
Reacciones psicológicas al desastre

S. Leivesley

INTRODUCCIÓN

Después de desastres naturales se ha señalado regularmente la aparición de un conjunto de reacciones psicológicas, las cuales se han descrito como “síndrome específico del desastre”. En este capítulo se examina la bibliografía publicada acerca de las reacciones psicológicas de los damnificados, ante el desastre, para advertir si dicha generalización es corroborada por la observación y si podría guiar al suministro de servicios de urgencia.

En una revisión anterior de la bibliografía [23] se analizaron unos 2 000 estudios que cubrían desastres muy diversos, desde guerras hasta inundaciones. Sin embargo, surgen tres dificultades importantes en la comparación de tales estudios:

1) Hay una gran variación en los métodos de muestreo y observación y también en la nomenclatura utilizada por los distintos investigadores.

2) Se incluyen desastres de muy diversa índole que van desde guerras y explosiones hasta terremotos e inundaciones, tales desastres afectan a sociedades de diferentes economías y estructuras.

3) Se han aplicado interpretaciones distintas a los mismos datos. Es posible identificar tres enfoques explicativos. (i) Se advierten intentos para describir a los individuos como víctimas de “enfermedades mentales”. En su mayor parte, los intentos anteriores han sido obra de psiquiatras y otros especialistas que emplean una terminología “ortodoxa”, es decir, que podría usarse en un texto estándar de psiquiatría. Algunos han utilizado el lenguaje (si no el método) del psicoanálisis. (ii) El segundo enfoque es el asumido por sociólogos, y el principal representativo ha sido el Disas-

ter Research Center (Centro de Investigación de Desastres (DRC)) establecido en 1963, en la Universidad Estatal de Ohio, Columbus, Ohio, USA. Bajo la dirección de *E.L. Quarantelli* y *R. R. Dynes*, dicho centro ha patrocinado estudios sociológicos de los desastres. Los sociólogos han intentado interpretar las respuestas psicológicas individuales a tales calamidades dentro de un marco más amplio de la sociedad y de los ajustes sociales ante la crisis, y no han tenido en consideración el enfoque de “salud mental”. (iii). La propuesta de “la trama social” [38] tiende a destacar el análisis de los desplazamientos y las roturas de los vínculos sociales.

Las dificultades anteriores aparecen, en mayor o menor grado, al comparar estudios de desastre con todos los temas cubiertos por este libro. Sin embargo, en el área de la reacción psicológica su intrusión es tal que vuelven ininterpretables muchos de los trabajos que se han hecho en este campo, cuando menos desde la perspectiva epidemiológica. Por esta razón, este capítulo se ha dividido en tres partes. La primera es una crítica somera de los métodos y terminología utilizada en algunas investigaciones publicadas. La segunda es una revisión de algunos estudios publicados de reacción psicológica individual ante el desastre, a efecto de ofrecer al lector una idea acerca de las características de los datos disponibles. La tercera parte es una revisión breve de las interpretaciones y conclusiones a que han llegado investigadores de diferentes disciplinas académicas.

MÉTODOS Y NOMENCLATURA

Los métodos de compilación y presentación de datos, utilizados por diversos autores adolecen de enormes variaciones como para imposibilitar las comparaciones entre muchos estudios. Por tal razón, en gran parte de la bibliografía los resultados se presentan sin proporcionar una idea clara de la forma en que fueron obtenidos. El problema anterior es importante para cualquier conclusión a que se llegue en la bibliografía por ello se han examinado en detalle algunos aspectos de este problema.

MÉTODOS DE OBSERVACIÓN

Se han utilizado cuatro métodos para obtener datos después de ocurridos desastres naturales: cuestionarios estructurados, entrevistas informales, entrevistas de segunda mano, es decir, de administradores u otros que estuvieron envueltos en la calamidad, y simples observaciones de conducta. Es imposible considerar como similar la información obtenida por técnicas tan distintas. Por ejemplo, *De Hoyos* [7] después del huracán y la inundación de 1955 en Tampico, utilizó en su estudio “tres tipos de informantes ‘formales’: líderes oficiales, ciudadanos privados que actuaron con el carácter de dirigentes de una o más organizaciones, y personas en general”. Después del ciclón de 1974 que azotó a Darwin, Australia, *Lacey* [21] dijo “56 niños (de la Clínica Orientación Infantil), fueron referidos a dicha clínica porque según sus padres tenían problemas relacionados con el desastre. Hice unas 400 entrevistas a los pequeños y en número semejante a sus padres. . .” *Milne* [28] empleó un cuestionario de 237 ítems que abarcaba cuatro áreas amplias acerca de reacciones ante

el ciclón de Darwin y la evacuación ulterior, dicho cuestionario incluyó preguntas relativas al estado económico y social de los individuos, antes y después del meteoro. Sin embargo, con gran frecuencia el investigador se enfrenta sólo a un enunciado desnudo de una verdad general; por ejemplo, “varios estudios han identificado conceptos erróneos básicos acerca de la conducta humana en los desastres” [37].

OBTENCIÓN DE MUESTRAS

Muy pocos comunicados intentan definir a la población afectada por un desastre, de una manera aceptable para ser admitida en el estudio, o en la muestra efectivamente entrevistada u observada. Por ejemplo “en la presente investigación estudiamos por medio de un prueba objetiva el Cuestionario de Salud General, a 67 supervivientes del ciclón Tracy los cuales fueron evacuados a Sydney, cuestionario que constituyó un instrumento fiable y válido para detectar alteraciones psicológicas no psicóticas” [32]

Fueron evacuados unos 35 000 supervivientes del ciclón mencionado [31]. No se hizo mención alguna respecto a la forma en que se escogió al grupo particular de 67 supervivientes. Otros estudios utilizan admisiones en hospitales [1, 27] o personas que acuden a otros servicios sociales, grupos que quizá no sean representativos de una población más amplia.

FECHA DE LAS OBSERVACIONES

Algunos autores no identifican el periodo en que se hicieron las observaciones en relación con el desastre, y sus consecuencias [4, 37].

TERMINOLOGÍA

Se ha utilizado un vasto número de términos para describir las respuestas psicológicas de los damnificados a los desastres, los términos más comúnmente empleados se incluyen en la tabla 1. Los mismos se escogieron después de revisar 2 000 títulos de la bibliografía y se escogieron con base en dos criterios: 1) el artículo debía ocuparse de un desastre natural; 2) se incluyeron únicamente artículos que comprendían observaciones originales o comunicados acerca de ellas. En total, se identificaron más de 160 términos diferentes; en la tabla 1 se insertan los 25 términos mencionados cinco o más veces. Depresión es el vocablo más citado, ya que aparece en 25 estudios.

En el periodo de 60 años al cual está referida la tabla 1, cabría esperar que cambiase el uso de muchos de los términos. El diagnóstico de “ansiedad” hecho en 1945, quizá no refleje obligadamente la misma opinión del asunto en 1980; no obstante la bibliografía contemporánea es un poco más uniforme en el uso de la terminología. Las diferencias en el empleo de esta última y quizá en el significado de términos específicos también se detecta entre observadores con distintas preparaciones académicas.

TABLA I. Reacción psicológica al desastre

Término utilizado ¹	Frecuencia con que se le usó
Depresión	25
Ansiedad/estado ansioso	17
Apatía	11
Pesadillas	11
Reacciones fóbicas	11
Trastornos psicósomáticos	11
Ofuscamiento	10
Confusión	8
Dependencia	8
Hostilidad	8
Neurosis	8
Choque	8
Sentimiento de culpa	7
Inhibición de actividad	7
Irritabilidad	7
Insomnio	7
Enuresis	6
Estrés	6
Negación	5
Insensibilidad emocional	5
Miedo	5
Pesar	5
Histeria	5
Presión del lenguaje	5
Sugestibilidad	5
Otros 136 términos	4 veces o menos

¹Con base en una revisión que hizo *Leivesley* [23] de 2 000 estudios importantes.

micas y de países distintos. Sin embargo, los autores raras veces intentan definir con detalle sus términos y en el caso de otros como “parto emocional” y “embotamiento psíquico” sólo se puede suponer el significado que le quisieron conferir.

ALGUNOS EJEMPLOS

En esta sección se incluyen resúmenes de estudios escogidos relacionados con los efectos de desastres en la reacción psicológica del individuo; en aras de la brevedad, tales

ejemplos se limitan a los desastres naturales, pues una revisión completa asumiría la forma de un libro.

Los ejemplos se han elegido del material publicado durante los últimos 60 años y se hace una reseña razonable de las publicaciones asequibles. Sin embargo, es difícil hacer una selección de la literatura, carente de "distorsiones" porque el investigador a veces se percata de algunos cambios claros en el enfoque metodológico ocurridos con el paso del tiempo. Gran parte del material publicado proviene de fuentes estadounidenses. Después de la Segunda Guerra Mundial, el gobierno estadounidense auspició la investigación por medio del National Academy of Sciences y el National Research Council. Este último fundó un Comité para Estudios Sobre Desastres, como un organismo destinado a seleccionar información. En 1957, fue reorganizado y nominado Grupo de Investigación en Desastres (DRG) (y la investigación se amplió para cubrir calamidades acaecidas en otros países. Las investigaciones de DRG fueron continuadas por el DRC en 1963.

En los trabajos iniciales llevados a cabo después de la Segunda Guerra Mundial, se dio gran importancia a las observaciones acerca de respuestas individuales ante los desastres; tal enfoque cambió en cierta medida en los sesenta, cuando los sociólogos intentaron explicar la conducta grupal dentro del marco de la teoría social. Desde 1970 hasta la fecha, dicha tendencia metodológica ha mostrado signos de reversión, y con ello la reaparición de estudios de "salud mental". El último viraje posiblemente haya sido resultado de la exitosa discusión que se suscitó en los Estados Unidos después del desastre de una presa, y tal vez, en parte, por cambios en la política gubernamental estadounidense aparecidos a finales del decenio de 1960, los cuales orientaron la atención hacia los moradores de zonas inundadas. *White* [44] describió el renacimiento de la investigación en desastres después de haber encontrado que las subvenciones del gobierno para obras de control de inundaciones habían incrementado las pérdidas nacionales por inundaciones.

Terremoto del 4 de febrero de 1976 en Guatemala

Hathorne [17] hizo una relación precisa de su visita a Guatemala, y sus entrevistas con el personal médico, que llevó a cabo tres meses después del sismo. En dicho informe se dice que en el terremoto murieron más de 25 000 personas y que más de 100 000 quedaron sin hogar.

El autor describe varias entrevistas sostenidas con el personal médico en zonas diferentes del área afectada, entre ellas destaca la concertada con el psiquiatra del Hospital General de San Juan de Dios, a este respecto el investigador expresa:

"Afirmó haber atendido un número de pacientes con severas reacciones de ansiedad, pero, en su opinión, esto es lo que cabe esperar en términos del trauma de personas que han sufrido pérdidas. Él destacó el hecho de que la gente no había tenido tiempo para lamentar ni la desaparición de la pérdida de sus seres amados por la muerte ni la pérdida de sus posesiones materiales. Observó que la gente tornaba hiperreligiosa inmediatamente después del desastre, y que ello culminó con las celebraciones de la Semana Santa. Él lo vio como una actividad positiva para ayudar a muchas personas a completar las fases de pesar y duelo, y a canalizar sus emociones de ira y culpabilidad".

En la Clínica Neurológica del Hospital Roosevelt, situado en las afueras de la ciudad de Guatemala, se reportó que había habido un marcado incremento en el número de "trastornos convulsivos", pero que el 90% de los síntomas de los enfermos eran psicósomáticos. También se identificaron reacciones de ansiedad aguda en personas de 25 a 35 años y un ascenso en los problemas domésticos.

En otro hospital localizado en El Progreso, hubo un "gran aumento" en los síntomas del síndrome de úlcera péptica por estrés o gastritis, cuadro que por lo común no se observa en las zonas rurales de Guatemala. Además, hubo quejas de fatiga continua, insomnio y lumbago.

Un médico de Zapaca hizo cuatro observaciones, referidas a su práctica clínica, después del terremoto: algunos casos de enuresis continua en niños de 5 a 13 años; unos cuantos casos de problemas gastrointestinales, normalmente muy inusuales en una comunidad de ladinos, 19 casos de trastornos menstruales y 13 casos de productos pos maduros, es decir, el parto al parecer se retrasó por el trauma del sismo.

Otro informante incluido en el estudio de *Hathorne* [17] fue una voluntaria del Cuerpo de Paz que estuvo en el área de Chimaltenango quien señaló un incremento en los casos de alcoholismo y que:

"Aún hay personas temerosas y cada vez que hay algún temblor leve, los cuales de hecho continúan, aquellas reaccionan con gran miedo. . . Los niños son más impresionables que los adultos y por ello lloran más de como lo hacían antes del sismo. Ella advirtió que alguno de los ancianos no comía y señaló que muchas personas, en especial poco después de la calamidad (algunos persistían con tal problema) temían dormir bajo techo. . ."

El autor concluyó, con base en este estudio del terremoto de Guatemala que no hubo cambios notables en el patrón de enfermedades propio de la población indígena, después del sismo, en tanto que la población de ladinos tuvo un moderado incremento en sus síntomas psiquiátricos. Se advirtió una disminución extraordinaria en las peticiones de servicios de salud mental, durante las primeras cuatro semanas después del temblor de tierra. Posteriormente a esa fecha, aumentó el número normal de casos en las instalaciones de salud mental, de preferencia referidos a "depresión reactiva", "ansiedad aguda", y "culpabilidad reactiva".

Terremoto de Skopje, 26 de julio de 1963 [34]

De una población de 200 000 personas, 1 070 fallecieron, 3 300 resintieron daños; el 80% de las casas de Skopje sufrieron deterioros con el terremoto. El Instituto de Salud Mental de Belgrado envió inmediatamente a un grupo de psiquiatras, el cual llegó al área afectada unas 22 horas después de acaecido el sismo. El grupo que comprendía dos psiquiatras, una trabajadora social y dos enfermeras permaneció durante 5 días e hizo sus propias observaciones al reunir las descripciones hechas por los habitantes, personal administrativo, y de los comunicados del servicio público, y de grupos médicos y demás personal de urgencias médicas.

Los autores calcularon que inmediatamente después del sismo sólo 25% de la población fue capaz de prestar auxilio activo, casi el 75% presentó perturbaciones

psíquicas leves y en promedio el 10% sufrió alteraciones mentales graves que obligaron a un tratamiento médico especial.

“Las perturbaciones mentales que observé en Skopje, según la clasificación de Janis y Glass, fueron: 1) reacciones estuporosas leves; 2) reacciones de escape; 3) conducta infantil acompañada de mayor susceptibilidad; 4) reacciones depresivas; 5) perturbaciones psicósomáticas y vegetativas y 6) amnesias histéricas y estados confusionales”.

Inmediatamente después del sismo se observaron casos breves de trastornos intensos casi psicóticos. Cinco días después del terremoto cuatro individuos fueron registrados con psicosis, aunque ellos ya tenían antecedentes de tratamiento de ese trastorno.

La reacción más común fue una combinación de lentitud y apatía. De esta forma las personas intentaban bloquear la mayor parte de los estímulos recibidos y aislarse por sí misma de una situación caótica. Los gestos en la conversación se hicieron lentos, disminuyó la iniciativa y las reacciones emocionales fueron más superficiales. Aún así, mucha gente pudo analizar y percatarse de sus problemas más importantes. . . En el segundo y tercer día después de la catástrofe surgieron reacciones depresivas. Al disminuir el estupor surgieron casos de miedo. Por la noche la gente tenía sueños de la catástrofe y en el día hablaba de sus experiencias. Algunos niños, para gran sorpresa de los mayores, cuando fueron evacuados, se guardaron las llaves de las puertas de una casa. El juego favorito de los pequeños se relacionaba con el temblor y los entierros. De este modo, mientras los adultos expresaban su miedo con palabras, los niños lo hacían por medio del juego.

Terremoto del 22 de diciembre de 1972 en Managua, Nicaragua [1]

Managua, la capital de Nicaragua, fue grandemente destruida por el terremoto; se derrumbó el 80% de las casas de la ciudad, 300 000 personas quedaron sin hogar, 10 000 murieron y 20 000 sufrieron heridas graves. *Ahearn y Castellón* [1]) emprendieron un estudio longitudinal de las consecuencias psicológicas del desastre y compararon las tasas de admisión a un hospital psiquiátrico nacional, antes y después del sismo. Los datos cubrieron a todas las personas internadas en el hospital entre 1969 y 1976 y se hizo un análisis dentro de las categorías diagnósticas de, “retardo mental”, “síndrome orgánico cerebral”, “psicosis”, “neurosis”, y “desórdenes de la personalidad”.

Los autores observaron que las admisiones aumentaron de forma constante en Managua y otras regiones, durante los tres años siguientes al desastre, pero que tal incremento fue mucho mayor en la capital, que fue la zona afectada directamente. Las admisiones globales luego del desastre se acrecentaron el 79.7% en Managua y el 51.4% en otras partes de Nicaragua. Entre las categorías de diagnóstico específico que según los autores contribuyeron a las tasas mayores posteriormente al desastre estuvieron: 1) un alza del 82.2% en los casos de “síndrome cerebral orgánico” en Managua, y del 57.6% en otras áreas; 2) en la categoría de “retardo mental” hubo un aumento del 80.4% en Managua y del 84.9% en otras áreas; 3) en el renglón de “neurosis”, hubo un incremento del 121.4% en Managua y del 101.1% en otras

áreas; 4) en “psicosis” hubo una intensificación del 44.7% en Managua y del 30.7% en otras áreas, y en el rubro de 5) “trastornos de la personalidad” hubo un crecimiento del 79.4% en Managua y del 140% en otras áreas.

Se sugirió en el estudio que los factores psicológicos y sociales contribuyen a incrementar las admisiones a las instituciones de enfermedades mentales:

“Vecindarios devastados, escasez de servicios, pérdida de la estructura de apoyo de la persona, problemas de recolocación, muerte de parientes o amigos y falta de empleo son los factores de desorganización social que generan estrés. Las víctimas de desastres son directamente vulnerables a dichas tensiones, pero las que no son víctimas también pueden sufrir las consecuencias de la desorganización ulterior al peligro”.

Los autores admiten, en su comentario de los hallazgos que las tasas de admisión en un hospital psiquiátrico no reflejan automáticamente la condición psíquica de la población, y que existen factores en un estudio longitudinal, que es imposible controlar. Sin embargo, sugieren que el personal y las políticas hospitalarias permanecieron constantes antes y después del sismo; el sistema de clasificación psiquiátrica fue similar, y el hospital fue la única instalación de salud mental que operaba en el país, para esa época; a pesar de ello, después del sismo se establecieron clínicas extrahospitalarias. No obstante el reconocimiento de algunos problemas en el estudio, los autores al parecer suponen una relación entre las tasas de admisión en el hospital, y el desastre, y no tienen en consideración los posibles cambios demográficos ocurridos en la población (véase la pág. 69)

*Inundación en Luzerne Country, Pennsylvania, USA,
23 de junio de 1972 [35]*

La población de Luzerne Country, Pennsylvania, resintió los estragos de una inundación poco antes del huracán Agnes. Hubo 75 000 personas afectadas y los daños llegaron a 2 000 millones de dólares, pero hubo pocos muertos. *Poulshock y Cohen* [35] analizaron los efectos del desastre mediante las respuestas organizativas a las necesidades de los ancianos que sufrieron los efectos del desastre. Los ancianos de más de 60 años integraron una proporción grande de las víctimas (26.3%). Un año después del suceso se hizo una entrevista a 250 ancianos damnificados. Surgió un grave problema metodológico por “desfasamiento de la población”; los investigadores obtuvieron nombres de 800 solicitantes de auxilio al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) y tomaron una muestra aleatoria de la lista. La proporción varones/mujeres era de 1:2; la edad promedio, de 72 años, y todos los que respondieron el cuestionario eran de raza blanca.

La principal característica de la muestra fue que más del 60% de quienes respondieron, se creían a sí mismos enfermos crónicos o inválidos. De este grupo el 55% se consideraron con un trastorno muy grave. Sin embargo, el 85% actuaban adecuadamente en sus hogares, sin necesidad de auxilio. Para la fecha de la encuesta, el 83.6% no habían vuelto a la vivienda que tenía antes de la inundación; el 40% sufrió destrucción total del hogar, y el 50% tuvo graves daños en sus casas aunque éstos eran reparables. Los autores observaron que:

“A pesar de contar con organizaciones de servicio social “ampliado” después del desastre, el grupo muestreado indicó una necesidad relativamente menor de los consejos clásicos o el típico “trabajo social”, de servicios”.

La encuesta incluyó una pregunta acerca de lo que los que a juicio respondían, habían percibido como el hecho más importante o resultado de la inundación:

“60 personas respondieron que habían sufrido nerviosidad, miedo, pesadillas, crisis de llanto, sentimientos de perturbación, depresión, aislamiento y soledad. Además, 14 respuestas que señalaban incertidumbre, inseguridad, preocupación, desorientación y falta de permanencia, y otras 11 expresaron un sentimiento de pérdida de parientes por muerte o separación; todos ellos pudieron ser indicadores de la necesidad de utilizar servicios de salud comunitarios”.

Inundación en Rapid City, Dakota del Sur, USA , 9 de junio de 1972

Rapid City tenía una población de 42 000 habitantes. Las inundaciones causaron la muerte de 237 de ellos y daños por unos 100 millones de dólares a propiedades [3]. El estudio de *Hall y Landreth* [16] examinó posdesastre los cambios económicos y sociales ocurridos en la comunidad y en algunas familias de víctimas escogidas al azar. Estas últimas fueron escogidas de 550 a las que HUD había albergado temporalmente en hogares móviles. Inicialmente se seleccionaron 50 familias pero 15 se perdieron para el estudio porque abandonaron la población y ello fue congruente con la tasa comunitaria de tránsito normal, es decir, del 40% por año. De las 35 familias que permanecieron en la muestra, 24 eran de raza blanca, 10 de raza india y 1 era de de raza negra. Los autores concluyeron que:

“Rapid City, como comunidad, no experimentó una crisis significativa de salud mental después de la inundación. No aumentaron repentinamente los intentos de suicidio, no hubo filas de víctimas perturbadas a las puertas del centro de salud mental, ni incluso se incrementó el número de recetas de tranquilizantes”

Sin embargo, el estudio de las familias albergadas en un estacionamiento de trailers arrojó algunos datos acerca de necesidades psicológicas:

“El estudio de los datos reunidos diariamente de 35 familias escogidas al azar por HUD (Desarrollo Urbano y de Vivienda) del estacionamiento de trailers, indicó que ellas por lo común recibieron auxilio económico importante de muchas de las fuentes disponibles, pero aún así sufrieron moderado estrés en los meses que siguieron a la inundación; tal situación de apremio psíquico no se descargó o manifestó en la comunidad por medio de más arrestos, gravámenes a la propiedad personal por actos antisociales, incremento en el número de visitas al centro de salud mental de la comunidad, o mayores exigencias a las trabajadoras sociales en el renglón de bienestar. El estrés, por lo común, fue absorbido de manera más individual, por expresiones, como desempleo abundante, mayor ausentismo escolar, más días en el hospital y mas visitas a la clínica extrahospitalaria por parte de la población india de la muestra”.

*Inundación de Buffalo Creek, Virginia Occidental, USA,
26 de febrero de 1972*

En la inundación de Buffalo Creek, 125 personas murieron y unas 5 000 quedaron sin hogar. *Lifton y Olson* [25] fueron contratados por una firma de abogados para ocuparse de una demanda por daños por “trastornos psíquicos”, a nombre de más de 600 personas. Hicieron cinco viajes a Buffalo Creek entre abril de 1973 y agosto de 1974, y realizaron 43 entrevistas a 22 supervivientes, hablaron con varios ministros y trabajadores voluntarios en el área, y consultaron documentos relativos al desastre.

Observaron varios “patrones de supervivencia”. El primero fue la “impronta de la muerte” y la “angustia por la muerte”:

“La impronta de la muerte consiste en recuerdos e imágenes del desastre, invariablemente relacionados con muerte, agonía y destrucción masiva.

Advirtieron que la angustia y el miedo acompañaban a imágenes del desastre, de forma crónica:

“Miedo tan profundo que para muchos constituyó un terror permanente”.

El segundo patrón de supervivencia fue “la culpa por la muerte”:

“Se trata de la sensación dolorosa de autocondena por haber vivido después que otros murieron”.

También observaron “insensibilidad psíquica”:

“Una capacidad disminuía para sentir emociones, de todos tipos”.

Lifton [24] hizo una descripción detallada de la “insensibilidad psíquica” en un estudio previo, a los supervivientes de Hiroshima:

“En párrafos anteriores llamamos “identidad de los muertos” al epítome del síndrome “del superviviente neurasténico” y de la insensibilidad psíquica, en términos generales. Recordamos la secuencia interior saturada de culpa, de esa identidad (estuve a punto de morir; debí haber muerto; morí y cuando menos no estoy realmente vivo, o si estoy, no me lo merezco; y todo lo que yo haga que afirme la vida también es inmerecido y un insulto a los muertos, que sólo son puros y podemos advertir ahora su sugerencia de insensibilidad psíquica por sí misma como una forma de muerte simbólica”.

La cuarta categoría del “patrón de supervivientes” fue descrita como “entorpecimiento de las relaciones humanas”:

“Conflicto respecto a la necesidad o crianza así como fuerte sospecha de la falsedad”.

Por último los autores observaron la lucha por la significación:

“La significación o sentido que tuvo el desastre, la capacidad de los supervivientes para dar al encuentro con la muerte una forma o formulación interna significativa”.

Las conclusiones a que llegaron los autores en su investigación fueron que:

“El patrón psicológico constante en Buffalo Creek fue una secuencia que rebasó la protesta o la esperanza y que se fundió en una desesperación permanente. Los filósofos desde hace mucho han destacado la importancia de la desesperación, pero los psiquiatras y los psicoanalistas apenas en fecha reciente han comenzado a conocer su importancia clínica y la naturaleza debilitante de la combinación de depresión crónica, aislamiento y desesperanza. . . en Buffalo Creek observamos un gran número de casos de desesperación, que incluía una forma crónica de depresión y una sensación de que las cosas nunca cambiarían, es decir, la incapacidad de superar el desastre y sus consecuencias”.

Titchener y Kapp [40] también colaboraron con un grupo legal que representaba a un grupo de supervivientes de Buffalo Creek. El tamaño y la composición de los equipos de evaluación variaron según la naturaleza de las familias asignadas a ellos. Un equipo completo de tamaño normal comprendía a un psiquiatra general, un psiquiatra infantil y dos psicólogos o “investigadores de casos”. En junio de 1973, se emprendió un estudio piloto que incluyó entrevistas a 50 supervivientes.

En 1974, por mandato de un tribunal se entrevistó a todos los sobrevivientes quejosos. Las familias fueron entrevistadas, y mediante entrevistas individuales con cada miembro de la familia, fueron “orientadas psicoanalíticamente”.

Las investigaciones indicaron que 2 años después del desastre, más del 90% de los sujetos entrevistados presentaban síntomas psiquiátricos incapacitantes, como “ansiedad”, “depresión”, “cambios en el carácter y estilo de vida”. También había desajustes y problemas de desarrollo en niños:

“De las valoraciones y análisis que hicimos surgió un patrón bastante claro. En más del 80% de los supervivientes quejosos se diagnosticó un síndrome neurótico postraumático, y también hubo gran frecuencia de cambios en la estructura caracteriológica. Estos últimos aunque eran intentos de reajuste, a veces culminaron en desajuste en la esfera social, y siempre asumieron la forma de limitaciones psicológicamente incapacitantes”.

Titchener y Kapp [40] encontraron síntomas muy variados:

“Desorganización y lentitud de los procesos intelectuales y en la toma de decisiones; dificultad para controlar emociones, alucinaciones y delirios transitorios, ansiedad, pesar, desesperación; insomnios y pesadillas intensos; obsesiones y fobias contra el agua, viento, lluvia y cualquier otro elemento que les recordaba que el desastre podía repetirse; alteraciones obsesivas que se fusionaron en fenómenos grupales; pesar no resuelto que se transformó en síntomas depresivos; ideación y conducta y estilo de vida depresivos; molestias somáticas con un mayor incremento en la incidencia de úlcera e hipertensión; apatía; poca atención y menor conducta social, y falta de ánimo para el trabajo y la recreación ”

Los autores también insinúan que son incorrectas las hipótesis concernientes a que las perturbaciones emocionales ceden rápidamente después de un desastre:

“Nuestra investigación en Buffalo Creek sugiere que esto rara vez ocurre así; las manifestaciones de una neurósis traumática no ceden como lo hacen las aguas de la inundación. Puede parecer que los efectos se disipan rápidamente, si uno no está alerta para advertir la sutil conducta de “enmascaramiento” de las víctimas de un trauma psíquico.”

Los autores indican que hubo un colapso temporal del yo, que también resintió daños. La reorganización del yo tomó de 6 a 24 meses:

“Detectamos una entidad clínica definible caracterizada por un grupo perfectamente reconocido de síntomas clínicos y cambios en el carácter y estilo de vida, que guardaba relación neta con factores psicopatológicos desencadenados por el desastre. Todos, en nuestro subconciente, tenemos encuentros en la memoria con las diversas formas de terror a la muerte, que despierta un desastre. Quizá no se necesita que exista una neurosis previa, para que el síndrome de Buffalo Creek se torne incapacitante y crónico. Todos somos susceptibles a una neurosis traumática y a la “impronta de la muerte”.

Henderson [18] expresó un criterio bastante diferente sobre el desastre de Buffalo Creek y señaló que un epidemiólogo criticaría no haber usado instrumentos estandarizados internacionalmente para identificar el número de casos de un trastorno psiquiátrico agudo. Por último él sugirió [18]:

“Mientras tanto, tenemos que afrontar con datos casi inútiles, como los del comunicado de *Titchener y Kapp's* respecto a que 2 años después del desastre de Buffalo Creek, según ellos el 80% de la población presenta “reacciones neuróticas traumáticas” y también “incapacidades psíquicas” (y por ello recibieron del tribunal unos 6 millones de dólares)”.

Inundación de Brisbane, Australia, 27 de enero de 1974

Las aguas en Brisbane cubrieron la tercera parte de la ciudad y obligaron a la evacuación de 8 000 personas. Cinco murieron, y se calculó que los daños ascendieron a 178 millones de dólares [31].

Se estableció el Comité de Bienestar Queensland para desastres, de tal forma que se contara con unidades para brindar información, orientación inmediata y apoyo a grupos de autoauxilio. El Comunicado del Oficial Ejecutivo [39], acerca de las actividades de tales unidades, describe la reacción de los organismos de bienestar ante el desastre, y algunas de las consecuencias psicológicas observadas por ellos entre las víctimas. El personal de trabajo social laboró en los centros de auxilio y supervisó a voluntarios. Se hicieron todos los intentos por entrar en contacto con todos los hogares en Brisbane e Ipswich (ciudad vecina) que habían sufrido la inundación. Se pudo establecer contacto con más de 6 000 hogares. El número total de familias solicitantes de auxilio fue de 7 500 pero los registros de algunas de las unidades mencionadas fueron incompletos. La información acerca de las víctimas del desastre de dichas unidades se obtuvo de visitas a casas de éstas realizadas por parte de trabajadoras sociales o voluntarios.

Los problemas sociales señalados por tales contactos pertenecieron a tres categorías: 1) problemas previos a la inundación, a las cuales la gente pensaba que se había ajustado razonablemente; 2) problemas causados por la inundación, en cuanto a salud, funciones personales, situaciones materiales y financieras, y 3) problemas agravados por la calamidad (problemas preexistentes que reaparecieron de forma aguda después de ella).

Las tablas II y III señalan la información obtenida de las afectadas por la inundación. El cuadro II indica la naturaleza de las necesidades expresadas por las víctimas, y la importancia relativa de las necesidades emocionales en relación con la salud, aspectos materiales y de otro tipo. La tabla III identifica las razones específicas para

TABLA II. Necesidades señaladas después de la inundación de Brisbane (1 febrero a 28 de mayo de 1974; 6 007 viviendas y familias)

Naturaleza	Antes de la inundación	Causadas por la inundación	Agravadas por la inundación	Total ¹
Emocionales	408	1 623	315	1 938
De salud	826	307	447	754
Materiales	103	8 804	102	8 906
Otras	165	1 068	65	1 133
Total	1 502	11 802	929	12 731

¹ Las cifras totales de esta columna son las necesidades nacidas de la inundación, además de aquellas agravadas por tal situación. Las necesidades materiales son: económicas, sociales, de seguridad, de beneficio, moblaje, dificultad con reparaciones de la casa; otras necesidades incluyen: dificultades idiomáticas, necesidad de información o envío; entre las necesidades registradas están las expresadas por las víctimas o detectadas por personal del departamento de bienestar en las unidades de auxilio en las inundaciones (con base en la referencia 39).

acudir a los servicios de bienestar en el área inundada, aducidos por 2 235 víctimas. La única clasificación de “trastornos emocionales” en este estudio aparece en los dos cuadros.

Huracanes e inundaciones en Tampico, México, septiembre 4 a 30 de 1955 [7]

La ciudad de Tampico, con una población de 100 000 habitantes, sufrió los embates de los huracanes Gladys, Hilda y Janet los días 4, 19 y 30 de septiembre, respectivamente. Los vendavales y las inundaciones acompañantes se estima que causaron unas 3 000 muertes, destruyeron 4 800 casas y ocasionaron daños graves en otras 6 500. En el centro de la ciudad había 52 000 personas “indigentes” que estuvieron aisladas durante 8 a 10 días. En los edificios de la ciudad unas 20 000 personas más quedaron en igual situación por arriba de 15 días y en las áreas rurales entre 25 000 y 30 000 damnificados, también permanecieron en similares condiciones en un periodo de 3 a 4 semanas.

De Hoyos [7] visitó la ciudad después de que había pasado la situación de emergencia e hizo observaciones personales y realizó entrevistas durante unos 5 días. Los entrevistados fueron representantes de organizaciones que estuvieron presentes en el desastre, y algunas de las víctimas. De los entrevistados eran 14 víctimas que estuvieron aisladas en la zona central de la ciudad, en el área de la Plaza, y encontró que este grupo de gente había adoptado inicialmente un espíritu “casi festivo” pero que:

“Muchos de los entrevistados aceptaron que al continuar el desastre aumentó la tensión entre los que acampaban en la Plaza. Dicha tensión y el gran peso emocional acumulado al parecer se manifestaron en tipos simultáneos y extremos de conducta: apatía y agresividad. . . Las noticias de personas que se suicidaban y de un número cada vez mayor de víctimas del