

Tercera parte

**INTERVENCIONES
TERAPÉUTICAS**

El sismo: repercusiones psicológicas Un modelo terapéutico

Isabel Díaz Portillo

Los sismos que afectaron a la ciudad de México los días 19 y 20 de septiembre de 1985, constituyen la mayor catástrofe que ha padecido la capital durante el presente siglo. Nunca sabremos con exactitud el número de muertos; de incapacitados, física o mentalmente; ni el costo real, económico -familiar y social- que costó dicho fenómeno. Ignorancia ésta producto del caos y la especulación. Sin embargo, con esta visión parcial de los hechos, hay datos objetivos que no podemos, ni debemos, olvidar. Por razones históricas, afectivas, políticas y económicas, los capitalinos vivimos en una zona sísmica, que por circunstancias conocidas no estamos dispuestos a dejar. De repetirse un desastre similar no debe sorprendernos tan inermes e impreparados para enfrentarlo como sucedió en el pasado reciente.

Ingenieros y arquitectos establecen ya, las normas de construcción que habrán de seguirse para edificar sobre el terreno fangoso, de la ciudad. A los especialistas de la salud mental nos corresponde establecer, a través del estudio de los pacientes afectados psíquicamente por el sismo, las normas generales para su tratamiento, y de ser posible, la prevención, de alteraciones prolongadas o permanentes, en los damnificados, así como en los voluntarios y profesionales que trabajaron en las zonas de desastre.

Hasta ahora, el síndrome de *Stress postraumático* se consideraba como una entidad nosológica de escasa incidencia en nuestro país, que afectaba, a pocas personas en forma individual, pero no colectiva. Por esta razón, en la formación profesional de médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras, es necesario dedicar mayor tiempo al estudio clínico del síndrome de *Stress postraumático*, y

su tratamiento. Por lo que la primera medida que se debe tomar al respecto, es la revisión adecuada de los planes de estudio de las instituciones que imparten las carreras relacionadas con la salud mental.

Diversos organismos concedores de la ausencia de proyectos en la formación de los profesionales de la salud mental, instituyeron como consecuencia del terremoto una serie de cursos; seminarios de formación y grupos operativos que contribuyen a subsanar dichas carencias teóricas, y a dominar la angustia de los jóvenes colegas y estudiantes que prestaron apoyo psicológico a los damnificados.

Aunque estos cursos breves por las condiciones de emergencia fueron de innegable utilidad, como lo muestran, entre otros los trabajos de Dupont, Jinich y Carrillo, se vio la necesidad de prolongar sus beneficios, a través de la enseñanza regular impartida en universidades e institutos privados, para el conocimiento amplio del síndrome de *stress posttraumático* y de las acciones terapéuticas en casos de desastre social.

El presente trabajo pretende recopilar experiencias clínicas, sustentadas por teorías, que permitan a la postre, el establecimiento de criterios generales, enfocados a la terapia y, de ser posible, la prevención de daños severos, más o menos permanentes, que deberán aplicarse en la población afectada por catástrofes, como la que padecemos en 1985.

Antes de describir la sintomatología que encontré en las personas entrevistadas después del terremoto, y de justificar la conducta terapéutica que seguí, consideré conveniente establecer, en forma sintética y simplificada, las consideraciones teóricas que sustentan mi trabajo clínico.

1. Esquema conceptual

El síndrome de **Stress Posttraumático**, nuevo nombre de las antiguas neurosis traumáticas, se define como el conjunto de conductas o sentimientos repentinos, que surge ante estímulos ambientales o *ideativos*, el cual evoca en forma asociativa el acontecimiento traumático (D.S.M. III). Fenichel señaló que el trauma es una excitación muy intensa, más allá de la capacidad de control, en una determinada unidad de tiempo; Rangel lo distingue como una irrupción violenta, más allá del ambiente promedio *probable*; para Erikson, es un golpe a la *psique*, que se introduce a través de las defensas tan súbitamente, y con fuerza tal, que resulta imposible responder de una manera efectiva; MacGongle señala, que la típica reacción al desastre, puede ser la incapacidad del individuo para comprender la extensión y finalidad del cambio súbito en el medio ambiente.

El psicoanálisis intenta la comprensión de los fenómenos mentales y emocionales, a través de ubicarlos en un hipotético *aparato psíquico*; el cual deriva del organismo que lo sustenta, la energía necesaria para su funcionamiento. Se considera que tal *aparato* está constituido, fundamentalmente, por tres sistemas o instancias llamados: *ello*, *yo* y *superyo*. Del *ello* surge la energía que nos hace amar, crear, vivir, odiar, agredir y morir. A esta energía se le denomina impulso instintivo, o pulsión. En el *superyo* se acumulan las normas éticas, valores e ideales, que adquiere el ser humano a lo largo de su desarrollo, a través del cual se convierte en parte de la familia, sociedad y cultura en las cuales transcurre su vida. El *yo* es el intercesor entre los requerimientos del *ello*, el *superyo* y la realidad externa. Percibe los estímulos que provienen de estas tres fuentes mediante un proceso de pensamiento más o menos complicado. De esta forma, el *yo* dispone de los recuerdos de experiencias similares; evalúa las posibles consecuencias que acarreará al ceder a las demandas del *ello*, *superyo* y la realidad externa. El producto de esta actividad se expresa a través de efectos y/o pensamientos, precursores o substitutos de la acción susceptible de terminar con el desequilibrio del aparato psíquico, originado por las demandas contraexigencias de los sistemas mencionados. Cuando los afectos pensamiento resultan lesivos para la autoestima del individuo o lo ponen en conflicto con personas significativas para él, el *yo* inicia una serie de maniobras encaminadas a excluir de la conciencia aquello que resulta *displacentero* (mecanismos de defensa). Si debido a la intensidad de los impulsos instintivos o a la magnitud de los estímulos provenientes del mundo externo, *el yo es incapaz de mantener un adecuado equilibrio entre las demandas en conflicto, aparecen la angustia y otros afectos displacenteros, así como síntomas diversos.*

En el caso del síndrome de *stress posttraumático*, el *yo* resulta incapaz para manejar el impacto brutal y súbito de una serie simultánea de estímulos externos e internos; intensos e inesperados; por ejemplo:

1) Sentir que la tierra tiembla, despierta angustias primitivas, que causan un cambio en la relación con el suelo, que de parte firme y segura se torna inestable y amenazante.

2) Escuchar los diversos ruidos que proceden de distintos sitios simultáneamente, mientras más difícil resulta ubicar su origen. Incluso el silencio inhabitual, representa la suspensión de los estímulos a los que se está adaptado, como parte del entorno urbano. (La obscuridad contribuye también a la pérdida de los puntos de referencia acostumbrados).

3) Observar la conducta de la gente atemorizada; personas que huyen semidesnudas; imploran hincadas a mitad de la calle; los objetos y las paredes que caen; el polvo de los derrumbes, todo esto, enfrenta

al sujeto a un mundo desconocido, imprevisible cuyo cambio amenaza su identidad personal. Somos parte del ambiente y éste a su vez forma parte de nosotros. Si el mundo cambia de forma brusca, si perdemos los puntos habituales de orientación y referencia, presentimos, de manera ominosa, que algo nuestro se ha perdido. Una situación que no se busca es, por lo mismo, imprevisible en sus consecuencias y alcances. Genera, como señal de alarma, la angustia, de mayor o menor intensidad y que depende de la posibilidad de asirse, aun entre tantas pérdidas, a personas, pensamientos y objetos conocidos y, por tanto, previsible, ilusoria o realmente controlables. La posibilidad de someter o de controlar las circunstancias invierte la situación, de objeto a merced de fuerzas desconocidas; a la del sujeto que dispone y domina aquello que le causa temor. En la siguiente sección describiré las distintas reacciones ocasionadas por el terremoto, que van de lo normal y transitorio a lo más o menos persistente y patológico.

2. Reacciones ocasionadas por el terremoto

Además a los factores mencionados (personas, objetos o pensamientos que permiten preservar un mínimo de seguridad frente al sismo) la intensidad de la reacción depende, entre otros factores, del acercamiento físico a los derrumbes; de la magnitud de las lesiones físicas y de la posibilidad de escapar o el quedar atrapado; de la probabilidad y disposición para prestar ayuda a los damnificados; del consuelo y apoyo de personas significativas para la víctima; de la magnitud de las pérdidas, afectivas y económicas y del equilibrio psicológico que se poseía antes del terremoto.

El material de esta sección, procede de las siguientes fuentes: 1) Comentarios proporcionados por amigos y colegas. 2) Sesiones regulares con los pacientes, a quienes atiendo en forma privada o institucional, en sesiones individuales o de grupo. 3) Terapia *cara a cara* o por vía telefónica, con las personas que recurrieron a los servicios de atención psicológica, ofrecidos gratuitamente por la Facultad de Psicología de la U.N.A.M.; por el Centro de Servicios Psicológicos de la misma facultad y por la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (A.M.P.A.G.); instituciones de las que formo parte. 4) Atención en grupo a los damnificados de dos albergues del Instituto Mexicano del Seguro Social, y uno del Departamento del Distrito Federal, en colaboración con los colegas Flora Auron, Rubi Cardós de Mancera y Alonso Peon. Amigos, colegas y pacientes de mi consulta habitual, que forman parte de la población del Distrito Federal que habita y trabaja fuera

de la zona más afectada. Pocos se percataron de inmediato de la magnitud del fenómeno telúrico. Algunos sólo se enteraron de lo sucedido muchas horas después. Otros pensaron que el temblor era de una intensidad inferior al que sacudió la ciudad en 1957; funcionó como punto de referencia en cuanto a la pérdida de vidas y daños materiales. Nuevamente, se encuentra aquí la necesidad de asimilar algo conocido, a la experiencia presente. La racionalización contribuyó a disminuir la angustia: "el temblor de 1957 fue trepidatorio; éste fue oscilatorio, ni a mí, ni a mi casa nos pasó nada, luego es algo que conozco y no tiene por qué preocuparme".

Así pues, estas personas, como muchos conciudadanos, enviaron a sus hijos a la escuela; se dispusieron a realizar sus labores, y fueron enterándose gradualmente de la magnitud de la catástrofe. La reacción más frecuente fue la incredulidad (negación), compartida por muchos de los que, en plena zona de derrumbes, veían oscilar los edificios y chocar unos contra otros hasta desplomarse. Nadie podía creer lo que veía; se dudaba de lo que transmitía la radio. Una mujer alarmada por los noticieros radiofónicos, añadió la proyección a la negación. Pensó que el locutor era un alarmista, que provocaría pánico en el público al pedir que evitara salir a la calle, para dejar paso libre a las ambulancias y los equipos de salvamento. Era como si ella se dijera: "no estoy alarmada, quieren provocarme pánico".

A medida que aumentó la información, nadie pudo sostener ya la negación y empezó a manifestarse la angustia. Al principio en forma leve; y la preocupación por los amigos y los familiares que se encontraban, por una u otra razón en las zonas de desastre. A través de algunas llamadas telefónicas y recorridos por la ciudad, se pudo conocer el estado de las personas queridas. Se tomaron actitudes realistas y eficaces; se retiró a los hijos de las escuelas cercanas a las áreas afectadas, se ofreció alojamiento a los amigos y familiares cuyas viviendas resultaron dañadas o que habitaban en zonas peligrosas. La conciencia no negada ante la repetición de los temblores, permitió tomar decisiones y efectuar actividades realistas de adaptación.

Se comenzó a enfrentar, buscar y ofrecer la información que antes había sido rechazada. La radio y la televisión permanecieron sintonizadas, durante horas. Se estableció la transmisión de mensajes al resto de la República, que informaban del estado de salud de los habitantes de la capital. Igualmente, a través de telegramas y comunicación con algunos radioaficionados, se cumplieron, cuando menos tres funciones: tranquilizar, en forma realista a los allegados; reestablecer el contacto con *aquella parte del mundo* que no había cambiado, como una

forma de renovar el sentido de sí mismo, afectado por la pérdida de los marcos de referencia habituales; dar a conocer la lista de sobrevivientes.

Dentro de esta mezcla de información, algunos incidentes que se relatan, expresan la transitoria perturbación mental y afectiva de quienes, creyendo actuar lógica y congruentemente, cometieron actos fallidos que demostraron la necesidad de defenderse ante el incremento de estímulos traumáticos. Hubo quien prefirió no llamar a los familiares y/o amigos que trabajaban en los edificios derrumbados. Estas personas racionalizaban su omisión con falsas razones que pudieran tranquilizarlos. No necesitaban buscar a sus conocidos tenían la certeza que estaban de licencia, de vacaciones y que además no eran horas de trabajo cuando sobrevino el terremoto. Poner a salvo en la fantasía, a los seres queridos, si bien evita, transitoriamente, la angustia, también impide la actuación realista.

La información con fines de control, es necesaria aún. Se pretende que, al tener el conocimiento de lo que se debe hacer durante los sísmos, se puede estar a salvo de la angustia. Las medidas, que se transmitieron a la población, para caso de desastres aumentan las posibilidades de sobrevivientes: alejarse de los cristales; de libreros, armarios, y objetos pesados que pueden caer y aplastar a quien está cerca de ellos; salir con rapidez pero sin correr para evitar caídas; cerrar las llaves del gas y agua para evitar explosiones e inundaciones; refugiarse bajo trapes o escritorios metálicos; evitar la cercanía de cables conductores de electricidad; tener a la mano linternas y botiquines; etc. Todo esto causa un efecto tranquilizador que va más allá de lo explícito y ofrece, para la necesidad inconsciente de seguridad y control, un precioso alimento: la ilusión de que seguir en forma rigurosa las reglas, tiene forzosa y necesariamente, su recompensa. Sin embargo, hubo quien se salvó, porque salió corriendo por los escalones semidestrozados de un edificio que se derrumbó a sus espaldas. O quien saltó a través de la ventana de un primer piso, hacia un montón de basura que le permitió quedar inmune. Es cierto que algunos mueren por arrojararse por las ventanas; mientras otros toleran mejor la angustia de ese momento y son capaces de valorar de manera realista la situación, por tanto, logran escapar indemnes o con pocas lesiones.

Lo anterior implica que ante los desastres no existen reglas infalibles. La capacidad para improvisar, pudiera decirse, la *creatividad*, aun en situaciones de peligro, es la mejor protección con la que cuenta el ser humano. Esto requiere un contacto amplio con la realidad, con las experiencias previas del individuo, con sus capacidades y recursos indados. Incluye la *utilización* del miedo y de la angustia, como indica-

dores frente a la necesidad de realizar acciones eficaces para evadir o enfrentar la situación peligrosa. A veces, es necesario o posible correr; en otras, puede ser adecuado encontrar un refugio seguro y permanecer en él. Ninguna situación es exactamente igual a otra, y ningún individuo cuenta con iguales recursos que su vecino. El salto fácil para el atleta, resulta mortal para otros.

La reacción de algunos damnificados y de muchas personas que resultaron indemnes fue refugiarse en su casa, rodeados de sus familiares. Búsqueda regresiva de seguridad y protección. La casa, como en la infancia los padres, cobijó a estos niños asustados, que disfrazaron su temor y protegieron su autoestima, disfrazándose de personas adultas, responsables, que permanecían en el hogar para tranquilizar a sus hijos y esposa, para no entorpecer el tránsito, no estorbar, y mantener la calma.

El mecanismo de defensa que predominó en otros fue el aislamiento. Al separar sus afectos de aquellos pensamientos y percepciones que podían perturbarlos. Así pudieron acercarse, lentamente, a la postre, a una realidad sumamente dolorosa. Un ejemplo claro de esta situación lo constituye una mujer joven, con una fuerte tendencia para presentar descargas emotivas severas, permaneció durante horas frente al televisor como "hipnotizada", hasta que, de pronto, escuchó que se requerían palas para los brigadistas. Llamó de inmediato a su hermano arquitecto, informándole de la demanda, lo convenció para ir a recoger dichas herramientas, en las obras que aquél dirigía, y ambos las llevaron al sitio indicado. A partir de este momento, la joven fungió como proveedora de alimentos, y el hermano como auxiliar técnico en las labores de rescate. Este bloqueo afectivo inicial, permitió que la información recibida no resultara lesiva para esta mujer, que de haber sido invadida por sus efectos, como es habitual en ella, hubiera llorado días enteros, inmersa en tal depresión que habría impedido prestar ayuda a los damnificados.

A diferencia de los casos anteriores, otras personas enfrentaron inmediatamente su angustia y su dolor, y las convirtieron en *señales* para modificar la situación amenazante. Los primeros vecinos en acudir al rescate fueron vecinos de los edificios derrumbados. Pero muy pronto recibieron el refuerzo de los voluntarios que acudieron de todos los puntos de la ciudad. Inicialmente la actividad fue impulsiva, con escasa planeación, desorganizada, y con frecuencia dejando de lado recursos útiles. Así sucedió con una mujer que había estudiado enfermería y que en vez de prestar primeros auxilios, ofreció sus servicios como chofer; un psicólogo consideró que podía remover mejor escombros, que atender las necesidades emocionales de los lesionados y sus familiares;

mientras un ingeniero civil decidió ayudar a su esposa en la preparación de grandes cantidades de alimentos para un albergue, en lugar de brindar su apoyo técnico en las labores de rescate. En éstas, como en muchas otras personas, la percepción de la realidad angustiante y dolorosa, las impulsó a la acción pero, a través del *olvido* de sus recursos profesionales, evitaron ponerse en contacto directo con los afectados. A pesar de ello, su ayuda fue eficaz y valiosa. Posteriormente se organizaron para utilizar su capacidad al servicio de los damnificados. Estas personas, algunos brigadistas y muchas otras procedentes de las zonas no afectadas por el terremoto, presentaron síntomas menos pasajeros, más intensos y dolorosos, que trataré en la siguiente sección. Todos ellos acudieron a consulta con la intención de aliviar su sintomatología.

3. Síntomas del síndrome de stress postraumático

La reacción más generalizada de quienes contemplaron muy cerca -pero lograron quedar a salvo- la caída de edificios; así como la de quienes escaparon indemnes o con lesiones leves, fue un terror intenso, que produjo un *shock* psicológico, descrito con los siguientes términos: aturdimiento, atontamiento, confusión, perplejidad, sonambulismo, como en un sueño, y no comprender lo que pasaba. Estas vivencias expresan la disminución momentánea de las funciones de percepción, integración, juicio y pensamiento, debido a la retracción del yo frente al estímulo aterrador de ver el mundo hundirse ante los propios ojos.

Como secuela directa del estado de shock pueden quedar síntomas que perpetúan la reacción inicial frente al trauma. Este es el caso de un hombre que acudió a consulta porque se sentía insensible, extraño, casi despersonalizado, desde que contempló el derrumbe de un conjunto habitacional. Le incomodaba percibirse insensible hacia los damnificados, se preguntaba: "¿De qué estoy hecho, no me llega nada? No siento nada". Cuando le señalé que no quería sentir, porque lo que le llegaba era horrible reconoció su miedo paralizante, sus deseos de huir de la destrucción y su renuencia, a partir de ese momento, al saber más sobre los sucesos. *Cerrarse* para no recibir más estímulos, es un tipo de huida, un intento para evadir el temor y el dolor; refugiarse dentro de sí mismo en busca de la seguridad que el mundo externo ya no puede ofrecer.

Otro paciente logró salir de un edificio con derrumbes parciales, ayudando en su camino a otras personas, a quienes el miedo les impedía saltar sobre los escombros. Acudió a consulta porque, una vez fuera

del edificio, perdió la memoria. No registró cómo, ni por dónde llegó a su trabajo. Temía estar volviéndose loco, al comenzar a perder "facultades mentales". Le hice notar que su cerebro funcionó eficazmente ante la situación de emergencia y que su mente había tomado un descanso después, mientras sus piernas lo llevaban a un lugar seguro para pedir ayuda. Durante la sesión insistió que necesitaba controlarse para así, poder enfrentar futuras emergencias. Esta insistencia permitió explorar que era preciso controlar su miedo y la vergüenza que éste le había producido, mientras aparentaba frente a los demás y ante él mismo, una seguridad que estaba muy lejos de sentir. Al asegurarle nuevamente lo saludable que resulta sentir miedo frente a las situaciones de peligro real, lloró profusamente y, aunque no recuperó la memoria, consiguió entender y aliviar su temor a enloquecer.

Este caso ilustra la frecuente confusión, desde el punto de vista clínico, entre amnesia y bloqueo de la percepción. En forma similar a los movimientos reflejos, que alejan de estímulos dolorosos (contraer los músculos de los párpados frente a una luz muy intensa o retirar el brazo pinchado por un alfiler) el aparato psíquico se cierra, con el fin de evitar un flujo mayor de estímulos, incontrolables en ese momento, debido a la tarea de descargar, elaborar y controlar el impacto traumático previo. El resultado manifiesto es una serie de alteraciones en la orientación en tiempo, espacio, persona, situación y amnesia, síntomas secundarios a la alteración *sensoperceptual* y no trastornos primarios de estas funciones. Clínicamente, los afectados dicen no saber dónde están; responden lentamente cualquier interrogatorio, pueden tener dificultad incluso para recordar su nombre, domicilio y número telefónico, así como los datos, de sus familiares cercanos. Tratándose de personas procedentes de zonas de derrumbe, es necesario descartar la posibilidad de un traumatismo cráneo encefálico, susceptible de provocar un cuadro de confusión similar. Otros síntomas producto del bloqueo defensivo frente a los estímulos externos, son: la constante negación del acontecimiento traumático; el temor a salir a la calle; el miedo a entrar en construcciones cercanas a las zonas más afectadas; la renuncia a recibir más noticias sobre la catástrofe; el caminar o correr sin rumbo fijo, para alejarse del peligro, la inmovilidad que restringe el mundo perturbador a sólo unos cuantos metros, etc. La persistencia de este retraimiento defensivo, interfiere con casi todas las actividades de la vida cotidiana (los estudios, el trabajo, la diversión) e incluso el contacto con otras personas, de las que se teme recibir malas noticias que pueden perturbar el propio estado psíquico.

Aun las relaciones familiares resultan afectadas por esta necesidad de retirarse de los estímulos externos. Como ejemplo mencionaré a una pareja que acudió en busca de orientación para ayudar a su hija me-

nor, quien se negaba asistir a la escuela después del terremoto. El marido señaló la fobia que sentía su mujer por los edificios altos, y atribuía a esto, la dificultad de la niña para controlar su miedo. Mientras la señora relataba sus preocupaciones y temores lloraba y retorcia las manos, él presionaba suave, pero firmemente para que la mujer se controlara en favor de los hijos, hasta que ella estalló furiosa, reprochándole su incomprensión, su incapacidad para consolarla y para darle seguridad. El marido negó las acusaciones y apeló nuevamente al control de su esposa. Intervine pidiéndole que la dejara desahogarse y que rescatara lo que podía haber de cierto en aquellos reproches. Uno de éstos lo afectó especialmente: deseaba a toda costa, que la esposa le proporcionara un ambiente tranquilo, feliz y de paz. Reconoció que, como ella, él también había tenido miedo, pero pensaba que si lo decía la situación empeoraría. Para evitar esto se *desconectaba* cuando su esposa se quejaba, sintiéndose distante y ajeno a ella, después de compartir sus angustias y temores, se sintieron nuevamente cercanos, acompañados y apoyados el uno en el otro.

Junto a estos síntomas producidos por el bloqueo defensivo de diversas funciones *yoicas*, se encuentran otros que constituyen intentos del aparato psíquico para librarse del exceso de estimulación que reciben. Estos funcionan, por así decirlo, como una válvula de escape para el exceso de presión. Entre ellos se encuentran los estallidos emocionales (llanto, rabia, risa); y su descarga a través del cuerpo: vómitos, diarreas, sudoración, etc. Como en el caso de la pareja mencionada, es frecuente que se intente frenar, de una u otra manera, la descarga directa de los afectos, con el fin de negarlos o controlarlos en sí mismos. No insistiré en lo inconveniente de las diversas apelaciones al control y métodos similares. Los beneficios de la catarsis fueron ampliamente difundidos por los especialistas entrevistados en los días subsiguientes a los sismos. Pero es conveniente señalar que cada persona requiere de distinto tiempo para descargar y *elaborar*, sus emociones, y este lapso debe respetarse, si se desea evitar la aparición de síntomas posteriores.

Sin embargo, es posible que el cuadro se complique cuando, debido a la existencia de emociones largamente reprimidas, el suceso traumático actual permite el paso y descarga de lo *viejo* junto con lo *nuevo*. Así sucedió con una anciana, que desde el día del terremoto estaba muy deprimida y no dejaba de llorar por "toda esa pobre gente muerta y por la desprotección de los que habían quedado sin hogar". Provenían de una zona muy alejada de los sitios devastados, y no había sentido ningún tipo de pérdida. Además de la depresión, la paciente tenía temor de morir aplastada, y la sensación frecuente de estar nue-

vamente en el temblor. Durante la entrevista lloraba en silencio mientras relataba sus síntomas, me transmitía una gran soledad y abandono. Le hice notar que, además del miedo a morir, lloraba porque se sentía tan sola y desamparada como una niña perdida. Mirándome con profunda tristeza relató la muerte de su marido acaecido dos años antes. Hombre robusto y vital, falleció súbitamente, dejándola sin apoyo, sin consuelo y seguridad. De esta forma pudo percatarse de que gran parte de su tristeza correspondía al duelo por él, aún no elaborado. Su temor a morir, correspondía a la idea de que sólo a través de la muerte, volverían a reunirse.

Las presiones familiares y sociales y la propia imagen de la virilidad, hacen difícil que ciertos hombres puedan descargar su tensión a través del llanto, por lo que suelen recurrir a la sustitución de este por la ira, emoción más *aceptable* porque parece preservar la idea de fortaleza y dominio. Puede percibirse, en ocasiones, la extrañeza, exageración e injustificación de estos estallidos de ira, a pesar de lo cual, resultan incontrolables. Esta situación llevó a consulta a un brigadista de unos 35 años de edad, que atribula su hiperirritabilidad al insomnio que lo aquejaba desde 15 días atrás. Este hombre trabajó tres días seguidos, prácticamente sin descanso, en el rescate de personas atrapadas, hasta que se desplomó vencido por la fatiga, viéndose, a partir de ese momento, imposibilitado para regresar a la brigada, angustiado, insomne e irascible. Había iniciado sus labores de rescate en el barrio donde transcurrió su infancia, pues deseaba ayudar a los viejos amigos y vecinos. Contemplar la tremenda destrucción, perdidos los puntos de referencia que le hacían familiar y querido aquel sitio, y salvar ayudado por otros brigadistas, los restos de un antiguo conocido, le resultó intolerable. Durante la entrevista telefónica, que duró casi 30 minutos, expresó la culpa que sentía por haberse distanciado del barrio y sus queridos amigos de la infancia. Hablaba con voz ahogada, y respiraba con dificultad interrumpido por largos silencios. Le sentía que le costaba trabajo hablar porque se esforzaba por contener el llanto, que le ocasionaban todas las pérdidas que había sufrido. Me contestó que con llorar no ganaría nada, pues ya nada de eso tenía remedio. Finalmente, aceptó que temía hacerlo porque yo podía considerarlo cobarde. Le aseguré que no y después de un tiempo, prosiguió el relato su vida en el barrio, logró descargar el llanto que encubría y desahogaba parcialmente, a través de estallidos violentos.

Diversas circunstancias, externas e internas, pueden interferir con la posibilidad de descargar las emociones hacia el exterior. La severidad del *superyo*, la existencia de represiones previas al trauma o la posición de liderazgo del sujeto, que debe encargarse no sólo de sí mismo,

sino de otros (alumnos, hijos o subalternos) en el momento del trauma, son circunstancias que bloqueaban el estallido emocional inmediato. Si tal situación se perpetúa, es frecuente la aparición de síntomas que surgen de la descarga emocional hacia el cuerpo. Angustia, temor, ira, vergüenza, asco, etc., retenidos, provocan palpitaciones, sensaciones de frío o calor, anquilosamiento, dolores, opresión precordial, constricción faríngea, ronquera, dispepsia, erupciones en la piel, mareos, fatiga, apatía, pérdida del apetito, del deseo sexual, impotencia, parálisis.

La tendencia a liberar la excitación acumulada, puede expresarse en forma de hiperactividad, que suele llevar al agotamiento.

En otros casos se intenta liberar mediante verborrea insulsa y repetitiva. O a través de actividades compulsivas, que, si bien inicialmente pueden resultar útiles -como lo fue acomodar y clasificar medicinas y alimentos en algunos albergues- al extenderse más allá de lo necesario, se vuelven ineficaces, pues ocupan el tiempo que pueden dedicarse a otras necesidades más urgentes e importantes.

Otros síntomas son, por una parte los intentos de descarga, y por otra; la tendencia hacia el control tardío de la situación traumática. Renuevan el trauma, lo recrean, para *resignificarlo*, modificarlo y darle un final distinto. Entre ellos se encuentra el estado *hiperalerta*, es decir la atención excesiva a todos los estímulos procedentes del exterior, que mantiene una vigilancia y preparación constantes, para evitar volver a sorprenderse por el trauma. Frente el peligro *re-creado*, hay la posibilidad de luchar o huir activamente, en vez de sufrir de nuevo, pasivamente, su impacto. Dado que esta preparación se realiza sin que el individuo tenga conciencia de ella, los síntomas le resultan extraños y molestos. Aquí puede incluirse la hipersensibilidad acústica y visual. Dentro de la misma categoría se encuentran los sueños que repiten con pequeñas variantes, o sin ellas, el momento del terremoto, la huida, el encierro; los pensamientos o imágenes constantes de edificios que caen, cadáveres, gritos, sirenas de ambulancia y la sensación frecuente de que la tierra temblaba de nuevo. Aunque todos estos fenómenos se acompañan de angustia, y son por ello motivo de consulta, enfrentan al individuo con un trauma mitigado, de menor duración que el real, como si a través de la autoinoculación de pequeñas dosis de angustia y temor, el sujeto fuera inmunizándose paulatinamente, hasta que adquiere una cierta resistencia frente a lo temido. Lo conocido se maneja mejor, y es por tanto, menos angustiante.

En ocasiones, el propio sueño o la fantasía ofrecen ya una nueva versión de los hechos. A pesar del carácter angustiante de tales creaciones, el yo intenta anular y transformar en su contrario, la pasivi-

dad, el temor, el dolor y la reacción del *superyo* frente a ellos. Una mujer de 50 años, de aspecto débil y enfermizo, solicitó atención psicológica, porque se encontraba en un estado de angustia, con insomnio y pesadillas. Se soñaba atrapada bajo un edificio, junto con una amiga, pedían auxilio y luchaban por salir. Despertaba en medio de un profundo terror, cubierta de sudor frío. Esta paciente vivía en un conjunto habitacional y logró salir a los jardines, cuando se derrumbaba el edificio donde vivía una de sus más queridas amigas, quien la cuidaba durante sus enfermedades y la acompañaba a la clínica donde se atendía. Paralizada por el terror, se desplomó al suelo, donde fue auxiliada por otros vecinos, quienes a su vez llamaron a su hija para que se hiciera cargo de ella. Recordó, durante la consulta que al ver caer el edificio, deseó correr y "meterle el hombro", para detenerlo. Se sentía profundamente culpable por no haber podido ayudar a esa amiga que tanto había hecho por ella. El sueño aliviaba la culpa que sentía por haberla "abandonado" en su muerte; la veía viva y a su lado, acompañándola. Esta solidaridad constituía, al mismo tiempo, la reparación de la falta real y el castigo por la misma, puesto que la colocaba en una situación en la que su propia vida corría peligro y por lo tanto sufría. En el sueño también transformó su parálisis; ahí se movía activa y valerosamente, en busca de auxilio que fue incapaz de prestarse a sí misma y a su amiga.

El insomnio, síntoma frecuente en la secuela del terremoto, obedece a distintas razones. El estado de *hiperalerta* antes citado, impide la relajación necesaria para permitir el reposo y dormir. El temor a que se repita la situación traumática, también dificulta conciliar el sueño, y sorprende nuevamente a la persona, impreparada e inerte. El insomnio puede originarse asimismo, en el deseo, no totalmente consciente, de evitar enfrentarse, una vez más al trauma renovado por las pesadillas. Además, puede sentirse la necesidad de estar despierto para plantearse nuevas alternativas frente a futuras catástrofes; para explicarse y perdonarse por haber tenido miedo; para intentar superar la culpa, la vergüenza, la ira u otras emociones vividas en el momento traumático. Muchas personas sólo lograron conciliar el sueño acostándose vestidas y con linternas en el buró; y algunas añadieron a sus preocupaciones, colocar el dinero, las alhajas y otros objetos de valor cerca de ellos, por si se diera el caso de abandonar permanentemente sus hogares.

Los accesos de angustia que aparecen al enfrentarse a situaciones que recuerdan el suceso traumático o simplemente por la evocación del mismo, pueden incluirse, dentro del rubro de la descarga y control tardío de la excitación traumática. El cuadro más dramático de este tipo, se

presentó con una colega que atendió a una mujer que había permanecido 3 días atrapada entre los escombros de un edificio derrumbado. Cuando la doctora cerró la puerta del consultorio, la paciente comenzó a llorar y a gritar, presa de una intensa angustia. El cuarto cerrarse revivió de inmediato su situación: la angustia de no poder salir, de perder la vida, de estar rodeada de muertos y heridos; en el ambiente seguro del consultorio, contenida por la presencia de la terapeuta, esa mujer pudo ventilar su miedo y la rabia, que por la demora de la ayuda la había invadido, en los días de enclaustramiento, pero que no pudo dejar salir entonces, porque hacerlo hubiera implicado abandonarse a la desesperación y la muerte.

Otras personas presentaban angustia cuando se veían precisados a entrar a cualquier edificio; al viajar en el metro; y por el temor a que se repitiera el sismo, a morir enterrados; a quedar solos, desamparados, sin ayuda; por encontrarse incapacitados para proteger a sus hijos, perder sus hogares, o su lugar de trabajo; a que la ciudad se hundiera o el país desapareciera; a la llegada de la noche, a la obscuridad.

Estos casos, que en su mayoría no estuvieron sujetos al impacto traumático directo, la sintomatología corresponde a la identificación, sentimientos de culpa, hacia los muertos y damnificados. En general, presentaron estos cuadros angustiosos -personas procedentes de zonas que no fueron realmente dañadas, con antecedentes de relaciones interpersonales restringidas o insatisfactorias, y que desde antes del terremoto se sentían solas, poco importantes; poco queridas, rechazadas o víctimas de la injusticia y que, durante la emergencia, contribuyeron escasamente o nada, al auxilio de los damnificados. En ellos, esta conciencia generó culpa y, en vez de intentar repararla con actos concretos, se colocaron en el lugar de las verdaderas víctimas.

A diferencia de los hallazgos de otros autores, especialmente en casos de *neurosis traumática* en prisioneros de campos de concentración o de combatientes en la guerra, no encontré, en las personas entrevistadas, sentimientos de culpa por haberse alegrado del daño ajeno o sensaciones de triunfo maniaco por estar vivos. Ausencia ésta que merece investigación y comprobación. Sin embargo, es posible que, frente a circunstancias diferentes, las reacciones sean distintas. Tanto en la guerra, como en los campos de concentración la convivencia cotidiana, favorece que, junto a la actitud solidaria en el peligro a la desgracia surjan situaciones de rivalidad y competencia, en las que la muerte de un compañero, puede significar un triunfo recibido con alegría. En estos casos, la convivencia constituye a las personas en un grupo, con una dinámica propia, donde existe amor y odio, solidaridad y competencia; mientras en un terremoto, en el que el peligro surge súbitamente

te, sin poder prepararse física y mentalmente para afrontarlo, lo que sorprende a una población desorganizada con anterioridad, desconocida entre sí, disgregada, sin ideas compartidas ni vínculos libidinales o agresivos que la unifican, el sentimiento colectivo es el miedo. Sucedidos de la existencia de las réplicas (movimientos telúricos de menor intensidad, que son secuela de los mayores), los habitantes de las zonas sísmicas difícilmente se sienten seguros, en sus vidas y sus propiedades una vez que ha pasado el primer temblor. Lo que predomina es más bien el temor expectante. Nadie sabe cuánto va a durar la aparente calma de la tierra. No hay tiempo para alegrarse por haber escapado de un enemigo invisible, porque se le sabe bajo los pies. Ante la imposibilidad de ayudar a los amigos y vecinos y aun a los desconocidos, aparece la llamada culpa del sobreviviente, que se cuestiona en forma melancólica sobre la utilidad de la propia vida en relación con las pérdidas. Pero esta culpabilidad, que emerge ante la catástrofe, corresponde a viejos conflictos frente a las tendencias agresivas reprimidas, que provocan sentimientos de devaluación y de no merecer vivir, no disfrutar de la vida.

Algunas reacciones colectivas, vistas superficialmente, pueden parecer expresión de la alegría por estar vivos. Me refirieron a la invención de chistes y la búsqueda de distracción-diversión, que contemplamos en sectores importantes de la comunidad, poco después de la catástrofe. Y, sin embargo, aunque muchos reían, no era por placer genuino, sino por hacerse menos dolorosa y temible la situación. Intento de aliviar, transitoriamente de la conciencia, el conocimiento de las pérdidas y el peligro.

4. Otros síntomas

Las pérdidas fueron muchas: vidas, bienes materiales, objetos, fuentes de trabajo, escuelas, puntos de referencia, sitios de reunión, barrios, elementos todos que alimentan la identidad, el sentido del sí mismo. Todo esto generó estados de duelo, de intensidad variable: de la tristeza serenamente asumida, al pensamiento suicida. La depresión produjo en muchas personas damnificadas sensaciones de desmoralización, apatía, pesimismo, vacío y desesperanza. Sentían que habiéndose destruido su mundo, habiendo perdido todo, menos la vida, nada tenía caso. Permanecían pasivos, sintiéndose insignificantes, sin recursos, incapaces de valerse por sí mismos, de ayudarse entre sí. Con la esperanza de que alguna fuerza mágica y misteriosa como la que los había castigado, viniera a rescatarlos, desaprovechaban el potencial de organización que el hecho de estar reunidos podía aportarles. Así no

mostraban interés en conocerse entre sí, no sabían ni los nombres ni la procedencia y los recursos de quienes habitaban bajo el mismo techo. No esperaban nada entre sí, todo debía provenir de las autoridades o de la ayuda internacional. El que ésta no llegara, generó frustración, rabia, renuencia a la cooperación que se les pedía para mantener limpios y en orden los albergues. Surgieron tensiones con el personal de éstos, que se veía abrumado por demandas, exigencias y escasa colaboración de los habitantes.

La reacción más dramática frente al enclaustramiento y la pérdida era la de quienes fueron rescatados después de muchas horas o varios días de permanecer sepultados entre los escombros, tuvieron que sufrir la amputación de algún miembro. De los colegas que trataron algunas de estas personas, recibí la siguiente información: en la mayoría de los casos existía una presencia de bloque extremo de diversas funciones *yoicas*; después de un periodo de angustia inicial, cuyo recuerdo era muy confuso, los lesionados prácticamente dejaron de percibir, pensar, sentir dolor y el paso del tiempo. En un estado de *shock* físico y emocional, seguían mecánicamente las indicaciones de quienes los atendían, sin establecer contacto afectivo con ellos. Retracción psíquica masiva, frente a un mundo brutalmente agresivo que invalida sin justificación racional posible.

Frente a estos casos, la sintomatología deriva directamente de la experiencia; otros, son productos de la significación personal que se atribuye a los sucesos, al sentido que se les confiere y que depende de la problemática previa del individuo. Los síntomas así generados, aunque se presentaron en algunas personas de las zonas afectadas, fueron más frecuentes entre los habitantes de la ciudad que no sufrieron ningún daño real.

Hubo cuadros angustiosos y depresivos, originados por la fantasía de ser objeto de un castigo divino. Por la pérdida de la invulnerabilidad, que procedía de una protección invisible avalada por una conducta intachable previa, que se ponía en duda por la muerte masiva de personas igualmente inocentes. La angustiosa reflexión sobre la terminación de la vida y la conciencia de haberla desperdiciado hasta entonces, llevó a algunos a percibir una urgencia para modificar, de inmediato y radicalmente, viejas culpas, enojos y sometimientos o situaciones insatisfactorias en el trabajo, el matrimonio, la situación económica y la responsabilidad frente a los hijos en particular, y ante la vida en general. La necesidad de asumir la responsabilidad por la propia protección y control sobre sus vidas, generó una tensión excesiva en personalidades dependientes y pasivas, para quienes una lucha más comprometida, implicaba la emergencia de una agresividad intolerable para su *superyo*.

Entre estas personas encontré también una fuerte adhesión a los diversos rumores generados a raíz del terremoto; creencias a través de las cuales daban salida a su ansiedad y buscaban, comunicándolas, colocarlas en el interlocutor, para que éste se hiciera cargo de la angustia y así los aliviara. Se decía que volvería a temblar en fechas determinadas; que había epidemias en las zonas devastadas, que comenzaban a extenderse por la ciudad; que los túneles del Metro amenazaban con derrumbarse; que los cables conductores de electricidad habían quedado en mal estado después del sismo; que el terremoto era un aviso del fin del mundo y de la necesidad de volver al seno de la Iglesia... Además de la función que cumple el rumor como soporte de las ansiedades individuales, constituye también un síntoma sociopolítico que apunta a la desestabilidad de la sociedad, que buscan las fuerzas sociales en conflicto y que tiene su origen en la falta de información o en la dudosa credibilidad de las explicaciones gubernamentales.

La incidencia de brotes psicóticos a raíz del terremoto, fue baja. Supe solamente de dos casos, además de uno que observamos directamente la doctora Rubí Cardós de Mancera y yo. Era un joven que tenía antecedentes de personalidad esquizoide, con bajo rendimiento en todas las áreas de su vida. Ni él ni su familia resultaron directamente afectados, pero después del segundo sismo comenzó a hablar incoherencias, permanecía horas viendo por la ventana, como si planeara arrojarse, identificaba a su padre con el diablo y lo atacó. Es evidente que, en este caso, toda la destrucción y muerte en la ciudad, constituyeron la piedra de toque para el precario equilibrio de este chico, que si bien temía un nuevo temblor, se sentía más perseguido por todo lo que ponía en la imagen del diablo que por el peligro real.

Por último mencionaré someramente, la sintomatología que presentaron los brigadistas, el personal de los albergues y los psicoterapeutas, afectados por el exceso de trabajo y las tensiones del mismo. Entre los primeros, hubo un cuadro de hiperactividad. Trabajaban sin descanso; estaban mal alimentados, y sin poder dormir, algunos terminaron desplomándose por la fatiga como el caso que mencioné anteriormente. Muchos se resistían a descansar, no obstante las indicaciones de los médicos.

El personal de los albergues estuvo, con frecuencia, abrumado por exceso de trabajo y por las demandas de los huéspedes, quienes, además, los contagiaban de su angustia, por los relatos de situaciones dramáticas y desesperadas: familiares desaparecidos, pérdidas de bienes, situación económica incierta, etc. Entre el personal hubo fricciones por la distribución del poder y la responsabilidad; excitación provocada por el impacto emocional del contacto con los damnificados.

Entre los psicoterapeutas la respuesta que predominó por este contacto, fue la de un estado depresivo, claramente percibido, del que se tuvo conciencia cuando del cansancio y el agobio por recibir impactos dolorosos y escuchar relatos, escalofriantes, obligó a distanciarse de la tarea. La forma en que cada quien se *auto-reparó*, para volver a la lid, indica el proceso subyacente: los terapeutas recurrieron a la búsqueda externa de objetos portadores de vida que pudieran neutralizar toda la destrucción que se depositaba en ellos. Otros salieron de la ciudad, buscaron a sus amigos, se tomaron un "descansito" en el club, asistieron al cine, jugaron con la familia; se arrojaron mullidamente en sus lechos, para gozar de un descanso reparador. El doctor Alonso Peón sugirió, con toda oportunidad, una reunión con los colegas para compartir experiencias. Estos grupos habrían podido ser, a su vez, el lugar donde se hubiera podido elaborar lo depositado por los pacientes. Por desgracia, sólo hasta tres meses después del sismo se intentó tal elaboración, misma que sí pudo darse en los grupos de información, supervisión y formación que ofrecieron algunos institutos psicoanalíticos y la facultad de Psicología de la U.N.A.M. a los alumnos y profesionales del campo de la salud mental.

5. Psicoterapia en el síndrome de stress postraumático

Ante las situaciones de desastre, que afectan a un gran sector de la población, el psicoterapeuta enfrenta una considerable demanda en un mínimo de tiempo. Situación externa que excluye, por principio, planes de terapias reestructurantes, reconstructivas y similares entre las que se incluye, de manera preponderante, el psicoanálisis. Al tener que prestar ayuda al mayor número de personas posible, el tiempo del que se dispone para cada una, es necesariamente restringido. Por lo tanto, son recomendables, los esquemas que corresponden a las terapias de emergencia y crisis, así como el consejo y el apoyo. La psicoterapia de crisis, tiene como objetivo proporcionar alivio a aquellas personas en peligro de descompensación, bajo una situación de *stress* específico, que son incapaces de enfrentar. La terapia de emergencia tiene como propósito conseguir un alivio inmediato en los pacientes que se encuentran en estado de descompensación psicológica aguda y que no son capaces de enfrentar dicha situación de *stress*. En ambos casos, se emplean como recursos eficaces, la reafirmación frente a la angustia y el temor, y el reforzamiento a la confianza en los propios recursos; el apoyo realista a las decisiones; el uso de mecanismos de defensa adaptativos, etc. El foco de la terapia es aliviar el sufrimiento a través de la

liberación de las emociones (catarsis); y su elaboración a través de comprender las causas que las provocaron. La revaloración de las culpas y temores injustificados, y la construcción de planes realistas, acordes con las circunstancias externas y los recursos de la persona, para reparar los posibles daños de la imagen corporal, el sentimiento de sí mismo, la identidad, la autoestima y el sentimiento de identificación y reciprocidad con sus congéneres, para librarse así de los sentimientos de soledad, desamparo y subestimación.

El terapeuta es, en estos casos, un participante activo. Aquí no tiene cabida la actitud distante y objetiva del espejo, que sólo refleja lo que el paciente coloca frente a él; sino explora, sugiere, aconseja, brinda información, desalienta los temores irracionales. Presiona e invita a expresar emociones y afectos; aporta explicaciones y alternativas. La terapia se realiza *cara a cara* o, si la situación lo requiere, puede hacerse telefónicamente o frente a los acompañantes de quien solicita la ayuda. La presencia de familiares o amigos durante la entrevista, además de constituir un apoyo a las necesidades de protección y dependencia del paciente, cumple en ocasiones la función de un *yo* auxiliar, que tiene a su disposición recuerdos y recursos, de los que al paciente carece temporalmente. La comunicación telefónica permite ocultarse de los ojos que se temen críticos si tuvieran que enfrentarse directamente, además de constituir un recurso inmediato.

Mencionaré como ejemplo, a un médico que utilizó ayuda telefónica que ofrecía la facultad de Psicología de la U.N.A.M., para tratar de reunirse con sus asociados, debido a que el consultorio que compartían resultó dañado por el sismo. Preocupado por prestar una ayuda eficaz a sus compañeros de trabajo e infortunio, expresaba indirectamente, en forma desplazada, su angustia y confusión frente al ominoso futuro.

Le dije que comprendía su angustia y le pregunté si por la zona había algún lugar que pudieran ocupar de inmediato; así como si tenían un directorio telefónico de sus pacientes para comunicarles el cambio. Me dijo de la inaccesibilidad e intransigencia del dueño del edificio, que poseía un local contiguo al mismo, en buenas condiciones, y que se negaba a prestárselos mientras se hacían las reparaciones pertinentes. Coincidi en cuanto al egoísmo del casero y sugerí al doctor que recurriera a sus compañeros de generación; a los colegas amigos que no habían sido afectados por el temblor. Añadí que sus pacientes no los abandonarían por circunstancias fortuitas. Para respetar su desplazamiento, hablé casi siempre en plural: "*ustedes, ellos, se preocupan, sufren, tienen, pueden buscar...*" Al final de la entrevista, el doctor logró sentir que no estaba solo frente a la emergencia, y que disponía de recursos para enfrentar la situación.

El objetivo terapéutico se puede alcanzar en sesiones de grupo o individuales. Con la ayuda de dramatizaciones y otro tipo de dinámicas, como las que describe la doctora Doring. Los integrantes pueden expresar directamente o a través de la identificación con los *actores*, las emociones y sus propios afectos. Sabes que otros también sienten miedo, culpa y vergüenza ante situaciones similares, contribuye a disminuir la presión *superfuerza* y los sentimientos de culpabilidad, solo por haber estado allí. Se fortalece así la capacidad de utilizar los recursos, y las capacidades del sujeto, quien por sí mismo es, frecuentemente, incapaz de contemplar.

Tanto en sesiones de grupo, como individuales, resulta útil el siguiente esquema de abordaje terapéutico:

1. Propiciar la comunicación, con el fin de planear la estrategia que deberá seguirse. En esta fase de apertura, se investiga la sintomatología presente y la demanda del paciente. Asimismo, se establece una hipótesis sobre la psicodinámica de la sintomatología, para relacionar las molestias del paciente con los bloqueos en la descarga o, si ésta provoca conflictos frente a los valores y/o *superyo* del sujeto. En esta etapa, se alienta la expresión de afectos y fantasías, mediante comentarios que expresan el entendimiento de la situación emocional o vital del paciente, lo que puede ser suficiente para desencadenar el llanto o la ira retenidos hasta ese momento.
2. Promover en forma activa la catarsis. Si a pesar de esto, el paciente no puede exteriorizar sus afectos, es preciso saber si esto se debe a que la descarga provoca culpa, vergüenza o se vive como un ataque a la autoestima y a la identidad, o entra en contradicción con los valores culturales y personales atribuidos al sexo, situación, o *status* del paciente, como mencioné en el ejemplo del brigadista. En esta fase de la terapia, llega a ser necesario pedir el relato minucioso de lo sucedido durante la situación traumática. Este fue el caso de otro brigadista, que se quejaba de una opresión precordial, que le dificultaba la respiración y la deglución. Sabía que necesitaba llorar, pero no podía. Salió de su casa para tratar de rescatar entre los escombros a sus vecinos. Sintió temor y repulsión al ver tantos cuerpos destrozados, pero se sobrepuso y trabajó sin descanso durante 10 horas, más tarde, se desplomó exhausto sobre los escombros de donde fue levantado por sus familiares.

Durante su relato era evidente su tristeza y los esfuerzos que hacía para controlarla. Pedí que me describiera detalladamente lo que había sucedido desde que empezó el temblor. Cuando narraba la forma como penetró en un edificio derruido, le pregunté qué fue lo primero que vio por la ventana, y contestó entre sollozos: "cabezas desprendidas"

y muchas piernas sueltas". De esta manera pudo reconstruir el momento más dramático e impactante de la situación. En ocasiones es necesario pedir al paciente que refiera y describa sus pensamientos y sentimientos en un momento determinado, ayudándolo, si se requiere, a reconstruir las fantasías y afectos que intenta evadir. En otros casos, se presentan síntomas generados por el suceso traumático, debidos al significado individual que éste adquiere y no a su impacto directo. Es necesario saber valorar si la expresión de los afectos y los pensamientos retenidos, será benéfica o perturbará el equilibrio previo que puede ser o no patológico, pero que hasta el momento ha permitido la adaptación satisfactoria del paciente.

Este fue el caso de una mujer de 30 años, que vive en una zona alejada de los daños, y que acudió a consulta. Estaba sola en su casa cuando sobrevino el segundo sismo, desde entonces presentaba angustia, cefalea, opresión precordial, dificultades para respirar y tenía la sensación constante de que temblaba. Su médico particular descartó el padecimiento cardíaco, por el que ella sentía temor. El doctor prescribió tranquilizantes que no surtieron efecto total, pues la cefalea y la sensación del temblor, habían aumentado.

A continuación transcribo parte de esta entrevista:

T. ¿Tuvo miedo de morir durante el temblor?

P. "No temo a la muerte, porque a través de ella se llega a la presencia de Dios".

T. ¿Qué sentía mientras temblaba?

P. "Pensaba que habría más muertos, gente sin casa, me puse a rezar por ellos, he ofrecido varias misas por su salvación".

T. Y además de rezar ¿qué ha hecho por ellos?

P. (Mirándome con extrañeza). Nada, no se me ocurre nada mejor que rezar".

T. ¿Es Ud. muy religiosa?

P. "He estudiado bastante, aunque aún me falta mucho en el camino. Soy catequista, enseñando aprendo el camino".

T. ¿Hay algo que la preocupe o incomode de usted misma?

P. "Me siento culpable por no poder aceptar totalmente a mi mamá tal como es, he luchado mucho, y he logrado algo, pero a veces se me sale decirle que veo mal las cosas que hace. Como cuando fuimos a visitar a unos pariente, llegamos muy noche y no nos quisieron abrir. Mi mamá se enojó mucho y no quería volverles a hablar. Yo le dije que no hay por qué enojarse, porque el que le cierra las puertas a un hermano se las cierra a Dios, porque Dios habla por boca de cada uno de nosotros y lo que hace a cualquiera de sus criaturas, por ínfima que sea, se le hace a él. Así que la convenci de ir a reconciliarse con la familia, y eso no es aceptarla como ella es".

T. ¿Y dentro de sus creencias, cómo entiende usted el terremoto?

P. "Mucha gente ignorante cree que es un castigo de Dios. Esas son supersticiones. El terremoto es cosa de la naturaleza, no de Dios".

Llegado a este punto, para mí resultaba claro que la religiosidad de esta mujer servía para reprimir sentimientos y pensamientos agresivos, cuya expresión, en caso de que hubiera podido conseguirse de alguna manera, la habrían llenado de culpa y ansiedad innecesarias. Así pues, decidí aliarme a la defensa.

T. Dice usted que Dios habla por boca de cada uno de nosotros.

P. "Sí".

T. ¿Ha pensado qué podría decir a través de sus sufrimientos?

P. "Sí, lo he pensado muchas veces, pero no entiendo, no llego a nada".

T. Tal vez, ya que Dios la hace recordar dolorosamente su cuerpo, esto podría interpretarse como la necesidad de que se ocupe no sólo de las almas de los afectados; sino también de sus necesidades materiales.

P. ¿Y qué puedo hacer?

T. ¿Qué se le ocurre que usted pueda darles para ayudarlos en sus necesidades?

P. "Había pensado recolectar ropa y alimentos, pero la gente es egoísta y desconfiada, le cierran a uno las puertas".

T. Este sería otro tipo de sufrimiento, con un sentido; con el fin de obtener ayuda para los damnificados. Un sufrimiento al servicio de los demás, distinto a su dolor de cabeza que no beneficia a nadie.

P. "Creo que tiene razón. El sufrimiento fortalece, si como usted dice es por una buena causa. Creo que puedo evitar la desconfianza si no voy a pedir sola; si me organizo con otras gentes de la parroquia, viendo que se va en grupo, se ve más serio".

T. Bien, me gustaría saber cómo le fue, si es que encontró su camino.

P. "No creo que necesite volver, doctora, usted me aclaró mucho. Le agradezco. Me siento con fuerzas. Bien".

3. Elaboración. Una vez establecida la catarsis -cuya duración está determinada por las necesidades de cada persona- el terapeuta no hace nada para presionar, calmar o consolar al paciente; lo deja en libertad para expresar los sentimientos y pensamientos que lo aquejan, y ayuda si es necesario, con gestos o frases que apoyan la expresión del paciente. Sólo entonces, se inicia la tercera etapa; en ella se pretende que el paciente recupere el control de su vida, a través de la comprensión, explicación, reflexión y *resignificación* de los afectos y pensamientos que se originaron como consecuencia de la situación traumática. Aquí el terapeuta desarrolla la mayor actividad de la entrevista, y añade explicaciones fisiológicas como por ejemplo la relación entre la angustia y

el ritmo cardíaco, hasta elaboraciones más complicadas que transmiten la comprensión de los sentimientos (dolor, rabia, culpa o vergüenza) del paciente.

Aunque el terapeuta mantiene desde un principio, una actitud de aceptación, de los sentimientos y pensamientos que se le refieren, en esta etapa debe dedicar especial énfasis, al conocimiento de la normalidad de estos fenómenos, cuya lógica se comprende a través del relato del paciente.

Las explicaciones que resumen la interrelación entre efectos y pensamientos, con la sintomatología que aqueja al paciente. Son de gran ayuda. Por ejemplo: "Para auxiliar a los demás, es necesario estar vivo. Esto fue lo que usted hizo, ponerse a salvo. Pero se sintió tan avergonzado por correr, que ahora se acusa de cobarde y poco hombre. Todo esto le angustia tanto, que no puede dormir ni trabajar".

4. Retorno a la realidad. Antes de regresar al paciente a las tensiones propias de la vida cotidiana, debemos intentar, con él, reestablecer la relación con el mundo al que vuelve. A través de un cambio gradual, trataremos de que aplique, al mundo externo, lo que haya aprendido de sí mismo hasta el momento. Es útil invitarlo primero, a explorar, ahora, sobre lo que debió haber hecho durante el suceso traumático. En esta etapa, el terapeuta se encarga de apoyar las evaluaciones realistas del paciente, o lo ayuda a corregir aquellas que se encuentren teñidas por sentimientos de culpa, megalomanía o narcisismo, interpretándolas como necesidades irreales, pero tranquilizadoras, que sustentan una autoestima en bancarrota.

Esta táctica favorece el establecimiento de un contacto realista con las propias capacidades, y las circunstancias reales en la situación de *stress*. Se espera que dicho contacto con la realidad pasada, pueda generalizarse al presente. Transformar en posibilidades de actividad, lo que fue vivido pasivamente durante el trauma, y *perseguir*, en la elaboración, sentimientos y pensamientos dolorosos para el paciente, tiene como resultado final, el aumento en la autoestima y la sensación de poder reasumir el control de la vida.

Como último ejemplo, mencionaré en esta fase, a un joven que fue llevado a consulta por su madre y que presentaba un cuadro depresivo de mediana intensidad; así como intensos sentimientos de culpa hacia una anciana que vivía con ellos, a quien no pudo salvar y murió en el derrumbe. Cuando le pregunté lo que podría haber hecho durante el derrumbe, dijo que "seguir jalándola para salvarla". La madre intervino y explicó, que si ella, a su vez, no lo hubiera arrastrado, él también estaría muerto. Mientras escuchaba, movía la cabeza en señal de duda, así pues, le pregunté qué hubiera hecho sí, en vez de caerle las

piedras en los talones; le hubieran caído en todo el cuerpo. Me miró con cierto enojo, muy fijamente, y dijo: "Me hubiera muerto". ¿Eso es lo que quieres? -Pregunté-. Respondió que deprimido no servía para nada: no podía mantener a su madre y era una carga más para ella. Esto me permitió modificar la entrevista hacia la situación presente y que a la vez, él dejara de insistir en el sentimiento de culpa que le causó la muerte de la anciana. Este caso nos lleva a considerar la segunda parte de esta fase: la necesidad de valorar, si el conflicto requiere tomar decisiones para resolverse o simplemente, al disminuir la sobrecarga del yo y reasumir sus funciones, es suficiente para recuperar el equilibrio perdido. En el primer caso, la ayuda incluye el estímulo y el apoyo, en la planeación realista de las actividades encaminadas a resolver su situación actual.

5. Cierre de la entrevista. Dependiendo del desarrollo de la misma, cuando al terapeuta no sabe con exactitud qué tanto ha comprendido del propio paciente acerca de lo que le sucede, y por lo mismo qué tan capaz será de modificar su situación, puede ser necesario: a) Pedirle que diga lo que entendió en la entrevista, qué aspectos contribuyeron más para aclarar el problema y qué otros no fueron suficientemente explicados, o no le resultan del todo convincentes. b) El terapeuta puede hacer el resumen de lo que considera la causa de los síntomas, e intentar con este último paso comprender mejor al paciente disminuir sus culpas y alentar su retorno a la realidad.

6. Indicaciones: Antes de dar por terminada la entrevista, puede ser conveniente prescribir medicamentos, recomendar estudios físicos o psicológicos complementarios o remitir al paciente con otros especialistas, e incluso sugerir, si fuera el caso, que se le interne en la institución hospitalaria adecuada. Este es también el momento de asignar fecha para nuevas entrevistas, y si no se considera necesario, el terapeuta debe asegurar al paciente su disponibilidad para nuevos encuentros si él primero así lo requiere.

El número de entrevistas para realizar este esquema, depende, tanto de la condición del paciente, como de la habilidad del terapeuta: llega a ser posible realizarlo, en algunos casos en una sola sesión.

6. Conclusiones y recomendaciones

Los terremotos son catástrofes que afectan a sectores amplios de la población en zonas sísmicas. Provocan perturbaciones en el equilibrio psíquico, van de reacciones anómalas transitorias -que no requieren de intervención terapéutica- a la aparición de duelos severos y *síndrome de stress postraumático*, que por su intensidad ameritan atención oportuna, con el objeto de evitar complicaciones psiconeuróticas e incapacidades permanentes.

Tomando en cuenta que la falta de preparación, el desconocimiento y la incapacidad para liberar a través del llanto, el grito y la palabra, el impacto traumático, aumentan la incidencia del *síndrome de stress postraumático*, sugiero la conveniencia de establecer programas permanentes de información y simulacro de acciones para salvar la propia vida y las ajenas, en caso de desastre.

Además, debe promoverse la capacitación, tanto de brigadistas como de trabajadores de la salud mental, en la atención primaria a los afectados por el *síndrome de stress postraumático*.

Debe incluirse igualmente el conocimiento de la reacción emocional que también sufre el terapeuta potencial, ante la catástrofe y por el contacto con los damnificados. Impacto que se debe elaborar en grupos autogestivos o dirigidos por algún terapeuta experto, y sin contacto directo con el siniestro. Además del obligado estudio de los aspectos clínicos y psicodinámicos de los *síndromes de stress postraumático* y reacciones de duelo, así como el de las terapias breves, de emergencia y de crisis.

Espero que el presente trabajo, sea un estímulo para el acopio de experiencias que nos permitan enfrentar, con menor improvisación y mayor conocimiento, los requerimientos de atención masiva a las poblaciones afectadas por catástrofes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ahearn F. y Rezo Castellón, S. (1979) "Problemas de Salud Mental después del desastre". *Acta Psiq. Psicol. Amer. Lat.* 25: 58-68.
2. Balufarb H. and Levine, J. (1972) "Crisis Intervention en an Earthquake" *Social Work* 17 (14): 16-19.
3. Cohen R. (1985) "Reacciones Individuales ante Desastres Naturales". *Bol. Ofna Sanit Panamer.* 98 (2): 171-179.
4. D.S.M.-III: (1984) "Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales". Masson S.A., Barcelona.
5. Erickson, K. (1976) "Loss of Communalilty at Buffalo Creek". *Amer. J. Psychiatry* 133 (3): 302-305.
6. Fénichel, O: (1959): "Neurosis traumática", cap. VIII de; *Teoría General de las Neurosis* pp. 141-153.

7. Goldberger, L. and Brezmitz, S. (1982): "Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects". The Free Press N.Y.
8. Jones, D.R. (1985): "Secondary Disaster Victims: The emotional Effects of Recovering and Identifying Human Remains". *Amer. J. Psychiatry*. 142 (3): 303-307.
9. Marmor, J. (1980): "Crisis Intervention and Short Term Dynamic Psychotherapy" in "Short Term Dynamic Psychotherapy" pp. 237-243 Aronson, N.Y.
10. Mc. Gonsgle, L. C. (1964): "Psychological Aspects of Disaster". *Amer. J. Public Health* 54 (4): 638-643.
11. Pynoos, R.S, and Spencer, E.: "Witness to Violence: The Child Interview".
12. Rangel, L. (1976) "Discussion of the Buffalo Creek Disaster: The Course of Psychic. Trauma". *Amer. J. Psychiatry* 133 (3): 313-316
13. Titchener, J. L. and Kapp, F. T., (1976): "Family and Character Change at Buffalo Creek". *Amer. J. Psychiatry* 133 (3): 295-299
14. Vitztum E. (1980) "Las intervenciones en Crisis". En: Jtzig-sohn, J A. y Dasberg, H. "Terapias breves", pp. 57-70 Bibliotheca Salmanticensis. España 1985.