

Capítulo 1

Introducción: las catástrofes y la psicología

Edgar Galindo

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

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

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

¹ Llamada en 1985 Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala.

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

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

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

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

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

² Véase www.efpa.eu/working-groups

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

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

Catástrofes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Efectos psicológicos de las catástrofes

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

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

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

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

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

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

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

Trastorno por estrés postraumático (TEPT):

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

Depresión y TEPT conjuntamente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás (por ejemplo, guerras, atentados o catástrofes).
- Ha respondido con temor, desesperanza o un horror intensos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Intervención en situaciones de catástrofe

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Después de la inundación:

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

Si tiene que ser evacuado:

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

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

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

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

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

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

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

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

TABLA 1. Comparación de diferentes terremotos. Escala de Richter

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

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

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

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

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

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

Situación actual

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

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

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

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

⁹ Véase <http://www.unisdr.org/>

¹⁰ Véase <http://www.gdacs.org/>

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

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

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

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

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

11 Véase www.crid.or.cr

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

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

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

Bibliografía

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

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

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

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

Capítulo 2

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

Edgar Galindo

Introducción

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

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

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

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

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