los rasgos positivos y se continúa con los rasgos negativos, tema este último frecuentemente prohibido después de la muerte.

4) Finalmente se examina la pérdida del lazo, con el terapeuta.

Esta técnica, como otras, se realizan en forma breve e intensiva. Raphael recomienda que la terapia tenga lugar en la casa del paciente, que las sesiones duren un máximo de dos horas y que el tratamiento se extienda, en promedio, a cuatro sesiones.

2.3. La organización civil de un sistema de intervención en crisis con relación a los sismos de 1985 en México

El desastre de septiembre llevó a la psiquiatría y a la psicología en el campo de la Salud pública a un primer plano de una manera insólita; puesto que la costumbre era lo contrario. Como la *Cenicenta*, tuvo su noche de gala. Paradoja de nuestra profesión: toma relevancia en los países desarrollados conforme se resuelven los problemas primarios de la población y aparecen los conflictos subjetivos, y en los paí-

ses subdesarrollados cuando aparecen desastres: en Nicaragua, por las reacciones psicológicas de la población ante la guerra con que el imperialismo pretende impedir que el país ejerza su libertad; en México, ante la secuela destructiva de los terremotos.

La comunidad en general, demandó información: qué hacer con relación a su propio sufrimiento, cómo comprender lo que pasaba, cómo abordar la ansiedad de los niños, etc. Los brigadistas y las instituciones que proporcionaban ayuda, los campamentos y los albergues, demandaban formación psicológica para que su personal pudiera enfrentar la nueva problemática. En lo asistencial; los individuos; las familias; las instituciones, solicitaban ayuda psicológica; tratamiento a sus ansiedades; ayuda para resolver sus problemas de relación como grupo de trabajo; visitas a domicilio; visitas a instituciones; tratamientos en nuestra clínica de la AMPAG.

Los profesionales de la salud mental buscábamos participar desde nuestra especificidad, ante las grandes necesidades existentes. Se organizaron diversas instancias: las clínicas de la Facultad de Psicología de la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México); la de la AMPAG (Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo); la del IMPPA (Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia) y muchas de las asociaciones psicoterapéuticas de la ciudad de México.

Fue interesante apreciar que, gradualmente, se pasaba de acciones aisladas de cada una de las instituciones participantes, a la coordinación de algunas en función de las actividades que se podrían cumplir con mayor eficacia. La sociedad civil, también en nuestro campo, buscaba organizarse frente a una tarea común y de grandes alcances. El aislamiento y las barreras desaparecían y se establecieron vínculos ahí donde no existían. Se elaboraron boletines para informar a la población; que también se difundieron por radio y televisión; se dieron cursos informativos o de capacitación para brigadistas; las brigadistas acudieron a los albergues, campamentos, domicilios y hospitales para proporcionar atención psicológica; se atendió -y se sigue haciendo- en las clínicas y el exterior. La AMPAG reprodujo miles de hojas mimeografiadas con "Sugerencias para la ayuda psicológica en situaciones de crisis para familiares, amigos de damnificados y personal de salud".

Sin un acuerdo particular, el esfuerzo de todos los organismos participantes se organizó como un sistema de intervención en crisis. No puede decirse que fue algo casual. Como Kuhn destaca desde el campo de la filosofía [17a], [17b] los científicos conforman una comunidad que organiza su trabajo alrededor de ciertos vectores explicativos, de ciertos conceptos que tienden a repetirse y aplicarse a distintos campos hasta que se agotan y surge otro nuevo que lo substituya: los paradigmas.

En este caso, como paradigmas, los conceptos de crisis e intervención en crisis; de psicología de la masa (identificación, idea líder, pánico); de epidemiología y psicología de los desastres; terapia breve (individual, grupal, familiar, especialmente con relación a neurosis traumática y duelo); y para entrenamiento en servicio o formación de emergencia para brigadistas, tres técnicas grupales de orientación psicoanalítica; los *grupos Balint* para supervisión y comprensión de la relación médico-paciente o brigadista-paciente, centrado en el análisis de los aspectos contra-transferenciales, o sea, de la repercusión de las vivencias y actitudes del paciente sobre el médico o brigadista; los "grupos operativos", para el análisis de la relación grupo-tarea, especialmente en cuanto a los obstáculos emocionales para su realización eficaz; y los "seminarios de formación" para el aprendizaje activo vivencial e intensivo, acompañado de la modificación de estereotipos caracterológicos y profesionales, así como de un efecto terapéutico limitado sobre los brigadistas participantes.

Ya hemos abordado los conceptos relacionados con estos paradigmas en su dimensión más general y teórica. En los últimos capítulos del presente libro profundizaremos sobre algunas de las técnicas grupales utilizadas para el aprendizaje y su adaptación particular a las necesidades generadas por los temblores.

La Facultad de Psicología de la UNAM organizó un servicio de atención telefónica de crisis; se utilizaron las clínicas de consulta externa y se organizaron equipos para trabajar en ellas y para la atención extramuros.

El periodista Federico Campbell, [5] señala que en noviembre de 85 se realizó una "reunión más o menos ecuménica..." de donde "se puede colegir que las actuales agrupaciones psicoanalíticas del Distrito Federal ya no encajan en el esquema de los años 60, en que los grupos de psicoanalistas se dividían en 'frommianos' y 'ortodoxos', es decir, los del Instituto Mexicano de Psicoanálisis y los de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Ahora, más que la división le es común una fecunda diversidad..."

En esta reunión, los instrumentos técnicos que se mencionaban como útiles para enfrentar el problema también se expresaban con profunda similitud: psicoterapia breve (individual o grupal) y enfoques grupales de diversa índole, según los propósitos: grupos terapéuticos; grupos de aprendizaje; grupos de trabajo (alrededor de una tarea); grupos de organización de equipos de trabajo; de resolución de problemas institucionales; de tratamiento familiar.

Los correlatos sociales se convirtieron, también, en un hallazgo habitual para los trabajadores de la salud mental. En el artículo periodístico arriba mencionado, una terapeuta destaca: "Aparte de una gran

impotencia. hay en todos todavía un gran enojo' un enojo contra el gobierno, una gran desconfianza: se van a robar todo, no sirven para nada. Una gran impaciencia..."

Jorge Margolis, otro terapeuta, se extiende sobre el tema: "Una situación traumática como el terremoto va a tomar meses y años para poder elaborarse y entenderse. La impresión que yo tengo es que todavía nadie tiene una captación de la realidad del terremoto ni nadie puede hablar a futuro de qué es lo que va a pasar. El terremoto produjo una situación doble, una crisis. Los chinos tienen dos ideogramas para acuñar la palabra *crisis*. Uno quiere decir peligro o problema y el otro significa oportunidad. Nosotros en México hemos estado viviendo el problema y el peligro. La oportunidad la podemos aprovechar para crecer a partir de la crisis o para hundirnos definitivamente en un país al que le ha llovido sobre mojado. El peligro puede apabullar a la gente de tal manera que sea una situación aún más grave la que se provoque.

-No está garantizado el salto hacia adelante, cuantitativo.

-No-, el terremoto de 1972 en Nicaragua hizo que la gente tomara conciencia del tipo de sociedad en que vivía y de lo que significaba un dictador como Somoza. Pero allá había una gran organización política, la del Frente Sandinista, que supo canalizar creativamente el descontento.

"Yo creo que la salud mental se organiza y da su servicio en función de las pocas organizaciones políticas existentes. El impacto del sismo es tan brutal que los huecos que estas organizaciones van dejando son entradas para los trabajadores de la salud mental, que actúan según dos líneas: una, para ayudar al Estado a controlar las cosas y calmar las ansias y las demandas de la gente que tiene razón en estar enojada; y otra línea, la de los trabajadores de la salud mental que pensamos que tenemos que trabajar para las necesidades de la gente aunque estén en contra de las necesidades del Estado..."

En buena medida, por estas razones, las grandes ausentes en la organización de este sistema, de emergencia para intervención en crisis, fueron las organizaciones psiquiátricas oficiales. Pero no sólo por su obvia dependencia y subordinación al Estado, tampoco por su lentitud burocrática, sino además, por la limitación de perspectiva de su marco de referencia organizativa:

¿Cómo comprender eventos psicosociales como los derivados de los sismos y prestar la ayuda correspondiente a la población, desde un marco reduccionista que sólo puede abarcar la dimensión orgánica, biológica, del hombre, dejando de lado sus connotaciones más humanas como son las psicológicas y sociales?

El origen dual de la psiquiatría, tema que se abarcará en otra publicación [6] tiene aún un peso importante. La psiquiatría dinámica y la organicista tienen dificultades para integrarse. Mientras tanto, ésta última continúa atrincherada en los hospitales públicos en donde pretende ignorar el paso del tiempo...

BIBLIOGRAFÍA

1. Ahearn, Federico; Rizo C., Simeón (1979). "Problemas de salud mental después de una situación de desastre". *Acta Psiquiat. Psicol. America Latina*, 25:28-67.
2. Alexander, F.; French, T. (1946). *Terapeutica psicoanalitica*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1965.
3. Bellak, L.; Small, L. (1965). *Psicoterapia breve y de emergencia*. Editorial Pax México, 1970.
4. Braier, E.A. (1981). *Psicoterapia breve*. Ed. Kargieman, Buenos Aires
5. Campbell, Federico (1985). "Con el terremoto la sociedad cambio, aunque ni ella lo advierta aún". *Proceso* No. 471, México
6. Campuzano, Mario
(a). (1983). "La ideología médica en los hospitales psiquiátricos". En: Marcos, S. (Coord.) (1983). *Manicomios y prisiones* Ed. Red. México.
(b). (1985). "Carencias y respuestas de salud mental que el terremoto afloró". *Excelsior*, Sección C, (México), noviembre 15.
7. Caplan, Gerad (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books, New York.
8. Davanloo, H.
(a) (1978). *Short-term dynamic psychotherapy*. Spectrum Medical and Cientific Books.
(b) (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. Jason, New York
9. De Ville de Goyet, C. (1979). "Maladies transmissibles et surveillance épidémiologique lors desastres naturels". *Bulletin de l'Organization Mondiale de la Santé*, 57 (2): 153-165.
10. Finichel, Otto (1945). "Neurosis traumáticas". *Teoria general de las neurosis*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1966.

11. Fiorini, H. J. (1973). *Teoría y técnica de psicoterapias*, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1975.
12. Freud, Sigmund (1921). "Psicología de las masas y análisis del yo". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
13. Fritz, C.E.; Williams, H. B. (1957). "The human being in disasters". *Am. Acad. Polit. Soc. Socience Annals*, 309-42.
14. Gómez, J. (1978) "crisis intervention and walk-in clinics". En: Connolly, J. (1978). *Therapy options in psychiatry*. Pitman Medical, London.
15. Itzingsohn, José A.; Dasberg, Haim (1985). *Terapias breves. Origen, aplicaciones, técnica, enseñanza e investigación*. Universidad Pontificia de Salamanca. Biblioteca de la Caja de Ahorros y M. de P. de Salamanca.
16. Kasselman, H. (1970). *Psicoterapia breve*. Ed Kargieman. Buenos Aires, 1972.
17. Kuhn, Thomas S.
 - (a). (1962) *La estructura de las revoluciones científicas*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1971.
 - (b) (1977). *La tensión esencial. Estudios selectos sobre la tradición y el cambio en el ámbito de la ciencia*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1982.
18. Lechat, Michel F. (1976). "The epidemiology of disasters". *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 69 (6): 421-426, junio (Section of Epidemiology and Community)
19. Lindemann, Erich (1944). "Symptomatology and management of acute grief". *Am. J. of Psychiat.*, 101:141-48.
20. McGonagle, L.C. (1964). "Psychological aspects of disasters". *Am. J. Public Health*, 54:638
21. Malan, D. H. (1963). *La psicoterapia breve* Ed. Centro Editor de America Latina, Buenos Aires, 1974
22. Mann, J.
 - (a). (1973). *Time-limited psychotherapy*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
 - (b). (1982). *A casebook in time limited psychotherapy*. Harvard University Press, Cambridge, Mass

23. Mascofici, Serge (1981). *La era de las multitudes. Un tratado histórico de la psicología de las masas*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México. 1985
24. Sifneos, P. E.
 - (a). (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*, Harvard University Press. Cambridge, Mass.
 - (b). (1979). *Short-term dynamic psychotherapy. Evaluation and technique*. Plenum, New York
25. Quarantelly, E.: Dynes, R.R. (1970). "Organizational and group behavior in disasters", *Am. Behav. Sci.*, 13:25.
26. Tyhurst, J.S. (1951). "Individual reactions to community disasters". *American Journal of Psychiatry*, 107:764.
27. Wolberg, L.R. (1965). *Short-term psychotherapy. Grunne and Stratton, New York.*