

# **EMOCIONES Y CONDUCTAS COLECTIVAS EN CATÁSTROFES: ANSIEDAD Y RUMOR, MIEDO Y CONDUCTAS DE PÁNICO**

Itziar Fernández\*, Carlos Martín Beristain\*\* y Darío Páez\*

\*Universidad del País Vasco

\*\*Universidad de Deusto

## **1. INTRODUCCIÓN**

En este capítulo presentamos una revisión de los enfoques sobre las emociones y conductas colectivas relacionadas con las catástrofes. Estas conductas colectivas se refieren a la emergencia de las conductas sociales extra-institucionales, que se manifiestan cuando hay situaciones nuevas o excepcionales ante las cuales las definiciones sociales de lo que hay que hacer son inexistentes o insuficientes (Lofland, 1981; Smelser, 1986; Rushing, 1995).

## **2. CATÁSTROFES Y CONDUCTAS COLECTIVAS**

### **2.1. Definición de catástrofe**

Una catástrofe implica un suceso negativo, a menudo, imprevisto y brutal que provoca destrucciones materiales y pérdidas humanas importantes, ocasionando un gran número de víctimas y una desorganización social importante. Esta destrucción, muchas veces, trae otras consecuencias que perduran en el tiempo. Cuando hablamos de catástrofes, hablamos de hechos como desastres naturales y de sucesos sociales producidos por causa humana, que incluyen desde accidentes tecnológicos (p.e. Chernobil o Bopal) hasta crisis sociopolíticas y guerras. Una definición ampliamente aceptada de desastre, es la propuesta por Fritz (1961), que lo describe como: "cualquier hecho concentrado en el tiempo y en el espacio, en el que una sociedad o una parte relativamente autosuficiente de una sociedad, vive un peligro severo y pérdidas de sus miembros y pertenencias materiales, y en el que la estructura social se rompe y la realidad de todas o algunas de las funciones esenciales de la sociedad se ve impedida".

Esta definición se centra más en los efectos sociales que en las características físicas de los desastres. Psicológicamente, la variabilidad de los sucesos conlleva no sólo distintos efectos, sino diversas interpretaciones y respuestas.

Las catástrofes naturales y accidentales muestran diferencias importantes con las catástrofes sociopolíticas, aunque existen algunas similitudes en cuanto a pérdidas masivas materiales y personales, efectos sociales disruptivos y conductas colectivas ante situaciones de peligro. También hay que considerar que en muchas de las catástrofes naturales influyen de forma decisiva factores humanos y de toma de decisiones, además de la vulnerabilidad económica y política (Marskey, 1993).

Para Crocq, Doutheau y Sailhan (1987) la desorganización social es uno de los factores, que más peso aporta a la definición de catástrofe colectiva.

Se han propuesto diversas clasificaciones de catástrofes, la que presentamos en la tabla 1 es la del *Centro de Investigación del Desastre* de Grenoble, en función de su naturaleza y combinando varios parámetros descriptivos.

---

Insertar aquí Tabla 1

---

Otra taxonomía de desastres sería la realizada por la Federación Internacional de la Cruz Roja (IFRC, 1993) (véase tabla 2).

---

Insertar aquí Tabla 2

---

## **2.2. Prevalencia de catástrofes y conductas colectivas**

Con respecto a la prevalencia de las catástrofes, la tabla 3 muestra una síntesis (FRC, 1993) sobre de los desastres producidos en el mundo durante el periodo comprendido entre 1967 y 1991. En estas estadísticas sólo se recogen los desastres que afectaron a 10 ó más personas. La tabla recoge el número total y porcentajes, para los desastres que han ocurrido internacionalmente en estos últimos 25 años, incluyendo también el número de muertes y de personas afectadas.

---

Insertar aquí Tabla 3

---

Los desastres más frecuentes han sido las inundaciones (17,5%), los accidentes (16,5%) y las tormentas (10,6%), los cuales dan cuenta del 44% total de desastres. El número total de muertos como consecuencia de todo tipo de desastres es superior a 7 millones, los disturbios civiles con el 41% y las sequías con un 18% son responsables del casi el 60% del total. Es probable que el número de muertos represente una subestimación debido a los problemas de definición sobre quienes son los afectados y las dificultades de seguimiento de las personas implicadas en los desastres. Sin embargo hay que tener en cuenta que los desastres más frecuentes no son los que informan de un mayor número de muertos.

Tomando en cuenta las limitaciones para asignar cuántas son las víctimas asociadas a los distintos tipos de desastres, la sequía con un 48% y las inundaciones con el 36% han afectado al mayor número de personas (aproximadamente 2,5 billones), mientras que los disturbios civiles han afectado a más de 135 millones de personas. En total para el periodo 1967-1991 alrededor de 3 billones de personas fueron afectadas por algún tipo de desastre, demostrando que las consecuencias psicológicas asociadas al desastre son un problema importante de salud pública. Hay que destacar que, aunque el número de desastres varía de un año a otro, se está produciendo una tendencia al aumento. La tasa de mortalidad por 1000 personas expuestas ha incrementado significativamente, en las tres últimas décadas, especialmente para los desastres vinculados con el hambre en las sequías.

Por otro lado, la distribución geográfica de los desastres es bastante asimétrica, Asia ha sufrido del mayor número de desastres con un 42%, seguido de las Américas con un 22%, Africa y Europa (15% cada una) y finalmente Oceanía con un 6%. Los desastres, además, afectan en mayor medida a los países subdesarrollados, así durante el periodo 1967-1991 una media anual de 117 millones de personas que vivían en países en desarrollo estuvieron afectadas por desastres, en comparación con las 700.000 personas que vivían en países desarrollados. La razón de las personas afectadas en los países subdesarrollados frente a los países desarrollados es de 166/1 (De Girolamo y McFarlane, 1997).

En el mismo sentido, una revisión realizada en 1986, basada en las estadísticas de la Agencia Internacional Norteamericana para el Desarrollo, indica que hubo alrededor de 2400 desastres producidos en el mundo entero (excluyendo EE.UU.). De estos el 86% ocurrió en los países en vías de desarrollo, produciendo 42 millones de muertos y 1,4 billones de personas afectadas (Green, 1997).

Un ejemplo de estos desastres que ocurren en los países en vías de desarrollo es el volcán en Armero (Colombia). Esta erupción volcánica destruyó el pueblo y mató a 22.000

personas, el 80% de los habitantes. Desastres de este alcance son difíciles de imaginar en los países desarrollados (Marsella, Friedman, Gerrity, y Scurfield, 1997).

Los datos de un estudio en la Comunidad Autónoma Vasca (Páez, Arroyo y Fernández, 1995) indican que existe una mayor cantidad de sucesos provocados por el hombre (incendio, explosión, aviso de bomba, accidentes de tráfico, aviación, tren...) que producidos por la naturaleza (inundación, galerna, temblor de tierra...). Probablemente, en parte, esto es debido al mapa de riesgos particular que existe en esta comunidad autónoma, siendo además el perfil general que presentan los países industrializados.

Aproximadamente la mitad de los sucesos encontrados afectan a un gran número de personas, y en ellos se ve inmersa, frecuentemente, toda una comunidad. Esto reafirma la importancia del estudio e intervención sobre conductas colectivas.

Cuatro afectados sobre diez en el momento del suceso sintieron fuerte miedo, un tercio de ellos expresó su angustia con rabia, gritos y llantos. Los entrevistados evaluaron que alrededor de 6 personas sobre 10 vivenciaron miedo intenso. La mayoría, aproximadamente las tres cuartas partes de la muestra, no se sintió preparada para sucesos como el que vivieron. Finalmente, dos tercios de la muestra estuvieron satisfechos con la información y coordinación recibidas, aunque consideran que siempre es mejorable (véase Tabla 4).

---

Insertar Aquí Tabla 4

---

### **2.3. Conductas y emociones colectivas**

Ante situaciones de riesgo, tensión o cambio, debidas tanto a factores ambientales como a factores sociales, se desencadenan una serie de conductas y emociones colectivas (Ovejero, 1997).

En muchas catástrofes y situaciones de riesgo se observan conductas colectivas adecuadas (como es el orden en la evacuación de una población en riesgo), lo cual va a permitir luchar contra la propagación del peligro, o de los rumores, y la organización racional de los recursos.

Sin embargo, en otras circunstancias se observan conductas inadecuadas como es el considerar que la situación es irreal o el éxodo desorganizado de un grupo o una comunidad. Estas conductas no constituyen una respuesta adecuada y, como consecuencia, aumentan la desorganización social del grupo así como la explosión de peligro.

### **2.3.1. Conmoción-Inhibición-Estupor**

El comportamiento colectivo, inmediato, más frecuente ante una catástrofe es la reacción de Conmoción - Inhibición - Estupor, en el curso de la cual se ve a los sobrevivientes emerger de los escombros, alterados por el choque emocional, sin iniciativas y cuya única movilidad es un lento éxodo centrífugo que los aleja de los lugares de la catástrofe para ganar espacios amplios hacia la periferia o lugares alejados de la catástrofe. Ejemplos de ello son la destrucción de Pompeya, los terremotos de Lisboa y Méjico y los bombardeos de Hamburgo, Tokio, Hiroshima y Nagasaki en la 2ª Guerra Mundial (Guillain,1979; Osada,1982; Lima,1990). Los testigos de estos hechos describieron esas lentas filas silenciosas de supervivientes siguiéndose los unos a los otros por los caminos improvisados de las ruinas. Estas reacciones duran, la mayor parte de las veces, unas horas según Crocq, Doutheau y Sailhan (1987).

### **2.3.2. Miedo Colectivo**

El sentir intensamente miedo es una reacción frecuente en situaciones de catástrofe o de amenaza, pero no es una condición suficiente para que aparezcan conductas de pánico. Incluso las investigaciones sobre sujetos entrenados para la guerra (aviadores e infantería norteamericana, voluntarios del Ejército Republicano español, etc.) confirman que la mayoría aplastante de los soldados sienten miedo en el combate (Delumeau, 1993).

Pese a sentir y compartir un miedo intenso, muchas veces las personas llevan a cabo acciones heroicas y coordinadas (hecho mostrado no sólo entre víctimas de guerra, sino también entre personal de ocupaciones peligrosas como bomberos). Más aún, las investigaciones llevadas a cabo sobre personas aterrorizadas por desastres sugieren que el pánico es de corta duración y que, aún las personas que sienten miedo intenso y están más alteradas, pueden ser rápidamente inducidas a seguir las reglas de las autoridades y los líderes locales (Turner & Killian, 1972).

El valor adaptativo del miedo ha sido reconocido en diferentes contextos de manejo de situaciones amenazantes. Por ejemplo, entre los refugiados indígenas de Guatemala, sometidos a represiones masivas, se decía que los que se creían valientes ya no quedaban entre ellos: estos se habían quedado a afrontar o intentar esquivar la represión militar y habían muerto (Martín Beristain et al, 1996). Los aviadores norteamericanos, en la segunda guerra mundial, tenían un

dicho que también representa la idea del valor adaptativo del miedo y la prudencia: "Hay pilotos con experiencia y pilotos corajudos o valientes, lo que no hay son pilotos corajudos con experiencia" (Turner & Killian, 1972).

### **2.3.3. Pánico**

El pánico es una reacción colectiva muy temida, a pesar de no ser la más frecuente, que se puede definir como el miedo colectivo intenso, sentido por todos los individuos de una población y que se traduce por las reacciones primitivas de "fuga loca", de fuga sin objetivo-desordenada, de violencia o de suicidio colectivo (Crocq et al.,1987).

El pánico se define a partir de los siguientes elementos: a) componente subjetivo, un intenso miedo, b) contagio emocional, es un miedo compartido, c) componente conductual, asociado a huidas masivas, d) efectos negativos para la persona y la colectividad, se trata de reacciones no adaptativas, egoístas o individualistas ("sálvese quien pueda"), que producen más víctimas que la catástrofe misma que lo provoca (Schultz, 1964; Quarantelli, 1976).

Smelser (1962) argumentó que el comportamiento colectivo que desemboca en conductas de pánico se desarrolla a través de una cadena de pasos acumulativos y necesarios: a) en primer lugar aparece una sensación de estar atrapado; b) además se da un malestar general provocado por esa imposibilidad, tratando de escapar de la situación por las diferentes rutas; c) el tercer paso que desencadena el pánico es el de comunicarse para solicitar ayuda; d) en cuarto lugar, según Smelser, estaría la percepción de peligro para la vida. El pánico aparece cuando existen trabas para movilizarse hacia la huida, y cuando se percibe que no existe una coordinación, información y actuación eficaces. A este respecto, en el cuadro I se muestran los resultados de una entrevista, en la cual se preguntó a las personas sobre las experiencias que habían experimentado tras un accidente y/o catástrofe.

---

Insertar Aquí Cuadro I

---

Sin embargo es un mito muy frecuente considerar al pánico como experiencia típica de la catástrofe. Aún en los incidentes denominados de pánico, en los que las personas se están enfrentando con la percepción de amenaza inminente, las conductas desadaptativas no son dominantes, y son frecuentes las conductas cooperativas y coordinadas (Johnson, 1987).

Coherentemente con los resultados antes comentados, el Comité de Estudios de Desastres del Consejo Nacional de Investigaciones de EE.UU., resumiendo la investigación realizada en los años 1940 y 1950, concluyó que el pánico de masas era muy poco frecuente. En general, éste se producía cuando convergían cuatro elementos: a) Estar atrapados parcialmente, se percibe que hay una o pocas vías de escape; b) Amenaza percibida o real inminente que torna al escape en la única conducta posible; c) El bloqueo total o parcial de la supuesta ruta de escape y d) El fracaso de comunicar a las zonas de atrás de la masa, o a las personas alejadas de la vía de escape, que ésta está bloqueada, por lo que siguen presionando para intentar huir por una vía inexistente (Turner & Killian, 1972).

El pánico depende del grado de coordinación percibido, del nivel de información, de la experiencia previa y del grado de tranquilidad con que se afronta el hecho; en un primer momento, después de un gran desastre, la gente herida y confusa intenta escapar del área de peligro, entonces el mayor problema es establecer de antemano un número alternativo de rutas de escape que serían posibles, tener en cuenta las diversas maneras que hay de abandonar esa situación y planificar adecuadamente los modos de actuación, transmitiendo tranquilidad y seguridad (Quarantelli et al., 1977; Quarantelli, 1978).

#### **2.3.4. Huida Colectiva y Éxodo**

Los éxodos constituyen la variante menos extrema de las conductas colectivas. Los éxodos de la población del norte y este de Francia por el avance alemán (1914, 1940), el éxodo de la población alemana huyendo del ataque soviético en 1945 y los éxodos de los habitantes de Somalia y Ruanda en la década de los 90 a causa de la guerra, son acontecimientos que reflejan esta conducta.

Las condiciones de precariedad o amenaza asociadas al éxodo suponen, frecuentemente, nuevos peligros para la vida. Así, en el accidente químico de Bopal (India) el éxodo fue una causa de la mortalidad: una proporción notable de los 2500 cadáveres que se recogieron sobre la ruta, no sólo habían sido intoxicados, sino que habían sido aplastados por los coches de gente que huía de la región. Sin embargo, en otras crisis sociopolíticas, la población, incluso en medio de situaciones de emergencia, realiza movimientos tácticos de huida, con evaluación del riesgo y de las posibilidades de permanecer en el lugar, aunque, en ocasiones, se generalicen éxodos masivos como en el caso de Guatemala (1980/82) o Rwanda (1993-96) como consecuencia de las masacres masivas.

La huida, por lo demás, puede ser adaptativa en una serie de catástrofes, incluyendo las epidemias.

### **3. CONDUCTAS COLECTIVAS Y CATÁSTROFES: EL CASO DE LAS EPIDEMIAS**

Las investigaciones históricas sugieren que las epidemias de Peste y de Cólera provocaron:

- a) Escenas de pánico, de miedo intenso y de huida colectiva.
- b) Ostracismo, aislamiento y abandono de los enfermos- inclusive de familiares y próximos.
- c) Conductas de ataque a enfermos y grupos considerados responsables de la epidemia (extranjeros, judíos y médicos, entre otros).

Las conductas colectivas de pánico, huida, ostracismo a enfermos se han reproducido parcialmente en episodios recientes de cólera y de SIDA (Herzlich y Pierret,1987 citadas en Páez et al.,1991; Rushing, 1995; Páez y Marques, 1998).

Aunque había fuertes diferencias entre la Europa del siglo XIV (época de la Peste) y la del XIX (época del Cólera) las reacciones fueron similares. Así, frente a los hechos traumáticos la necesidad de explicar lo ocurrido y encontrar un responsable es un fenómeno frecuente, tanto en catástrofes sociales como en guerras o epidemias (véase el apartado sobre atribución de responsabilidad). Una diferencia importante fue que en el siglo XIV se acusó a los judíos de ser los culpables de la epidemia. En cambio, durante el siglo XIX aunque siguió habiendo pogromos, se acusó a los pobres (por parte de las clases dominantes) o a los ricos, las autoridades y los médicos (por parte de las clases populares). Las conductas colectivas violentas contra los médicos fueron constantes. Pese a estas diferencias, la atribución de la enfermedad a los extranjeros fue frecuente. Durante la epidemia de cólera del siglo XIX los rusos atribuyeron la enfermedad a los polacos, los polacos a los rusos y los europeos occidentales a los anteriores. Los pobres e inmigrantes, como los irlandeses en EE.UU., también fueron chivos expiatorios (Delumeau, 1993; Evans, 1988; Rushing, 1995).

Sin embargo, no todas las epidemias mortales provocan el mismo impacto. Por ejemplo la epidemia de influenza mató a medio millón de personas en EE.UU. en 1918-1919 y no se asoció a conductas colectivas de pánico y violentas.

Estas conductas colectivas son típicas cuando: a) la enfermedad es fuertemente letal; b) aparece de repente; c) la tasa de mortalidad aumenta rápidamente; d) se cree en la



contagiosidad de la enfermedad y que muchas personas están en riesgo de contraerla. Una característica necesaria para las conductas colectivas es que e) la causa de la enfermedad sea desconocida.

En la época de la epidemia de Gripe se conocía la causa, existía una vacuna y medidas preventivas - uso de mascarillas, limpieza de calles, etc. Aunque estas medidas no eran efectivas, la sensación de control disminuyó el miedo al contagio (Rushing, 1995). Las epidemias de Peste y Cólera causaron miedo colectivo y pánico ya que se asociaron al fracaso de las creencias sociales existentes para explicar lo que pasaba.

#### **4. RUMORES Y CONDUCTAS COLECTIVAS DE HUIDA**

Los rumores abundan después de cualquier catástrofe o tragedia, y pueden minar el funcionamiento del grupo. Una buena forma de afrontarlos es facilitar información adecuada y fiable tan pronto como sea posible. La información no debe incluir sólo lo que ha sucedido, sino lo que puede ocurrir y cómo enfrentarlo. A este respecto, los miembros del equipo de rescate y apoyo necesitan conocer qué es lo que se espera que ellos digan o hagan, a quién, cuándo y porqué (Hodgkinson & Stewart, 1991).

En el caso de la masacre de Xamán (llevada a cabo por una patrulla del ejército en Guatemala en 1995), los rumores posteriores tuvieron tanto un origen externo (en forma de acusaciones) como interno, en la propia comunidad, al compartir noticias peligrosas o amenazantes. Estos últimos tuvieron que ver con la necesidad de dar sentido a la experiencia (rumores sobre quién tuvo la culpa), con el miedo a nuevas acciones violentas (sobre supuesta presencia armada en la comunidad), así como con las ayudas recibidas por las víctimas (Cabrera, Martín Beristain y Albizu Beristain, 1998).

Por otro lado, hay que destacar que los rumores negativos circulan mucho más rápido e impactantemente que los desmentidos positivos, por lo que resulta necesario insistir más en la información positiva, ya que ésta circula con menor rapidez. También se ha encontrado que tentativas autoritarias de controlar la información van a provocar molestias, y aumentan la tasa de rumores y las críticas a lo que se está realizando (Oliver-Smith, 1996, Páez y Marques, 1998).

Los rumores críticos también provocan fenómenos negativos como la inseguridad en el grupo. Muchos rumores pueden distorsionar las conductas colectivas generando división, pérdida de apoyo de las víctimas o conflictos, y no sólo influir en conductas de pánico. En catástrofes naturales, como la erupción del volcán de Armero -Colombia (Saavedra, 1996) los

rumores se asociaron a la ayuda humanitaria (miembros de las organizaciones de rescate que quieren despojar a las víctimas), los hechos (supuestamente muchos habían sido atropellados en la huida) o su significado ("las prostitutas se salvaron porque Dios tuvo misericordia de ellas").

Los rumores, en situaciones de amenaza, se asocian a las conductas de huida. (véase el Cuadro II).

---

Insertar Aquí Cuadro II

---

En general, cuatro aspectos se asocian a que los rumores faciliten conductas de huida:

a) El compartir representaciones sociales o creencias sobre el carácter amenazante de ciertas situaciones, predefinidas como de riesgo (las multitudes son peligrosas en los incendios, etc.) reforzaría las respuestas de pánico.

b) La existencia de canales de comunicación (incluidos los rumores) reforzaría también las posibilidades de pánico. Ante catástrofes que interrumpen las vías formales e informales de comunicación (p.e. las inundaciones de los 50 en Holanda) la respuesta de pánico sería mucho menos probable (Smelser, 1962), debido a la dificultad de difusión de la sensación de peligro.

c) Un clima emocional de ansiedad previo también favorece tanto los rumores como el paso a una actitud de pánico. Un incidente (como una señal o un rumor) puede fácilmente concretizar la ansiedad en un miedo específico (p.e. se rompe la represa o dique).

d) Finalmente, las diferencias culturales pueden explicar una mayor o menor preponderancia al pánico. La epidemia de peste, pese a ser tan mortífera en África del Norte como en Europa, no provocó comportamientos colectivos de pánico, ni conductas violentas. La enfermedad no se percibió como contagiosa, se representó como una enfermedad que castigaba a los no-creyentes o, en el caso de los musulmanes, como un martirio enviado por Dios. Se presupone que estas diferencias ideológicas o culturales impidieron el miedo colectivo al contagio y las conductas colectivas de pánico y violentas asociadas a él (Rushing, 1995). Algunas culturas colectivistas, como por ej. Japón muestran un menor sesgo de optimismo ilusorio, o de ilusión de invulnerabilidad, que las individualistas, como por ej. EE.UU. (Markus et al, 1996). Así, los norteamericanos se perciben como teniendo menos probabilidad de sufrir hechos negativos (trastornos, catástrofes, accidentes) que una persona media similar a ellos. Es decir, muestran un optimismo ilusorio al considerar que tienen menos probabilidad

que los otros de sufrir hechos negativos. Por el contrario, las personas pertenecientes a la cultura japonesa no presentan este sesgo de optimismo ilusorio y consideran que tienen tantas probabilidades como otros de sufrir catástrofes o hechos negativos (Heine y Lehman, 1995). Se puede suponer que las culturas colectivistas responderán con mayor aceptación a las catástrofes y a los hechos negativos. Sin embargo, los estudios sobre los sobrevivientes de Hiroshima y Nagasaki, de cultura oriental y más colectivista, no han puesto de relieve grandes diferencias conductuales, comparados con poblaciones occidentales y más individualistas. Actitudes de pasividad ante la muerte provocada por epidemias, mencionadas en el África actual ante enfermedades letales (Delumeau, 1993), también se han informado en experiencias occidentales de siglos anteriores o en experiencias extremas (campos de concentración) y pueden ser explicadas por extenuación física (Schultz, 1964; Delumeau, 1993).

Por último, las personas religiosas y que creen que la causa de lo ocurrido es externa, ante una catástrofe reaccionan de forma más adaptativa que las personas que tienen un centro de control interno. De cierta forma, el fatalismo sirve como un mecanismo de amortiguación y adaptación a las catástrofes (Ross & Nisbbet, 1991).

## 5. VÍCTIMAS SEGÚN LA ZONA DE LA CATÁSTROFE

En la **zona del impacto central** es donde hay una masiva distribución de víctimas y desorganización social, el comportamiento de inhibición- estupor domina seguido del éxodo centrífugo.

En la **zona de destrucción**, es donde hay sobre todo destrucción material, con menos muertos y heridos, aunque hay personas sometidas al siniestro y una destrucción social notable. Se observa que hay inquietud en la decisión, éxodo centrífugo y a veces la propagación del pánico.

En la **zona marginal** sin víctimas, no hay inclusión ni destrucción, pero es la zona donde frecuentemente ha sido perturbado el sistema de comunicación. Por tanto, se observa inquietud, rumores y sobre todo se suele dar un movimiento de huida de las zonas centrales y movimientos convergentes hacia al exterior.

En la **zona exterior**, intacta desde todos los puntos de vista, salvo en el plano "moral", se dan frecuentemente movimientos de ayuda de los familiares y de personas que se acercan a la zona siniestrada, junto con una emoción colectiva que suscita colaboración (Gleser & Green, 1981).

En una investigación sobre los efectos por un terremoto en Perú se encontraron los siguientes tipos de víctimas o afectados, que creemos se pueden generalizar a todo tipo de catástrofe: a) las víctimas físicas directas; b) las víctimas contextuales (traumatizadas por las condiciones físicas y socioculturales después del impacto), c) las víctimas periféricas (no residentes que han sufrido pérdidas) y d) las víctimas de "ingreso" (voluntarios y agentes de ayuda, que sufren del estrés psicosocial y de las condiciones físicas post-catástrofe) (Oliver-Smith, 1996).

## **6. LAS FASES SOCIALES DEL AFRONTAMIENTO DE CATÁSTROFES COLECTIVAS: PREVIA, ALERTA Y NEGACIÓN DE LA CATÁSTROFE, CHOQUE, REACCIÓN E INHIBICIÓN, RECUPERACIÓN Y COMPARTIR SOCIAL, E INHIBICIÓN Y ASIMILACIÓN POSTERIOR**

La información referente a la dinámica colectiva frente a la catástrofe, y después de ella, es limitada. La mayoría de la investigación sobre respuestas individuales y colectivas ante catástrofes es transversal y retrospectiva. Quarantelli apoya su visión del miedo colectivo y la conducta de huida en cerca de mil entrevistas no estructuradas retrospectivas, llevada a cabo entre uno y siete días después de la catástrofe (Quarantelli, 1954). Un 70% de los 73 estudios norteamericanos publicados entre 1959 y 1989, revisados por Pennebaker, indican que se había entrevistado a las personas sólo una vez (Pennebaker, 1994).

Investigaciones longitudinales sobre las respuestas a catástrofes puntuales (erupción de un volcán, terremotos, etc.) han encontrado diferentes fases de afrontamiento colectivo del periodo posterior a la catástrofe, en personas occidentales. De estos estudios longitudinales y de los históricos sobre epidemias y desastres, podemos plantear las siguientes fases sociales del afrontamiento de catástrofes colectivas: negación previa de la catástrofe, la inhibición, una fase de compartir social, una de inhibición posterior y una de asimilación.

A continuación, integraremos la información retrospectiva fenomenológica disponible sobre las conductas colectivas en catástrofes con las fases sociales de afrontamiento.

### **6.1. Fases previas y de alerta**

Las investigaciones descriptivas han postulado la existencia de una fase previa y otra de alerta. **La fase de estado previo** se caracteriza por el grado de preparación de las autoridades y de la población ante la catástrofe (Gleser & Green, 1981).

En la fase previa al impacto del hecho negativo, y en sus primeras etapas, ya sea catástrofe o accidente tecnológico (inundación, epidemia o pandemia), es muy frecuente que las autoridades y la colectividad nieguen o minimicen la amenaza. Cuando apareció la amenaza de la Peste, los médicos y las autoridades buscaron tranquilizar a la población negando la posibilidad de que ocurriera o minimizando su alcance. Se decía que no era la peste, que eran otras enfermedades más benignas, se atribuían los aumentos de mortalidad a causas menos amenazantes (los problemas de alimentación, etc.); se decía que la enfermedad era una invención de las autoridades. Actitudes colectivas similares emergían ante el caso del cólera en el siglo XIX.

En el caso del SIDA ha ocurrido algo similar: por ejemplo, en Francia se minimizó el riesgo de transmisión por transfusión, con un resultado fatal para muchos hemofílicos (Delumeau, 1993; Paillard, 1993). La catástrofe del transbordador espacial Challenger permite ilustrar este proceso de pensamiento grupal de minimización de la amenaza. Los ingenieros se oponían al lanzamiento, ya que eran conscientes que temperaturas frías podían provocar la explosión del cohete, debido a las limitaciones de ciertas piezas. Los funcionarios de la NASA, que querían enviar el cohete lo antes posible, pidieron a los ingenieros que demostraran que el cohete no podía funcionar - lo que estos no podían hacer, claro está - mostrando ilusión de invulnerabilidad (las peores alternativas eran poco probables). Hubo presiones para la conformidad: los administradores de las compañías que trabajaban para la NASA le pidieron a los ingenieros que "opinaran como administradores y no como ingenieros" (en otras palabras que no deberían de poner obstáculos al lanzamiento del Challenger). Se creó una ilusión de unanimidad, sondeando únicamente a los administradores e ignorando a los ingenieros en una consulta sobre el lanzamiento. Finalmente, dado que se censuró las críticas de los ingenieros, el ejecutivo que tomó la decisión final nunca se enteró de las preocupaciones de los ingenieros de las compañías que fabricaron el Challenger. El resultado final fue que este explotó como un fuego de artificios (Myers,1995).

Al igual que con respecto a otras conductas de riesgo, se pensó que las personas se exponían a circunstancias peligrosas por falta de conocimiento. Sin embargo, se ha encontrado que el conocimiento de lo peligroso de un lugar, o su exposición a posibles catástrofes, no es un factor suficiente para evitar que la gente se exponga a él. Generalmente, las personas viven en los lugares en que pueden sobrevivir aunque sepan que son peligrosos, en particular si no tienen alternativas de cambio (Oliver-Smith,1996). También se ha encontrado que la gente que vive con situaciones amenazantes inhibe la comunicación sobre el peligro y lo minimiza. En este

sentido, personas que viven en áreas en que existen ciertas enfermedades endémicas transmisibles, o que viven cerca de centrales nucleares, evitan hablar del tema o evalúan que el problema no les amenaza particularmente a ellos (Kapferer,1987/1995). Las encuestas muestran que a mayor cercanía de una central nuclear más cree la gente que está segura. En el mismo sentido, los trabajadores de industrias de fuerte riesgo profesional se niegan a reconocer la peligrosidad de sus trabajos, hasta el punto que resulta difícil hacerles aplicar las indispensables medidas de seguridad (Zonabend, 1993).

La **fase de alerta** está delimitada entre el anuncio del peligro y la aparición de la catástrofe. Está jalonada de señales de alerta y da lugar a un estado de ansiedad útil, con vigilancia en cuanto al período de preparación y medidas de protección. Sin embargo, si es gestionada sin instrucción y sin informaciones precisas, puede dar lugar a la propagación de rumores y de pánico. A la inversa, entre las poblaciones habituadas a la catástrofe, por ejemplo gente que vive cerca de ríos que se desbordan o gente que está acostumbrada a hacer frente a tifones o tornados, puede dar lugar a un comportamiento de indiferencia aparente, que corresponde ya sea a la resignación o a la negación del peligro, centrándose, por tanto sin cambios, en actividades cotidianas (Gleser & Green,1981). Además de esta actitud de negación, frecuentemente se plantea que una parte de la colectividad tiene un comportamiento de aprensión o exageración de la amenaza. Aunque hay datos que apoyan esta hipótesis, en relación con la actitud de la población leiga ante catástrofes que están emergiendo (Stroebe et al, 1993), con respecto a las respuestas de las instituciones y élites lo que predomina es el silenciamiento de las voces críticas y la reafirmación de hipótesis optimistas, que llevan a una visión de ilusión de invulnerabilidad grupal (Janis,1982).

En el caso de las masacres de Ixcán en Guatemala en los años 80 (ODHAG, 1998), las formas de negación del peligro, por parte de la gente, como pensar por ejemplo que no podía pasarles nada, y la falta de mecanismos de comunicación y de alerta inmediata, hicieron que muchas personas permanecieran en sus comunidades a pesar de la inminencia del peligro y fueran posteriormente asesinadas.

Entre los factores que influyen en la falta de respuesta ante la inminencia del peligro, en caso de desastres naturales y guerras, están: la dificultad de abandonar las pertenencias, tierra, etc.; la dificultad de creer en lo que está sucediendo ("eso no puede pasar aquí"); la creencia de que la protección vendrá de un ente sobrenatural (Dios); la falta de información clara y concreta; el tiempo que pasa la población en alerta; la experiencia previa que tenga de situaciones similares; la organización de la alerta inmediata, cuando el peligro se acerca de

forma inminente; la credibilidad de la fuente que transmite la información sobre la amenaza; la difusión de rumores contradictorios que quitan fuerza a la indicación de huir o refugiarse (ODHAG, 1998).

La credibilidad de la fuente en los momentos de mayor peligro, es un aspecto clave de la prevención inmediata. En el caso de la masacre de El Mozote (El Salvador- 1982) la gente se concentró en la aldea debido a la credibilidad total otorgada a un líder local que aseguró que esa sería la única aldea no afectada. El papel de algunos líderes locales con sus mensajes tranquilizadores, y la falta de indicaciones claras por parte del gobierno, estuvieron también presentes en el desastre (erupción volcánica) de Armero. Además, la falta de experiencia previa fue también uno de los elementos clave en la negación del peligro en ese caso.

## **6.2. Fases de choque y de reacción**

Las investigaciones fenomenológicas han incluido en esta fase los momentos de choque y de reacción. Según estimaciones de Centro de Crisis ante Catástrofes de Inglaterra, en estas fases un 15% de los individuos presentan una reacción patológica, otro 15% mantienen su estabilidad y el 70% restante manifiestan un comportamiento de calma en apariencia, pero que recubre una especie de anestesia emocional o una sensación de realidad aparente (Hodgkinson & Stewart, 1991).

**La fase de shock**, breve y brutal, corresponde a un estado de estrés colectivo; una alteración afectiva, sensación de irrealidad, suspensión de la actividad y también desconcentración de la atención. Respecto al plano comportamental, es la fase de la conmoción-inhibición-estupor.

Con relación a la experiencia vivida se da el fenómeno de ilusión de unicidad (cada uno se cree el centro de la catástrofe) y una impresión de invulnerabilidad.

**La fase de reacción**, inmediatamente posterior a la fase de shock, se puede caracterizar por la continuidad de conmoción-inhibición-estupor en éxodo centrífugo, sin inhibición motriz, y por la agitación psicomotora o el pánico. La fase de reacción es muy breve y no sobrepasa, generalmente, unas horas (Gleser & Green, 1981).

Investigaciones recientes confirman que en el momento de la catástrofe, o cuando ésta amenaza de forma persistente, aunque los rumores sobre el fenómeno circulen, las personas prefieren no hablar ni reflexionar sobre el tema. Este mecanismo de evitación cognitiva y comunicacional se puede explicar como una forma adaptativa de enfrentar momentos de gran tensión. Pennebaker (1990), comparando dos comunidades que afrontaron una catástrofe

colectiva (erupción de un volcán), encontró que en la comunidad en que el volcán había afectado poco y aún podía afectar, la gente rechazaba más ser entrevistada sobre el hecho y declaraba no sentirse alterada afectivamente - en comparación con la comunidad en que la erupción ya había ocurrido y que sentía que la catástrofe ya había pasado. La gente que está en medio de una tarea inacabada, como afrontar una catástrofe, puede tratar de enfrentarla inhibiendo los pensamientos y sentimientos. Pennebaker, apoyándose en estudios de laboratorio que comparan personas que han hecho tareas equivalentes, pero que tienen expectativas diferentes, apoya esta idea. El grupo de personas al que se le ha hecho creer que aún tiene que trabajar más, declara estar menos cansado que el grupo al que se le dijo que ha terminado de trabajar (Pennebaker,1990). Que la inhibición de pensamientos, sentimientos y comunicación sobre hechos negativos sea adaptativa, no niega que tenga un coste. Un grupo de sobrevivientes de Chernobil describió que la gente de la ciudad cercana de Belaris había buscado mecanismos de negación del peligro para disminuir su ansiedad (“*no queremos tener información*”) manteniendo actitudes de pasividad, impotencia y uso de alcohol (Teter, 1996). Los datos epidemiológicos sugieren que esta parálisis comunicativa e inhibición se asocian a tasas de mortalidad y morbilidad comunitarias más elevadas, en función del tiempo (Pennebaker & Harber, 1993).

### **6.3. Fase de emergencia y resolución contemporánea**

Las investigaciones fenomenológicas postulan que existe una **fase de resolución**, contemporánea al retorno del período de lucidez y a la estructuración social, que se asocia a la disminución de la agitación, del pánico y los éxodos, así como a la aparición de las conductas adaptadas de ayuda, de socorro y de salvamento (Gleser & Green,1981).

Según las investigaciones longitudinales sobre las respuestas a catástrofes puntuales (erupción de un volcán, terremotos, etc.), inmediatamente después del impacto se produce una fase de emergencia, que dura entre 2-3 semanas tras del hecho. En ella se observa alta ansiedad, intenso contacto social y pensamientos repetitivos sobre lo ocurrido. Luego emerge una segunda fase de inhibición, que dura entre 3 a 8 semanas. Esta fase se caracteriza por una importante disminución en el modo de expresarse o compartir social sobre lo ocurrido. Las personas buscan hablar sobre sus propias dificultades, pero están "quemadas" para escuchar hablar a otros. En esta fase aumenta la ansiedad, los síntomas psicósomáticos y los pequeños problemas de salud, las pesadillas, las discusiones y las conductas colectivas disruptivas (Pennebaker & Harber, 1993).



De forma parecida, en el caso de la masacre de Xamán (Guatemala, 1995) después de las primeras semanas de movilización y expresión del duelo, las reacciones de las familias afectadas fueron de mutismo, aislamiento e intentos de olvidar lo sucedido (Cabrera, Martín Beristain y Albizu Beristain, 1998).

Estos cambios confirman la importancia de no esperar a que los afectados vengan a solicitar ayuda tras la catástrofe, sino que los equipos de apoyo intervengan de forma temprana. Este apoyo activo a las víctimas debe tener en cuenta cinco puntos importantes, que quedan reflejados en el cuadro III.

---

Insertar aquí Cuadro III

---

Si embargo, hay que indicar que en las catástrofes humanitarias o los desastres naturales, la convergencia hacia el lugar de diferentes equipos de ayuda sin coordinación puede producir otros efectos, tanto económicos, al encarecer la vida (p.e. es el caso clásico de las ayudas humanitarias en Africa, ya que la llegada de occidentales con dólares aumenta el coste de los alimentos), como poner a la comunidad en una situación de dependencia clientelística. Por tanto, hay que tomar en cuenta no sólo los efectos positivos de la ayuda, sino también los efectos perversos de la ayuda humanitaria (Oliver-Smith, 1996; Martín Beristain y Donà, 1997). Por ejemplo, en el caso de Xamán, la llegada de muchas ofertas de proyectos económicos y ONG, a la vez que suponía un apoyo, generó en la comunidad una dinámica de respuestas rápidas y una actitud de acaparar recursos. Esa dinámica activó las expectativas y demandas de una población que ya había vivido en el refugio mexicano conviviendo con las ONG y dependiendo del apoyo de la ayuda (Cabrera, Martín Beristain y Albizu Beristain, 1998). Problemas similares se dieron en la población sobreviviente de Armero, generando desestructuración de la incipiente organización comunitaria de los afectados. Sin embargo, no siempre los efectos son negativos (ver apartado de Catástrofes y movimientos sociales, más adelante), en el caso de la catástrofe del río Páez, la fuerte organización indígena constituyó un aspecto importante del proceso de reconstrucción (Saavedra, 1996).

### **6.3.1. El impacto de los mass media en la fase inmediatamente posterior a la catástrofe**

Los medios de comunicación tienen un impacto ambivalente, ya que por una parte pueden dan a conocer lo que ocurre, ofrecer información sobre cómo enfrentar el desastre o

dónde solicitar ayuda. Pero, por otro lado, pueden complicar la recuperación posterior al desastre, al generar informaciones contradictorias y a magnificar o ignorar determinados problemas. Así, en primer lugar, los mass media tienden a trivializar y simplificar complejos problemas emocionales (p.e. mostrando a personas muy fuera de control). En segundo término, tienden a personalizar los problemas, creando por tanto problemas de confidencialidad sobre las personas implicadas. Además, actúan frecuentemente de forma invasiva y obstaculizando la actividad de los equipos de rescate o a los supervivientes que están ayudando. En muchas ocasiones los medios de comunicación tienden a crear mitos con respecto a las personas implicadas en el desastre o rescate, haciendo que la persona elegida sea una “estrella” y se destaque del resto de las víctimas, generando envidias o críticas y, a menudo, además se le vea “congelada” en su imagen de héroe o víctima ejemplar. Finalmente, los mass media cambian rápidamente de interés abandonando a las víctimas y a los equipos de trabajo, que después de haber permanecido unos minutos bajo los focos se van a sentir, nuevamente, aislados e ignorados (Stewart y Hodgkinson, 1989).

#### **6.4. Fase de adaptación y post catástrofe**

Las investigaciones longitudinales han encontrado una tercera fase de adaptación, alrededor de dos meses después del hecho. Las personas dejan de pensar y de hablar sobre el hecho estresante, disminuyen la ansiedad, los síntomas y los otros indicadores. Esto sugiere que preferentemente la intervención de grupos de escucha y de autoayuda debe realizarse después de dos semanas, y especialmente con grupo que después de dos meses sigue con ansiedad, rumiación y síntomas psicósomáticos (Pennebaker & Harber, 1993).

Según las investigaciones fenomenológicas la fase de post-catástrofe, se caracteriza por actividades de organización social, en el seno de las cuales hay que subrayar la estructuración del duelo colectivo. El efecto a largo plazo del estrés colectivo se puede manifestar bajo la forma de miedos "irracionales", no fundados en la catástrofe, miedos de epidemias, o problemas como secuelas psicósomáticas, síndrome de estrés post-traumático etc. A más largo plazo, se instala frecuentemente una mentalidad de post catástrofe, con resignación, aceptación de lo sucedido - del destino -, culpabilidad y actitud de dependencia en relación con los poderes públicos. En esta fase también se producen esfuerzos por el retorno a la autonomía y a la actividad social (Gleser y Green, 1981). Los estudios sobre efectos psicológicos de catástrofes naturales muestran que, a los 4 meses, los problemas disminuyen substancialmente, pero permanecen respuestas al estrés con reacciones que incluyen componentes de PTSD,

particularmente problemas para dormir, anestesia afectiva, pensamientos recurrentes y evitación.

## **7. EL IMPACTO DE LAS CATÁSTROFES**

La fuerza del impacto de catástrofes o desastres naturales se estima, según una revisión meta-analítica, en una  $r=0,17$ , lo que quiere decir que se incrementa en un 17% el porcentaje de la población que presenta síntomas en relación con la situación anterior o a una población control que no ha sufrido el desastre colectivo (Rubonis & Bickman,1991; Bravo y cols.1990). Las investigaciones epidemiológicas confirman que la participación en masacres y combates de guerra, ser víctima de catástrofes o violencias extremas, torturas y violaciones provoca cuadros sintomáticos en alrededor de un 25-40% de las víctimas y victimarios. Este porcentaje se incrementa en un 60% en el caso de las víctimas de violaciones (Janoff-Bulman,1992; Davidson & Foa,1991; Echeburua, 1992). La mayoría de las víctimas de actos violentos presenta algún tipo de respuesta sintomatológica (Janoff- Bulman,1992).

Respecto a los factores personales y los componentes del trauma asociados al impacto. Hodgkinson y Stewart (1991) han encontrado que algunos factores de personalidad preexistentes pueden constituir un elemento que refuerce la vulnerabilidad ante el suceso. Así, por ejemplo, se ha descubierto que el neuroticismo o una historia previa de trastorno psiquiátrico han sido predictores de estrés post-traumático en víctimas de catástrofes.

Una revisión del impacto de los hechos traumáticos confirmó, en 16 de 19 investigaciones revisadas, que a mayor intensidad de los hechos, mayor presencia de síntomas psicológicos (Davidson & Foa,1991). Además de esta relación entre la intensidad y la fuerza del impacto, se ha confirmado que las siguientes características provocan mayor impacto psicológico, a saber: el daño físico, la muerte de la pareja, la participación en atrocidades, el haber sido testigo de muertes y la exposición a lo grotesco (Davidson & Foa, 1991).

En lo referente a las características del trauma se ha confirmado que si el suceso es intenso, severo, implica oscuridad o ruido, es rápido, no previsible, incontrolable e implica pérdidas personales va a producir un mayor impacto (Hodgkinson y Stewart, 1991).

Comparando las respuestas de entrevistas abiertas de guatemaltecos que vivenciaron diferentes formas de represión (desaparecimientos y amenazas; asesinato individual, masacre colectiva y masacre colectiva más asesinato individual) se confirmó que las catástrofes colectivas provocaban mayor impacto psicológico, según se puede observar en la tabla 5, es decir: más tristeza, miedo, enojo, desesperanza, sentimiento de injusticia y duelo intenso.

---

Insertar aquí Tabla 5

---

Las catástrofes colectivas también provocaban mayor impacto comunitario: más éxodos y pánico, mayor clima de desconfianza y desorganización social. En este contexto de pérdidas repetidas, puede hablarse de duelo cultural (Eisenbruch, 1990). El duelo cultural supone la experiencia de la persona o grupo que pierde sus raíces como resultado de la pérdida de las estructuras sociales, los valores culturales y la identidad propia. En el caso de comunidades mayas, la persona o grupo puede continuar viviendo el pasado, sufrir sentimientos de culpa respecto al hecho de haber abandonado su cultura, su tierra de origen, sus muertos, o tener constantemente imágenes del pasado durante su vida cotidiana (incluyendo imágenes traumáticas). Esas manifestaciones, además de ser síntomas más o menos invalidantes en la vida de las personas, pueden ser una muestra de sufrimiento comunitario y cultural (Eisenbruch, 1991).

### **7.1. Efectos psicológicos traumáticos provocados por las catástrofes**

Los hechos traumáticos, como los típicos de catástrofes, provocan generalmente síntomas de ansiedad y depresión, además de un conjunto de síntomas específicos que se han unificado en el denominado síndrome de estrés post-traumático (PTSD). Además de éste, la ansiedad o miedo y la depresión o tristeza, así como el enfado o agresividad, son reacciones frecuentes. Muchas de las reacciones y efectos que presentan las poblaciones afectadas, y que a menudo se describen en términos de síntomas o problemas psicológicos, pueden ser reacciones normales frente a situaciones anormales (Perren-Klinger, 1996). Esto no significa negar los problemas, sino que muestra que no se puede reducir la experiencia de las personas a un conjunto de síntomas. El impacto psicosocial - desaparición de las organizaciones y rutinas comunitarias, pérdidas simbólicas, etc. - son generalmente tanto o más importantes que las pérdidas físicas y los síntomas psicológicos (Oliver-Smith, 1996).

Una primera dimensión del PTSD es una hiperreactividad psicofisiológica o respuesta de alerta exagerada que se manifiesta en hipervigilancia, respuestas de sorpresa exageradas, irritabilidad, dificultades de concentración y de sueño. Esta hiperreactividad, a estímulos parecidos a los de la catástrofe, es específica en las personas que sufren de PTSD y no estaba presente antes del hecho, según una serie de investigaciones realizadas con veteranos de

Vietnam (Davidson & Foa, 1991; Janoff-Bulman,1992). En otras palabras, los hechos traumáticos provocan en ciertas personas un estado de preparación excesiva ante estímulos que se traducen en una hiperactivación fisiológica.

Segundo, las personas tienden a recordar repetitivamente (en flashback diurnos y sueños) la experiencia traumática y tienden a revivirla fácilmente cuando algo externo se la recuerda. Los pensamientos y recuerdos intrusivos son los síntomas que se mantienen durante más tiempo - por ejemplo, alrededor del 40% de personas afectadas por una catástrofe seguían rumiando sobre el tema 16 meses después de ésta (Horowitz,1986; Steinglass & Gerrity,1990).

Tercero, las personas que han sufrido de hechos traumáticos tienden a evitar pensar, conducirse o sentir en relación con lo sucedido. Además de la evitación cognitiva y conductual de todos los estímulos asociados a lo ocurrido, se suele presentar un embotamiento o anestesia afectiva, lo que les dificulta captar y expresar emociones íntimas. Por ejemplo, los excombatientes de Vietnam tenían dificultades para establecer relaciones íntimas (Davidson & Baum,1986).

También se han realizado estudios de PTSD en países en vías de desarrollo. La investigación de Lima y sus colaboradores que identificó síntomas del estrés post-traumático, después del desastre en Armero (Colombia), encontró que el 54% de los afectados reunía los criterios para el trastorno de PTSD. De la misma forma, en el terremoto en ciudad de México, evaluado a las 10 semanas, el 32% de los damnificados presentaba síntomas de PTSD (Marsella, Friedman, Gerrity, y Scurfield, 1997). Esto evidencia que el trastorno por PTSD tiene cierta validez transcultural.

Una de las críticas frecuentes al PTSD es que generaliza el síndrome encontrado en poblaciones occidentales a poblaciones de América, Africa y Asia. Mientras que las reminiscencias, la hiperreactividad, y en menor medida la evitación conductual, eran frecuentes según informantes claves entre refugiados mayas de Guatemala, la evitación cognitiva y la inhibición o anestesia afectiva no lo eran (Martín Beristain, Valdosedá y Páez, 1996). La hiperactividad y las reminiscencias parecen tener una base neurobiológica y son respuestas emocionales más simples, mientras que la anestesia afectiva y a la evitación son respuestas más complejas. Estas últimas probablemente se ven más afectadas por cómo las personas evalúan e interpretan los hechos en cada cultura y muestran una menor generalidad (Friedman y Jaranson, 1994). En síntesis, sobre la base de la evidencia con refugiados asiáticos y latinoamericanos, podemos pensar que las reminiscencias y la hiperreactividad son respuestas ante hechos

traumáticos que estarán presentes generalmente en refugiados o personas afectadas por catástrofes en distintas culturas (Martín Beristain y Donà, 1997).

La expresión cultural del estrés socio-psicológico posterior al desastre se ve fuertemente influenciada por la cultura. Por ejemplo, después de una catástrofe en Puerto Rico la alteración emocional se categorizó y expresó bajo la forma de "ataque de nervios". Los síntomas más típicos del "ataque de nervios" son periodos o sobresaltos de llanto y gritos. Así un 13,8%, de la muestra representativa de la catástrofe puertorriqueña, informó de haber sufrido "ataque de nervios". 9 sobre 10 de las personas que informaron haber sufrido "ataque de nervios" recibieron diagnóstico psiquiátrico del DSM. Esto muestra la importancia de tomar en cuenta el conocimiento cultural previo para entender la respuesta ante el desastre y así organizar la asistencia en el período de recuperación (Oliver-Smith, 1986).

---

Insertar aquí Tabla 6

---

Como se puede observar en la tabla 6, la cual sintetiza los resultados generales de un número de estudios sobre los desastres producidos por el hombre y por la naturaleza, en el primer año el nivel de alteración (reflejando niveles de estrés post-traumático, ansiedad y depresión) es del 45% para la población directamente afectada y en el 2º año esta media baja a un 40%. Esta tendencia a la disminución puede venir alterada por contextos desfavorables, por ejemplo en un estudio llevado a cabo por un equipo de psiquiatras (en Santacruz -1993, citado en Saavedra, 1996) a los siete meses de la catástrofe de Armero, un 50% de los sobrevivientes, que se encontraban en centros de acogida y campamentos, se mostraba afectado por síntomas de PTSD. En evaluaciones posteriores, al año y medio y dos años, ese porcentaje aumentó, en vez de disminuir, hasta un 67% y 70%, respectivamente. Según Saavedra (1996) la explicación se encuentra en la situación de los sobrevivientes que permanecieron en campamentos y carpas hasta los dos años, con ausencia de privacidad, sin incentivos y con trato asistencial y paternalista.

La información para los siguientes años es limitada, aunque lo que se conoce es que esta alteración puede ser elevada en ciertas circunstancias. Estos datos sugieren que es clara la necesidad de apoyo, ya que para mucha gente los niveles de estrés no se desvanecen con el tiempo, aunque un 60% de las víctimas no presentan alteraciones graves tras el periodo de dos años (Hodgkinson y Stewart, 1991).

Los niveles de PTSD, ansiedad y depresión varían de un estudio a otro. Así, las personas afectadas por sucesos provocados por el hombre presentan un mayor número de síntomas de estrés, los cuales persisten durante más tiempo (Raphael, 1986). Efectivamente, la revisión sobre los estudios de seguimiento referentes a desastres ha mostrado que niveles similares de trastorno psicológico se presentan en las personas expuestas a desastres naturales y a sucesos provocados por el hombre -después de un año. Sin embargo, tras ese tiempo, persisten, en mayor medida, las dificultades para los supervivientes de desastres provocados por el hombre. La explicación de esta duración se puede apoyar en que las personas expuestas a estos sucesos tienen una mayor sensación de pérdida de control que las personas que han experimentado desastres naturales. Muchos de los hechos traumáticos provocados por el hombre alteran la visión positiva de sí y de los otros, ya que, frecuentemente, las víctimas han sido denigradas y/o violadas en su dignidad.

Algunas teorías proponen que las reminiscencias y el pensar repetidamente sobre lo ocurrido sirve para asimilar la catástrofe. Sin embargo, en un estudio prospectivo se encontró que las personas que rumiaban o pensaban más repetidamente sobre su estado de ánimo después de un terremoto, mostraban una mayor depresión, aún controlando su nivel inicial de alteración afectiva. Resultados similares se han encontrado en relación con las pérdidas humanas: las personas que más rumian sobre su estado de duelo, se demoran más en recuperarse. Hay que señalar que las personas que tienden a reprimir sus sentimientos y a evitar pensar, también sufren de periodos de pensamientos recurrentes, por lo que la inhibición y la rumiación se consideran asociadas en un mismo proceso disfuncional (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991; Nolen-Hoeksema, McBride y Larson, 1997).

Las peculiaridades de distintos tipos de catástrofes tecnológicas o accidentes masivos pueden también caracterizar las reacciones y problemas que muestran los sobrevivientes. Las características de los desastres de transporte (terrestre, aéreos o marítimos) se sintetizan en el cuadro IV (Hodgkinson, 1988).

---

Insertar aquí Cuadro IV

---

Los desastres de intoxicación y envenenamiento ambiental generan ansiedades masivas en las comunidades. Por ejemplo, en Nueva Zelanda ante la amenaza de un desastre tóxico mucha gente fue al médico con síntomas de dolor de cabeza, de debilidad, de náuseas y

de confusión. Aunque no se encontró ningún caso de envenenamiento real por fosfato es muy probable que esta epidemia de síntomas reflejara los altos niveles de ansiedad que la amenaza de intoxicación química había provocado en la comunidad (Hodgkinson y Stewart, 1991).

El trastorno por la colza (aceite tóxico) en España (López-Ibor et al, 1985) fue un desastre por intoxicación en el que hubo 20.000 personas implicadas, con un resultado de 349 muertes y numerosas invalideces. Se determinó que la tragedia fue producida por aceite adulterado vendido como aceite de oliva. Los pacientes supervivientes a la fase aguda de la enfermedad han sufrido problemas de parálisis, atrofia y de infección, así como una destrucción del núcleo familiar como consecuencia de la muerte de familiares. Un tercio de las personas afectadas fueron derivadas a ayuda psiquiátrica, más del 71% eran mujeres, las cuales experimentaron angustia, tristeza y depresión. La mitad sufría de irritabilidad e insomnio y un 20% sufría de inestabilidad, pérdida de la memoria a corto plazo, pérdida de concentración y pérdida de vitalidad. El grado en que la catástrofe es el elemento clave en provocar estas alteraciones se ve reflejado en el hecho de que las tres cuartas partes del grupo atendido no tenía historia previa de tratamiento psiquiátrico (Hodgkinson y Stewart, 1991).

A largo plazo, otros dos efectos psicológicos de las catástrofes son: "la marca de la muerte" y la estigmatización del sobreviviente. El estudio psicológico de Lifton (1983) muestra que los hibakusha (supervivientes de la bomba atómica en Hiroshima y Nagasaki) se hallaban "inmersos" en la muerte. Nadie entendía lo que había pasado, era incomprensible la causa de aquella destrucción total, el horror al ver a familiares y amigos tirados en el suelo sin vida y en condiciones escalofriantes o clamando ayuda que nunca llegó. Esta es una experiencia demasiado espantosa para ser curada con el tiempo. El instinto de supervivencia sufrió un colapso, así muchos hibakusha pasaron el resto de sus vidas atormentados por los sentimientos de culpa al haber tenido que abandonar a sus seres queridos para salvar sus propias vidas. La descomposición absoluta del entorno afectivo les ha hecho asumir, junto con los efectos psicológicos duraderos, que el suyo ha sido "un encuentro permanente con la muerte", a la cual están sujetos para toda la vida. Además, los hibakusha no han recibido ningún reconocimiento oficial o han tenido un reconocimiento insuficiente de su sufrimiento durante años, convirtiéndose en un grupo estigmatizado y aislado (Hodgkinson y Stewart, 1991).

Por último, otro efecto psicológico a largo plazo es la "culpa del sobreviviente". Muchos supervivientes de grandes catástrofes se cuestionan porqué él o ella han sobrevivido, mientras otros no lo han hecho. Se habla de una culpa existencial cuando la persona, de forma general, reflexiona: "por qué a mí", "por qué yo" o "por qué Dios me eligió". En segundo



término, se habla de una culpa más focalizada en acciones reales: “por qué no salvé a más gente” o “por qué no realice esta acción que hubiera permitido que mi hijo no muriera” (Hodgkinson y Stewart, 1991).

La culpa del superviviente también se ha asociado a la pandemia de SIDA, en particular en las comunidades de homosexuales. Así se habla de reacciones de duelo complicado, de un miedo incrementado ante la muerte, de la discriminación y miedo a su propia sexualidad, aislamiento social y de una falta de interés por compartir con otras personas lo ocurrido. En una investigación (Baer, 1989) sobre una muestra de gays alemanes afectados por el SIDA se confirmó que, haber perdido un amigo cercano o una pareja por SIDA, la negación sobre los efectos que el SIDA tiene sobre su propia vida y el sentimiento general de desmoralización, están asociados significativamente a síntomas de estrés post- traumático.

La desmoralización se produce en situaciones de grave estrés ambiental, por ejemplo ante una catástrofe o violencia. Las comunidades que sufren estas experiencias estresantes han mostrado tener un alto nivel de desmoralización, además es probable que una persona desarrolle desmoralización cuando encuentre que no puede enfrentar las demandas que el ambiente le exige o cuando los resultados de un problema social no responden a sus expectativas.

## **7.2. Catástrofes y Sesgos Cognitivos**

Desde una concepción más sociocognitiva, Janoff-Bulman define las catástrofes como hechos traumáticos que alteran profundamente el conjunto de creencias esenciales de las personas sobre sí mismas, el mundo y los otros (Janoff-Bulman,1992).

En el ámbito implícito, en lo referente al mundo social, las personas tienden a creer que éste es benevolente, que las personas son buenas. Igualmente, creen que el mundo tiene sentido, que las cosas no ocurren por azar y que son controlables (ilusión de control) y que las personas reciben lo que se merecen, es decir, que lo que les ocurre es justo (creencia en el mundo justo) (Janoff-Bulman,1992).

En general, las personas también tienden a tener una imagen positiva de sí, de su pasado y de su futuro, sentir más emociones positivas que negativas, tendiendo a recordar más hechos positivos sobre sí mismos. Creen que sus opiniones y emociones son compartidas por la mayoría o por un número grande de personas (fenómeno del falso consenso). Creen que, respecto al nivel de capacidades y habilidades, están entre los más capaces (fenómeno de ilusión de control y de falsa unicidad). Además, se sienten relativamente invulnerables y

tienden a predecir que su futuro es positivo, que tienen menos probabilidades que la persona media de sufrir hechos negativos y más probabilidades de que le ocurran hechos positivos (Taylor & Brown,1988; Páez, Adrián & Basabe,1992; Janoff-Bulman,1992). Este conjunto de sesgos cognitivos caracteriza más fuertemente a las culturas individualistas occidentales que a las culturas colectivistas asiáticas (Markus et al,1996).

Los sesgos positivistas sobre sí mismos y el grupo no se dan en todas las culturas. Markus et al. (1996) han encontrado que los americanos, que viven en ciudades que son vulnerables ante el terremoto, estiman que su vecindad está mejor preparada que la media. En cambio japoneses, que viven en lugares afectados por terremotos, muestran el patrón opuesto, es decir piensan que las vecindades de alrededor están mejor preparadas que la suya para enfrentar los terremotos. De la misma manera, en una investigación se encontró que la relación entre una visión fatalista de lo ocurrido y el tomar menos medidas de seguridad y conductas de prevención ante catástrofes se daba únicamente entre personas norteamericanas. Vale decir que el fatalismo se asociaba a una actitud de impotencia o abandono en el caso de las personas individualistas (Norteamericanos), pero no ocurría lo mismo con las personas colectivistas (Asiáticos).

Las personas que han sido víctimas de hechos traumáticos tienen una visión más negativa sobre sí mismo, el mundo y los otros. Mientras que las personas que han sido víctimas de catástrofes naturales tienden a creer menos que el mundo tiene sentido, las que han sido víctimas de hechos provocados por seres humanos tienden a percibir el mundo social más negativamente, como menos benevolente, y se ven a sí mismos más negativamente -comparadas con personas que no han sido afectadas por hechos traumáticos. Estas diferencias se manifiestan hasta pasados 20-25 años del trauma. Sin embargo, la mayoría de supervivientes de catástrofes, incluyendo traumas sociopolíticos extremos, como los campos de concentración, se encuentran bien adaptados años después (Janoff-Bulman,1992).

Muchos de los informes que dan las personas sobre las catástrofes se ven teñidos por los sesgos positivistas sobre la imagen de sí antes mencionados. Las personas que huyen y sienten miedo tienden a sobrestimar el pánico y miedo colectivo -creen que más personas sintieron miedo y escaparon, es decir, manifiestan un sesgo de falso consenso sobre sus sentimientos y conductas ("lo hice, pero todo el mundo lo hace"). Un estudio sobre una inundación en EE.UU. mostró que las personas que habían huido y sentido miedo tendían a pensar que otras personas compartían su vivencia y conducta, comparados con las personas que no habían huido (Danzig, Thayer & Galanter, reproducidos en Marc, 1987).

Por otro lado, las personas tienden a pensar que se enfrentaron a la catástrofe mejor que la mayoría. Por ejemplo, el 40% de las personas entrevistadas sobre su vivencia de una catástrofe dijeron haber vivenciado miedo, mientras que percibieron que un 60% de los otros lo vivenciaron, manifestando que ellos sintieron miedo en menor medida que los otros (Páez, Arroyo y Fernández, 1995).

Como dijimos, las personas manifiestan una ilusión de invulnerabilidad. Los procesos que explican esta ilusión de invulnerabilidad son: a) la falta de experiencia directa, b) el compartir valores individualistas que refuerzan una imagen de sí independiente, c) el tener un estereotipo sobre el tipo de personas que son víctimas de accidentes y creerse diferentes de ellos y d) el manejo de la ansiedad - a mayor gravedad del hecho amenazante, como una forma de reducir la ansiedad, las personas creen menos probable que les ocurra a ellos (Van Der Pligt, 1995).

Por ejemplo, después de experimentar un terremoto en California las víctimas perdieron su optimismo acerca de ser menos vulnerables que las personas similares a ellos, ante desastres naturales. Esta disminución de la ilusión de invulnerabilidad debida a la experiencia no se generalizó a otras áreas (no creían ser tan vulnerables como la media ante otro tipo de hechos negativos). Además, después de tres meses su ilusión de invulnerabilidad se había recuperado (Burger y Palmer, 1992).

### **7.3. Las fases individuales de trastorno tras las catástrofes**

Horowitz (1988) ha postulado que los individuos, tras una catástrofe, se enfrentan a una serie de etapas: choque y anestesia o bloqueo afectivo; una fase que alterna la negación y evitación con recuerdos intrusivos de la catástrofe; una fase de trabajo y de elaboración, que permite a la persona superar el impacto de la catástrofe; y una de asimilación.

Las revisiones del afrontamiento de hechos extremos sugieren las siguientes fases. En una primera fase, de alrededor de seis meses, las personas movilizan sus recursos psicológicos en relación con el hecho. Hay una alta activación fisiológica, un pensamiento obsesivo y fenómenos de ansiedad y enojo. Entre seis meses y un año y medio, se presenta un estado más estable, de disminución de la actividad fisiológica y de pensamiento. En esta fase se realiza el trabajo de duelo y aparece la depresión. Finalmente, después de un año y medio- dos años se finaliza el proceso de aceptación y desaparece el impacto afectivo. Estos periodos son más cortos para gente con experiencia previa y apoyo social (Pennebaker, 1990).

Por otro lado, no todos las personas que han sufrido catástrofes presentan trastornos psicológicos importantes en los meses y años posteriores a estos. De hecho, Silver & Wortman (1990) en su revisión de las respuestas a hechos traumáticos, encontraron que la mitad de las personas afrontaban lo ocurrido sin pasar por fases de enojo-ansiedad y de tristeza intensas, encontrándose psicológicamente bien años después. Un 18% presentaba duelo crónico y un 3% duelo postergado (no expresión al inicio, pero fuerte alteración después). Sólo un 30% seguía un proceso fásico de shock- alteración- duelo- recuperación, parecida a la postulada por Horowitz. En otros términos, sólo una parte minoritaria de las personas que afrontan sucesos negativos estresantes y catástrofes colectivas, pasan por esas diferentes etapas.

#### **7.4. Apoyo social y afrontamiento de catástrofes**

El apoyo social se asocia a una menor mortalidad y una mejor salud mental. La revisión meta-analítica de Schwarzer & Leppin (1991) citados en (Stroebe et al., 1993) que sintetizó 80 estudios epidemiológicos encontró que el apoyo social, objetivo y subjetivo o funcional, se asociaban a una menor depresión ( $r=-0,10$  y  $r=-0,27$  respectivamente) así como a una menor mortalidad ( $r=-0,07$ ). El apoyo social que valida y reconoce la experiencia traumática de las personas, y que ayuda a entenderla y darle un significado, parece ser muy importante para asimilar las catástrofes y los hechos traumáticos. Por ejemplo, los veteranos del Vietnam que tenían más apoyo social se sentían mejor (Davidson & Baum, 1986).

Los resultados del estudio con los vecinos del reactor nuclear de Three Mile Island (Bromet et al., 1982), mostraban que, un año y medio después del accidente, los residentes, en comparación con los vecinos de otros lugares no afectados, presentaban más signos de estrés, más síntomas físicos y ansiedad. Además, presentaban altos niveles de catecolaminas en sangre, las cuales están asociadas con el estrés. Las personas que manifestaban un menor nivel de estrés eran aquellas que se habían beneficiado de niveles moderados o altos de apoyo social; este apoyo reducía los efectos psicológicos y conductuales del estrés, pero no influenciaba las medidas hormonales. Según esto, el apoyo social permite afrontar con mayor eficacia la activación psicológica y reducir los efectos conductuales del estrés, sin embargo no afecta a la alteración hormonal, por lo cual no garantiza la eliminación de los efectos somáticos asociados al estrés.

Normalmente las personas que buscan apoyo social para confrontar hechos traumáticos tienen problemas para obtenerlo. Escuchar hechos negativos extremos se asocia a activación fisiológica y el compartir con personas depresivos induce estado de ánimo negativo, por lo que

podemos suponer que las personas evitan estas experiencias. La búsqueda de apoyo social en estas circunstancias "quema" la red social de las personas y aumenta sus problemas (Pennebaker,1990).

Además, las catástrofes actúan como estigmas, como hechos que marcan negativamente a la gente (las mutilaciones, por ejemplo; véase también lo comentado sobre las víctimas de Hiroshima y Nagasaki). Como dice Janoff-Bulman, las víctimas son un testimonio permanente de la malevolencia del mundo y de la eventual vulnerabilidad que tenemos ante el destino. Por esto es muy común que las personas reaccionen ante personas estigmatizadas de forma contradictoria: positivamente a escala verbal y en la evaluación formal, pero con signos no verbales de distancia y rechazo (Janoff-Bulman,1992). Además es bastante frecuente que personas que comparten una catástrofe o un hecho traumático no se puedan apoyar, por diferentes ritmos y estilos de duelo. Como ejemplo, es frecuente que las parejas que han perdido a un hijo se divorcien. Si a esto le agregamos que los próximos no saben qué decir, evitan hablar o esperan que la víctima tome la iniciativa, es posible suponer que el trabajo de apoyo social y afrontamiento de estos hechos es difícil. Además, la gente no expresa sus estados y experiencias negativas: a) ya sea por proteger al otro, b) porque no se les entendería su experiencia o c) porque es muy doloroso recordar los hechos traumáticos y se prefiere olvidarlos -estos eran los tres motivos dados por los sobrevivientes del Holocausto como explicación del porqué no habían compartido su experiencia traumática (Pennebaker, 1990).

Por otro lado, en lo referente a la aprobación social, las personas que "ponen al mal tiempo buena cara" son mejor evaluados y reforzados, que las personas que expresan lo afectadas que están por un hecho traumático (Silver, Wortman y Crofton, 1990)

#### **7.4.1. Formas de Afrontamiento Individual y Colectivo**

Cuando la gente se enfrenta a experiencias traumáticas desarrolla formas de enfrentar las pérdidas y las situaciones peligrosas y desafiantes. Esas formas de afrontamiento pueden ser más o menos positivas dependiendo del contexto y la persona, y pueden variar según la edad y la posición social. Determinadas formas de afrontamiento, generalmente, son más comunes entre mujeres (Davidson y Foa, 1991) y en víctimas de status socioeconómico bajo. La "respuesta instrumental" (por ejemplo, precauciones en casa y organizarse con los amigos y vecinos), es más común entre víctimas más jóvenes y con un nivel socioeconómico alto.

Una investigación desarrollada en la Comunidad Autónoma Vasca confirmó algunas de las formas de afrontamiento más utilizadas por las personas, ante una catástrofe natural. En

primer lugar, el "afrentamiento activo" que se caracteriza por una lucha ante el problema desarrollando un plan de actuación. También se utilizó frecuentemente el "afrentamiento focal racional", que consiste en concentrarse en el problema, esperando el momento adecuado para actuar. Posteriormente le siguen un "afrentamiento expresivo", o búsqueda de apoyo social, caracterizado por haber hablado con otros que tenían un problema similar y que manifestaron su rabia y enojo por el suceso que estaban sufriendo. Por último utilizaron en menor medida la "resignación" y la "evitación" como formas de afrontamiento. (Páez, Arroyo y Fernández, 1995)

El estudio llevado a cabo en Guatemala (ODHAG, 1998) sobre el afrontamiento de catástrofes humanitarias, ha revelado las siguientes dimensiones de afrontamiento positivo de las personas y comunidades afectadas por la violencia, debiéndose destacar que las tres primeras presentan componentes colectivos:

- a) *Afrentamiento directo y autocontrol*, fue la dimensión más importante, la que explicaba en mayor grado la experiencia de la gente, como un conjunto de mecanismos desarrollados para vivir en medio de la violencia. Este primer factor reunía el no hablar, las conductas de solidaridad, resignación, resistencia directa, búsqueda de información, autocontrol y contención.
- b) Una segunda dimensión estaba asociada al desplazamiento, el retorno y la reconstrucción de los lazos familiares (huir para defender la vida). Se trata de un *afrontamiento colectivo o comunitario de huida colectiva*.
- c) *Afrentamiento instrumental colectivo*, el cual reunía la precaución y vigilancia junto a la organización comunitaria y también se asociaba al desplazamiento colectivo al exilio o la montaña.
- d) La cuarta dimensión relacionaba la resistencia en situaciones límite, con el hablar y buscar consuelo. Este componente es más individual y supone un *afrontamiento emocional adaptativo* a las situaciones estresantes y traumáticas.
- e) El quinto factor reunía el compromiso sociopolítico y la reinterpretación positiva de lo ocurrido, es decir, las formas de comprometerse para tratar de cambiar la realidad. Globalmente es la dimensión de *afrontamiento cognitivo e ideológico*.

Respecto al afrontamiento de las pérdidas humanas se ha postulado que las conmemoraciones colectivas, y los ritos funerarios o de duelo, son funcionales para la asimilación de esas pérdidas asociadas a las catástrofes. La ausencia de ritos colectivos de despedida se supone que es un factor de riesgo para el duelo complicado. En algunos casos esos

ritos no pueden celebrarse por desconocer el paradero de las víctimas, en otros por el clima de miedo y violencia. Para los familiares los ritos cumplen las siguientes funciones: a) Mitigan la separación y permiten a las personas presentarles sus respetos a los muertos. b) Enfatizan la muerte como un hecho de cambio vital, confirman que la muerte es real. c) Los rituales facilitan la expresión pública del dolor y delimitan las fases del duelo. d) Nuevos roles sociales son asignados y los ritos delimitan el ritmo de reintegración en la vida social. Para los miembros de la comunidad los rituales: a) Facilitan la expresión pública del dolor y otras emociones. b) Permiten reconocer una pérdida. c) Ayudan a presentar sus respetos y honrar la memoria del muerto (Bowlby, 1980).

Hay investigaciones que confirman que las conmemoraciones colectivas son funcionales para la salud. Los padres y madres divorciados o viudas de jóvenes israelíes muertos por accidente de circulación mostraban mayor mortalidad que los padres y madres de hijos muertos en la guerra de Yom Kippur en 1973, quienes participaban anualmente en ceremonias de conmemoración a sus hijos caídos como héroes de la patria en Israel (Levav et al., 1988).

La participación satisfactoria en ceremonias de despedida, con parejas de personas fallecidas a causa de SIDA, predecía, doce meses después, un mejor estado de ánimo. Sin embargo, controlando el tiempo, la asociación entre la experiencia de las ceremonias de duelo y el estado de ánimo disminuía -correlación parcial con estados de ánimo positivo  $r=.16, p<.19$  ó  $r=.30, p<.05$  correlación bivariada (Weiss & Richards, 1997). La asociación entre ritos colectivos y los efectos positivos en la salud física y la ausencia de relación entre ritos y bienestar psicológico puede tener diferentes explicaciones. Por un lado, los factores que se correlacionan con la salud y conducta pueden no estar asociados con la experiencia emocional (Pennebaker, Mayne & Francis, 1997). Por otro lado, las conmemoraciones y los rituales refuerzan las reacciones emocionales y la movilización social, según argumentan diferentes autores como Durkheim, Collins y Kemper. Durkheim ratificó que los rituales intensificaban la emoción compartida y creaban un sentimiento de solidaridad. Los efectos son similares en los ritos positivos y la conmemoración de pérdidas: una efervescencia emocional mediante la comunión en una emoción colectiva; emerge un sentido de unidad con los otros; y, aún ante la muerte, se desarrolla un interés renovado en la vida y una confianza en la comunidad (Durkheim 1912/1982. Kemper, 1993).

Los resultados de la investigación sobre los efectos de la participación en duelos y ceremonias funerarias en Guatemala (ver tabla 7) confirman que las personas que participaron

en ellas manifestaban más (y no menos como se deduciría de la idea que los rituales actuarían como protectores ante el sufrimiento emocional) tristeza, miedo, sentido de injusticia, enojo y duelo intenso. Como se puede constatar en el gráfico I, sólo cuando las personas habían vivido traumas extremos, el haber participado en rituales disminuía el duelo intenso. Además, en el caso de las masacres, la demanda de realizar ritos según la cultura era muy importante, confirmando, en parte, el carácter funcional de las ceremonias ante las catástrofes humanitarias.

---

Insertar aquí Tabla 7 y Gráfico I

---

La participación en rituales funerarios no protegió contra las emociones negativas. Sin embargo, la participación en ritos se asoció a solidaridad y movilización colectiva, las personas que lo hicieron manifestaron más haber reconstruido el soporte social y haber ayudado más a otros. En otras palabras, la participación en ritos, tal como sugirió Durkheim, se asoció a emociones más intensas, así como a manifestaciones de una mayor cohesión y movilización social.

La revisión de Bolwby ya había mostrado que los ritos y el apoyo social protegían contra el aislamiento social, pero no contra el aislamiento emocional. A continuación en el cuadro V se sintetizan las claves para enfrentar los procesos de duelo. El estudio realizado en Guatemala (ODHAG, 1998) apunta también de manera clara que, dado el carácter de los hechos y la dinámica de la represión, la realización del duelo necesita no sólo realización de ritos y ceremonias, sino información clara sobre el destino de los familiares, a saber: reconocimiento público de los hechos y de la responsabilidad institucional, así como de la restitución social y dignificación de las víctimas.

---

Insertar aquí Cuadro V

---

En una revisión sobre los rituales funerarios en Africa, Pradelles (1996) concluye, de acuerdo con lo antes descrito, que éstos tienen relación con la separación del muerto del mundo de los vivos para convertirse en un ancestro, que garantizan el orden social y se asocian poco a los efectos psicológicos de la pérdida en las personas. Si los ritos hacen la muerte menos



aflictiva, es porque refuerzan la cohesión y el orden social - no porque disminuyan directamente el impacto psicológico de la pérdida. Pradelles atribuye esta sobre-estimación de las funciones psicológicas de los ritos a la concepción individualista del duelo, inspirada, entre otras fuentes, en el psicoanálisis.

#### **7.4.2. Catástrofes y efectos psicosociales positivos**

No hay que asumir que todas las respuestas que se desencadenan tras un desastre son negativas. En una investigación sobre la situación de los sobrevivientes de un tornado, un 84% afirmaba que su experiencia les había mostrado que ellos podían enfrentar la crisis mejor de lo que en un principio hubieran pensado y un 69% sentían que ellos habían enfrentado un gran desafío y que habían crecido y mejorado como personas después del suceso. Alrededor de un tercio, encontraron que las relaciones con sus amigos y familiares habían mejorado, y que su relación de pareja se había convertido en más satisfactoria. Aunque los sucesos producidos por el hombre presenten niveles de alteración más altos que las catástrofes naturales, algunas personas implicadas en tragedias tecnológicas también han experimentado hechos positivos. Por ejemplo, un 35% de gente que trabajó en un equipo de rescate tras un descarrilamiento comentó sentirse mejor, con relación a sus propias vidas, como resultado de su implicación en el hecho. En términos generales, la confrontación con la muerte puede revelar la importancia de otros aspectos de la vida, la capacidad que tiene uno de enfrentarse a hechos negativos y darse cuenta de las reales prioridades, así como de los aspectos positivos de sí mismo (Hodgkinson y Stewart, 1991).

De forma similar también se ha planteado que en situaciones negativas puede darse efecto de disminución de los problemas psicológicos, ya que aumentan la cohesión grupal. Clásicamente, al inicio de las guerras disminuyen los suicidios. Por ejemplo, una investigación en Irlanda del Norte, mostró que después del fuerte conflicto social de 1969 habían disminuido los porcentajes de suicidios y las tasas de depresión en la comunidad, probablemente como un efecto del conflicto intergrupal y la cohesión intragrupal que esto implicaba.

En el caso de Guatemala también se ha encontrado que las masacres colectivas no sólo tienen un impacto individual y comunitario mayor que los hechos represivos individuales, sino que también se ha hallado que las personas enfrentadas a masacres colectivas desarrollaron más formas de movilización social y de cohesión social. Por ejemplo, comparando a los sobrevivientes de masacres con las personas que no habían vivido masacres colectivas, éstas habían planteado (7,6% de los testigos, en relato libre), que era importante la búsqueda de la

verdad (como una demanda sociopolítica), mientras que las que habían vivido masacres colectivas lo sugirieron con una mayor frecuencia (12%). También se ha encontrado que la respuesta de organización comunitaria y de demanda de derechos humanos era más fuerte en la medida que las personas habían enfrentado una masacre colectiva (24%), que cuando habían enfrentado solamente represiones individuales (15%). En síntesis, las personas que han enfrentado una catástrofe colectiva, comparadas con las que han enfrentado represión individual, muestran mayor demanda de conocer la verdad, mayor organización comunitaria y mayor demanda de derechos humanos, manifestando, por tanto, una mayor movilización social (ODHAG, 1998).

## **8. ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y CATÁSTROFE**

Las personas tienen necesidad de dar sentido a los hechos traumáticos. La discusión sobre las causas, la posibilidad de prevención y la atribución de responsabilidades centran frecuentemente una parte de las reacciones posteriores a una catástrofe. Después de un desastre, la opinión pública tiende a atribuir la responsabilidad de lo ocurrido a un grupo concreto de autoridades o responsables, a los que se puede criticar y buscar que se les castigue (Darbek y Quarantelli, 1967, citado en Turner & Killian, 1972, p.48). La prensa juega un papel importante planteando la agenda de los posibles responsables. Muchas veces esa atribución de responsabilidades tiene un núcleo importante de verdad. Pero es frecuente también que tiendan a polarizarse y a seguir los prejuicios y estereotipos dominantes -contra grupos que usualmente sirven de chivos expiatorios, como fue el caso de los propietarios judíos de un local que se incendió en EE.UU. en los años 40 (Turner & Killian, 1972). Además, es frecuente que personas expuestas a situaciones extremas no logren generar una explicación plausible de lo ocurrido muchos años después (Janoff-Bulman, 1992).

### **8.1. Locus de control y adaptación**

Se ha encontrado que las personas que opinan que los sucesos están más sujetos a control externo tienden a dar diferentes respuestas que las personas que tienden a realizar más atribuciones internas.

En una serie de investigaciones, Ross y Nisbett (1991) encontraron que cuando en el parte meteorológico se afirmaba que el tornado se aproximaba, los norteamericanos “norteños” (con un locus de control más interno) era más probable que dijeran que ellos escuchaban más atentamente las noticias; en cambio los “sureños” tendían a decir que ellos miraban más el cielo

(se supone que mirar el cielo es menos adecuado para apreciar el grado real de peligro que atender las noticias por la radio o televisión). Cuando se les daba a las personas afirmaciones como “los supervivientes de una inundación...”, para que cumplimentaran la frase, las personas de culturas que enfatizaban el control interno de los acontecimientos era más probable que continuaran la frase indicando: “... los sobrevivientes necesitaban asistencia”. Mientras que los “sureños”, que creen más que los sucesos se deben a la suerte o a la voluntad divina, enfatizaban las emociones negativas que los sobrevivientes deberían sentir.

Aunque el fatalismo también puede llevar a la desorganización, hay que indicar, sin embargo, que la atribución de los hechos catastróficos a causas externas no siempre tiene efectos negativos. Así, diferentes investigaciones han examinado lo que ocurre cuando, por ejemplo, un desastre golpea a una familia. En algunos casos, las personas con una orientación más externa, más religiosa y que opinan que el hecho se debe a la mala suerte o a que Dios lo quiso, pueden reactivarse más rápidamente y regresar de forma más fácil a las vidas productivas (Ross y Nisbett, 1991).

La investigación antropológica inicial había sugerido que los pueblos tradicionales enfrentaban de forma bastante fatalista e inadecuada los desastres naturales o producidos por el hombre. Sin embargo la investigación sobre desastres naturales en la actualidad ha confirmado las capacidades adaptativas con que las culturas tradicionales responden a dichos sucesos (Oliver-Smith, 1996).

En síntesis, tanto los estudios sobre locus de control como las investigaciones antropológicas, confirman que aún las culturas con una cierta “aproximación fatalista” tienen una capacidad de resistencia y de enfrentamiento importante ante los desastres naturales.

## **9. CATÁSTROFES Y MOVIMIENTOS SOCIALES**

Fritz describe cómo, en algunas condiciones, los desastres pueden tener efectos constructivos sobre el sistema social. La comunalidad del peligro, la claridad sobre la necesidad de acciones reparadoras comunes y las interrupciones del estatus quo, pueden combinarse para eliminar las diferencias de estatus y promover el cambio y la solidaridad en la comunidad. Incluso las instituciones internacionales reconocen que durante los momentos de crisis se da una activación de las redes de apoyo que debe ser tomada en cuenta en los procesos de reconstrucción (UNDP, 1994).

En efecto, los desastres también son contextos para la reorganización social, p.e. en el terremoto de ciudad de México de 1985, una serie de organizaciones vecinales se organizaron y movilizaron para exigir mejoras sociales. A este respecto, las evaluaciones de los impactos de las catástrofes han mostrado que los desastres tienden a acelerar los cambios sociales que se estaban produciendo antes de dichos sucesos (Oliver-Smith, 1996). De forma similar, la investigación en Guatemala (ODHAG, 1998), informe REMHI (Recuperación de la Memoria Histórica), sugirió que el desastre humanitario provocado por la represión del ejército produjo una enorme destrucción, pero que la presencia de organizaciones sociales era muy similar años después, debido a los esfuerzos realizados por los propios afectados.

Sin embargo, en otros muchos casos, las dificultades de la reconstrucción social después de un desastre o las expectativas sociales defraudadas en un contexto de post-guerra y de crecientes dificultades económicas, pueden suponer nuevas experiencias traumáticas y desesperanza que induzcan a la desmovilización colectiva (Martín Beristain & Dona, 1997).

En muchas situaciones post-catástrofe o post-guerra las víctimas y sobrevivientes han creado sus propias formas de apoyo o incluso movimientos basándose en determinadas reivindicaciones sociales. Los movimientos y organizaciones surgidos en esas situaciones combinan distintos intereses y fines sociales. Básicamente tres: 1) gestión de las ayudas y demandas. 2) apoyo mutuo entre los sobrevivientes. 3) denuncia y lucha política.

En la fase de reconstrucción los movimientos organizados por las víctimas y grupos de apoyo están centrados en la gestión de las ayudas materiales para la reconstrucción, incluyendo las demandas al Estado. A pesar de que muchas veces los programas institucionales de reconstrucción declaran como uno de sus objetivos la participación de los afectados (Harrell-Bond 1986), frecuentemente dicha participación se ve limitada por la orientación asistencial o paternalista y es fuente frecuente de conflictos (Saavedra, 1996). En los últimos años, las ONG se han convertido en nuevos actores de esos procesos, gestionando parte de las ayudas, contando con una mayor cercanía a la gente y menor burocracia en su estructura. Sin embargo, la descoordinación, la competitividad y la mira puesta en las fuentes institucionales de recursos pueden hacer de ellas un nuevo engranaje en el control de las poblaciones afectadas en las crisis donde interviene la ayuda humanitaria.

Frecuentemente los criterios en la gestión de las ayudas, el seguimiento de los acuerdos y las reivindicaciones hacia los gobiernos forman parte de la acción de organizaciones de afectados por el desastre. Éstas tienen habitualmente una vida limitada, hasta que se finaliza la gestión de las ayudas o el proceso de reconstrucción (como en el caso del volcán de Armero).

Sin embargo, en otros casos, el proceso de reconstrucción supone también el surgimiento de nuevas organizaciones sociales que tienen sus miras puestas más allá, como en el caso del terremoto en Guatemala en 1976, donde una combinación de toma de conciencia sobre la injusticia social, la presencia de organizaciones políticas y el apoyo de la Iglesia, conllevaron un rico proceso organizativo en las comunidades indígenas (ODHAG, 1998).

Además de promover formas de ayuda material, algunas organizaciones de los afectados nacieron por la necesidad de contar con una red funcional y de confianza, percibida por las personas como una fuente de apoyo y comprensión. A pesar de las dificultades que las personas afectadas por una experiencia traumática pueden tener para apoyarse mutuamente, por tener distintos ritmos y estilos de duelo, también pueden tener mayor capacidad de ayuda debido a la identificación mutua. La experiencia de movimientos de ayuda mutua, como en el caso de organizaciones anti-SIDA en todo el mundo, es una muestra de la importancia de la autoayuda como factor de movilización colectiva.

Desde el punto de vista psicológico, los procesos de ayuda mutua incluyen: la objetivación y el análisis de la realidad; el sostén mutuo; el reconocimiento de sentimientos y vivencias escondidas; la generalización de las experiencias; la búsqueda e integración de soluciones; el desarrollo de acciones comunes para enfrentar los problemas; el desarrollo de actividades sociales gratificantes (Heap, 1985). Estos grupos también constituir espacios sociales de encuentro y crecimiento personal que no siempre se focalizan en las experiencias traumáticas, sino en los problemas de adaptación a la nueva realidad o los cambios en su rol social, como los grupos de mujeres creados por la red de Marie Stopes International en Bosnia después de la guerra (Jones, 1995).

Por último, en otros casos, especialmente en las situaciones de catástrofe sociopolítica, los movimientos de las víctimas se orientan hacia las demandas de justicia, el apoyo mutuo entre los sobrevivientes y la defensa de los derechos humanos, constituyendo formas de coping colectivas, aunque tampoco están exentas de los problemas habituales de organizaciones sociales como las dificultades de liderazgo, el riesgo de estigma, el miedo a participar o los conflictos internos.

Algunas de estas experiencias combinan la gestión de ayudas a los familiares con la reconstrucción de la memoria colectiva, como en el caso de la masacre de Trujillo (AFAVIT, en Colombia) (Justicia y Paz, 1997). Otras están más orientadas al apoyo mutuo y la reivindicación política, como en el caso de las Madres y Abuelas de Plaza de Mayo (Kordon, Edelman et al, 1986) y las Asociaciones de Familiares de Desaparecidos en muchos países de

América Latina y Asia. Algunas asociaciones de veteranos de la guerra del Vietnam han combinado el apoyo a los sobrevivientes con la lucha en contra de la guerra y la implicación, en el caso de EEUU por ejemplo, en la guerra de El Salvador. Estas experiencias constituyen formas colectivas de enfrentar las consecuencias de los hechos traumáticos, de reconstruir los tejidos sociales y muchas veces de luchar contra las causas del sufrimiento. La ayuda humanitaria se enfrenta al desafío de reforzar el tejido social y apoyar las formas de apoyo mutuo entre la población.

## **10. ELEMENTOS PARA LA INTERVENCIÓN**

En el momento mismo de la catástrofe se ha sugerido que a todos los sobrevivientes se les debería ofrecer un servicio de ayuda, que evite la estigmatización de la persona como víctima o enfermo. Así, las siguientes orientaciones se postulan como importantes:

1. Apoyo y escucha, una actitud de escucha, acogida y apoyo es fundamental en el momento de contactar con los afectados por la catástrofe.
2. Ayudar a enfrentar lo sucedido, se debe ayudar a la persona a comprender su experiencia para que así pueda reconstruir su mundo cognitivo. Es decir, que le permita restaurar su sentido de control sobre el medio, de forma tal que no se sienta victimizado por un mundo que sea meramente azar o amenazante.
3. Comprender las reacciones emocionales, se debe reasegurar al sobreviviente que las reacciones emocionales tan fuertes que él ha vivido, o que lo sobrepasan, son habituales, y que son las reacciones normales que se desencadenan tras un suceso catastrófico. Entre las reacciones normales, que se mencionan clásicamente, están las siguientes: el miedo, una sensación de desesperanza, la tristeza, la nostalgia por los que se han ido, sentimiento de culpa, la vergüenza, el enojo, el preguntarse porqué él ha sobrevivido, recuerdos y reminiscencias sistemáticas de las personas que se han perdido y sentimiento de decepción. También hay que ayudarlo a entender que dichos sentimientos son particularmente fuertes si mucha gente ha muerto, si las muertes fueron súbitas o violentas, si los cuerpos no han sido recuperados, si existía una relación muy estrecha con la persona que falleció, o si la relación con la persona que murió estaba en un estadio difícil.
4. Normalizar las reacciones físicas, tales como: cansancio, falta de sueño, pesadillas, pérdida de memoria y concentración, palpitaciones, temblores, dificultades para respirar, nudo en la garganta, náuseas, diarrea, tensión muscular que puede conducir hasta el dolor, dolores de

cabeza, espalda o cintura, trastornos menstruales y cambios en el interés sexual. Todas éstas son reacciones físicas, bastante comunes, producidas por el estrés.

5. Valorar los cambios de las relaciones sociales, ayudar a los sobrevivientes a identificar los cambios en las relaciones familiares y sociales, incluyendo los cambios positivos como organizar nuevas amistades y grupos en relación con lo sucedido.
6. Prever las tensiones posteriores, que pueden aparecer en las relaciones sociales. La gente a veces se siente decepcionada por la falta de apoyo y comprensión de los que le rodean. Además se ha encontrado que los accidentes son más frecuentes después de episodios de estrés severos (Hodgkinson y Stewart, 1991). Por ello es importante reestructurar cuanto antes la vida cotidiana y organizar las formas de apoyo. Por ejemplo, en el desastre del río Páez, que afectó a comunidades de indios paeces y guambianos, comunidades negras, católicas y evangélicas, la resolución de conflictos fue parte esencial del proceso de reconstrucción (Wilches, 1995). En otras ocasiones, como en el caso de la masacre de Xamán, los conflictos preexistentes pueden resurgir posteriormente, y verse afectados por el impacto de los hechos o de la ayuda, en las etapas de reconstrucción (Cabrera, Martín Beristain y Albizu Beristain, 1998).
7. Las siguientes actividades también pueden permitir que los hechos y los sentimientos resulten más fáciles de afrontar: a) Favorecer las actividades para estar activo y ayudar a los otros permite mejorar el estado de ánimo. Sin embargo, la hiperactividad es negativa e impide que la persona se ayude a sí misma. b) Confrontar la realidad, asistiendo a los funerales, inspeccionando las pérdidas o volviendo al escenario, puede ayudar a las personas a enfrentar lo ocurrido. c) Recibir ayuda de otra gente es positivo, así como hablar sobre lo ocurrido. Aunque los consejos de tratar de olvidar y seguir adelante pueden estar cargados de buenas intenciones, muchas veces resultan negativos ya que supone una tarea imposible y transmite una falta de comprensión del otro. d) Algún grado de privacidad para enfrentar los sentimientos es importante.
8. Equipos de ayuda como testigo, el equipo de ayuda actúa como un testigo, ante el cual la víctima de la catástrofe puede contar lo que ha sucedido, de forma que el testigo acepte lo que ha ocurrido, valide su realidad y sirva como una forma de protesta legal, o como un modo de poder explicar y transmitir lo sucedido, sobre todo en el caso de las catástrofes sociopolíticas. Esto ayuda, tanto en el sentido de descarga emocional y reestructuración cognitiva, como en el sentido de dejar un testimonio que tenga valor social, y supone un desafío que los profesionales tienen que enfrentar (Hodgkinson y Stewart, 1991; ILAS,

1996; ODHAG, 1998).

9. Controlar el impacto de la ayuda humanitaria, evaluando y controlando los efectos negativos de la ayuda, en particular la reacción de dependencia. Algunas formas de hacerlo son: a) tener en cuenta el impacto local de la ayuda en las relaciones de poder, las diferencias sociales etc. b) establecer consenso y claridad sobre los criterios de la ayuda c) atender a las demandas de la gente, estableciendo formas de participación de los afectados d) apoyar las formas de organización propias e) asegurar el control efectivo de la ayuda f) potenciar los sistemas de apoyo mutuo y las redes de solidaridad, en vez de crear dependencia (ODHAG, 1998).

### **10.1. Evaluación de la eficacia de la entrevista de debriefing sobre incidentes críticos estresantes (CISD)**

En el cuadro VI presentamos la evaluación sobre la eficacia de la entrevista de debriefing ("desindoctrinación").

---

Insertar aquí Cuadro VI

---

### **10.2. Intervenciones a largo plazo para las víctimas que muestran sufrimiento psicológico**

Se ha planteado que los tratamientos de grupo a personas con importante sufrimiento psicológico, como estrés post-traumático entre otros, presentan una serie de ventajas (Martín Beristain y Riera, 1993):

1. Al estar en grupo la persona se encuentra menos aislada y disminuye el sentido de unicidad (de ser "especial") que afecta frecuentemente a las víctimas, lo que se asocia también con la provisión de un sentido de comunidad y de apoyo social.
2. Se reduce los sentimientos de estigma y se restaura la autoestima.
3. La confrontación con otros que han sufrido la misma experiencia, y que realmente saben de lo ocurrido, es más aceptable y más real. A este respecto, muchas personas que han padecido un trauma se sienten incomprendidas o rechazan las afirmaciones de la gente que no lo han vivido, porque éstas desconocen lo que eso significa en sus vidas (Pennebaker, 1994).
4. El grupo permite un pensamiento emocional en un contexto de apoyo y de comprensión.



5. El grupo también admite expresar las emociones de forma más regulada.
6. El grupo da modelos de enfrentamiento adaptativo.
7. El grupo puede ayudar a los participantes a llevar adelante cambios o buscar soluciones a problemas comunes.

Sin embargo, las evaluaciones de programas de tratamiento en grupo para personas con estrés post- traumático, en general, muestran que aunque las personas los han evaluado positivamente pero el impacto real en los síntomas no ha sido tan positivo (Hodgkinson y Stewart, 1991).

Pero, por otra parte, en la revisión de los estudios sobre la eficacia de las intervenciones de los grupos de autoayuda en duelo complicado, asociado a catástrofes y también a pérdidas traumáticas, 4 de los 6 estudios (que comprendían un grupo control) mostraban un efecto positivo de los grupos de autoayuda. (Lieberman, 1993).

Además, cabe indicar que la mayoría de los estudios han encontrado resultados positivos, en particular entre la gente que estaba en riesgo de desarrollar un duelo patológico. Asimismo los estudios indican que los tratamientos con respecto a duelo complicado, asociado a catástrofes y a traumas, muestran mejores resultados de salud y una recuperación mejor, para las personas que han seguido la intervención en relación con las que han estado en una situación control. Las intervenciones focalizadas en las personas son más útiles al inicio del duelo, en cambio las intervenciones que se centran sobre la reinserción de las personas afectadas por las catástrofes son adecuadas más adelante.

## BIBLIOGRAFÍA

- Baer, J.W. (1989). Study of 60 patients with Aids or AIDS-related complex reacquiring psychiatric hospitalization. **American Journal of Psychiatry**, **146**, 1285-1288.
- Bowlby, J. (1980). **Attachment and Loss**. Vol. III. Loss, sadness and depression. New York: Basic Books.
- Bravo, M.; Rubio, S.M.; Canino, G.; Woodbury, M. y Rivera, J.C. (1990). The psychological sequel of disaster stress prospectively and retrospectively evaluated. **American Journal of Community Psychology**, **18**, 661-680.
- Bromet, E. J; Schulberg, H.C. y Dunn, L.O. (1982). Reactions of psychiatric patients to the Tree Mile Island nuclear accident. **Arch. Gen. Psychiatric**, **39**, 725-730.
- Burger, J.M. y Palmer, M.L. (1992). Changes in and generalization of unrealistic optimism following experiences with stressful events: Reactions to the 1989 California earthquake. **Personality and Social Psychology Bulletin**, **18**, 39-43.
- Cabrera, M.L.; Martín Beristain, C. y Albizu Beristain, J. (1998). **Esa tarde perdimos el sentido. La masacre de Xamán**. Guatemala: Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala.
- Crocq, L.; Doutheau, C. y Sailhan, M. (1987). Les réactions émotionnelles dans les catastrophes. **Encyclopédie Médico Chirurgicale- Psychiatrie**, **37113 D**, 2-8.
- Davidson, L. M. y Baum, D. (1986). Implications of Post-Traumatic Stress for Social Psychology. **Journal of Applied Social Psychology**, **6**, 207-233.
- Davidson, J.T. y Foa, E. A. (1991). Diagnostic Issues in Post- Traumatic Stress Disorder. **Journal of Abnormal Psychology**, **100**, 346-355.
- Deahl, M.P. et al (1994). Psychological sequelae following the Gulf War: factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing. **British Journal of Psychiatry**, **265**, 60-65.
- De Girolamo, G. y McFarlane, A.C. (1997). The epidemiology of PTSD: A comprehensive review of the international literature. En A. J. Marsella, M. J. Friedman, E. T. Gerrity y R.M. Scurfield (Eds). **Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder**. Washington: American Psychological Association.
- Delumeau, J. (1993). **La peur en Occident**. Paris: Fayard.
- Durkheim, E. (1912/1982). **Las formas elementales de la vida religiosa**. Madrid: Akal.
- Echeburua, E. (1992). **Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad**. Madrid: Pirámide.
- Eisenbruch, M (1990). Cultural bereavement and homesickness. En Fisher y S. Cooper (Eds). **On the move: the psychology of change and transition**. London: John Wiley and Sons.
- Eisenbruch, M (1991). From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: diagnosis of Southeast Asian refugee. **Social Sciences Medical**
- Evans, R.J. (1988). Epidemics et Révolutions. En J.P. Bardet et al: (Eds.). **Peurs et Terreurs face à la contagion**. Paris: Fayard.
- Friedman, M. y Jaranson, J. (1994). The applicability of the posttraumatic stress disorder concept of refugees, En A. J. Marsella, T. Bornemann, S. Ekblad y J. Orley (Eds). **Amidst perit and pain: the mental health and well-being of the world's refugees**. Washington: American Psychological Association.
- Fritz, C.E. (1961). Disaster. En R.K. Merton y R.A. Nisbet (Eds.). **Contemporary Social Problems**. New York: Brace and World.
- Green, B. L. (1997). Cross-National and ethnocultural issues in disaster research. En A. J. Marsella, M. J. Friedman, E. T. Gerrity y R.M. Scurfield (Eds). **Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder**. Washington: American Psychological Association.
- Gleser, G. y Green, B. (1981). **Prolonged psychosocial effect of disaster**. New York: Academic Press.
- Guillain, R. (1979). **La guerre su Japon**. Paris: Stock.
- Harrell-Bond, B. (1986). **Imposing Aid: Emergency Assistance to Refugees**. Oxford: OUP.
- Heap, K. (1985). **La pratica del lavoro sociale con i gruppi**. Roma: Astrolabio.
- Heine, S. J. y Lehman, D. R. (1995). Cultural variation in unrealistic optimism: Does the West feel more invulnerable than the East?. **Journal of Personality and Social Psychology**, **68**, 595-607
- Hodgkinson, P.E. (1988). Psychological aftereffects of transportation disaster. **Medical Sciences Law**, **28**. 304-308.
- Hodgkinson, P.E. y Stewart, M. (1991). **Coping with catastrophe. A handbook of disaster management**. London: Routledge.
- Horowitz, M. (1986). **Stress Response Syndrome**. Northvale. N.J.: Aronson.
- Horowitz, M.; Adler, N. y Kegeles, S. (1988). A scale for measuring the occurrence of positive state of mind: a preliminary report. **Psychosomatic Medicine**, **50**, 477-483.
- IFRC, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (1993). **World disasters report 1993**. Dordrecht: Martinus Nijhoff.

- ILAS, Instituto Latinoamericano de Salud Mental (1996). **Reparación de los Derechos Humanos y Salud Mental**. Santiago de Chile: ILAS.
- Janis, I. (1982). Counteracting the adverse effects of concurrence seeking in policy-planning groups: theory and research perspectives. En H. Brandstatter et al. (1982). **Group decision making**, New York: Academic Press.
- Janoff-Bulman, R. (1992). **Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma**. New York: The Free Press.
- Johnson, N.R. (1987). Panic and the breakdown of social order: Popular myth, social theory, empirical evidence. **Sociological Focus**, **20**, 171-183.
- Jones, L. (1995). On a front line. **British Medical Journal**. **310**, 1052-54.
- Justicia y Paz (1997). **Trujillo**. Comisión Justicia y Paz de la Conferencia de Religiosos de Colombia. Bogotá.
- Kapferer, J.N. (1987/1995). **Rumeurs, le plus vieux média du monde**. Paris: Seuil.
- Kemper, D. (1993). Sociological Models in the explanation of emotion. In M. Lewis y J.M. Havilland (Eds.). **Handbook of Emotions**. New York: The Guilford Press.
- Kenardy, J.A. et al (1996). Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. **Journal of Traumatic Stress**, **9**, 37-49.
- Kordon, D. & Edelman, L. (1986). **Efectos psicológicos de la represión política**. Buenos Aires: Sudamericana/Planeta.
- Levav, I.; Friedlander, Y. et al (1988). An epidemiologic study of mortality among bereaved parents. **New England Journal of Medicine**, **319**, 457-461.
- Lieberman, M.A. (1993). Bereavement self-help groups: a review of conceptual and methodological issues. En M.S. Stroebe, W. Stroebe y R.O. Hansson (1993). **Handbook of bereavement. Theory, research and intervention**. New York: Cambridge Univ. Press.
- Lifton, R.J. (1983). Responses of Survivors to Man-made Catastrophes. **Bereavement Care**, **2**, 2-6.
- Lima, M.L. (1990). Controlar o incontrolável: esquemas cognitivos de adaptação ao risco sísmico. **Revista de Psicologia Social**, **5**, 171-184.
- Lofland, J. (1981). **Analyzing social setting**. Belmont: Wadsworth.
- López-Ibor, J.J., Soria, J., Canas, F. y Rodríguez-Gamazo, M. (1985). Psychopathological aspects of the toxic oil syndrome catastrophe. **Br. J. Psychiatry**, **147**, 352-365.
- Loughrey, G.C., Bell, P., Kee, M., Roddy, R.J. and Curran, P. (1988). Post-traumatic stress disorder and civil violence in Northern Ireland. **Br. J. Psychiatry**, **153**, 554-560.
- Marc, P. (1987). **De la bouche...à l'oreille. Psychologie sociale de la rumeur**. Cousset, Suisse: Eds. DelVal.
- Marsella, A.J., Friedman, M.J. Gerrity, E.T. y Scurfield, R. M. (1997). **Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder**. Washington: American Psychological Association.
- Marskey, X. (1993). **Los desastres no son naturales**. Colombia: T. Mundo.
- Markus, H.R., Kitayama, S. y Heiman, R.J. (1996). Culture and "Basic" Psychological Principles. In E.T. Higgins y A.W. Kruglanski (Eds.). **Social Psychology: Handbook of Basic Principles**. New York: The Guilford Press.
- Martín Beristain, C. y Riera, F. (1993). **Afirmación y resistencia: La comunidad como apoyo**. Barcelona: Virus.
- Martín Beristain, C. y Donà, G. (1997). **Enfoque Psicosocial de la Ayuda Humanitaria**. Bilbao: Univ. de Deusto.
- Martín Beristain, C., Valdosedá, M. y Páez, D. (1996). Coping with fear and loss at an individual and collective level: Political repression in Guatemalan indigenous communities. En G. Perren-Klinger (Ed.). **Trauma: from individual helplessness to group resources**. Berne, Suiza: Paul Haupt Publishers.
- Myers, D. G. (1995). **Psicología Social**. Mexico: McGraw Hill.
- Nolen-Hoeksema, S. y Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and distress following a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. **Journal of Personality and Social Psychology**, **61**, 105-121.
- Nolen-Hoeksema, S.; McBride, A. y Larson, J. (1997). Rumination and Psychological Distress among bereaved partners. **Journal of Personality and Social Psychology**, **72**, 855-862.
- ODHAG, Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala: Informe Proyecto InterDiocesano de Recuperación de la Memoria Histórica (1998). **Guatemala: Nunca Más. Vol. I, II y III. Impactos de la Violencia**. Tibás, Costa Rica: LIL/Arzobispado de Guatemala.
- Oliver-Smith, A. (1996). Anthropological research on Hazards and Disasters. **Annual Review of Anthropology**, **25**, 303-328.
- Osada, A. (1982). **Children of Hiroshima**. New York: Harper and Row.
- Ovejero, A. (1997). **El individuo en la masa: psicología del comportamiento colectivo**. Oviedo: Nobel.
- Páez, D.; San Juan, C.; Romo, I y Vergara, A. (1991). **Sida: Imagen y prevención**. Madrid: Fundamentos.
- Páez, D.; Adrian, J.A. y Basabe, N. (1992). Balanza de afectos, dimensiones de la afectividad y emociones: una aproximación sociopsicológica a la salud mental. En J.L. Alvaro, A. Garrido y J.R. Torregrosa (Eds.): **Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental**. Madrid: Siglo XXI.

- Páez, D., Arroyo, E. y Fernández, I. (1995). Catástrofes, situaciones de riesgo y factores psicosociales. **Mapfre Seguridad**, **57**, 43-55.
- Páez, D. y Marques, J. (1998). Conductas colectivas: rumores, catástrofes, pánicos y movimientos de masas. En J. F. Morales et al. (Eds.). **Psicología Social**. Madrid: McGraw-Hill.
- Pennebaker, J. W. (1990). **Opening Up**. New York: Morrow and co.
- Pennebaker, J.W. y Harber, K.D.(1993). A social stage model of collective coping: The Persian Gulf War and other natural disasters. **Journal of Social Issues**, **49**, 125-145.
- Pennebaker, J. W. (1994). **El arte de confiar en los demás**. Madrid: Alianza Bolsillo.
- Pennebaker, J.W., Mayne, T.J. y Francis, M.E. (1997). Linguistic predictors of adaptive bereavement. **Journal of Personality and Social Psychology**, **72**, 863-873.
- Perren-Klinger, G. (1996). Trauma. En G. Perren-Klinger (Ed.). **Trauma: from individual helplessness to group resources**. Berne, Suiza: Paul Haupt Publishers.
- Pradelles, C. (1996). Les morts et leurs rites en Afrique. **L'Homme**, **138**, 137-142.
- Quarantelli, E. (1954). The nature of conditions of panic. **American Journal of Sociology**, **60**, 265-275.
- Quarantelli, E. (1976). **Human response in stress situation**. Colombia: D.R.S.
- Quarantelli, E. y Dynes, R. R. (1977). Response to Social Crisis and Disaster, **Annual Review of Sociology**, **3**, 23-49.
- Quarantelli, E. (1978). **Disasters: theory and research**. Beverly Hills: Sage.
- Raphael, B. (1986). **When disaster strikes**. London: Hutchinson.
- Rimé, B. et al (1998). Social Sharing of Emotion: New evidence and new questions. En W. Stroebe y M. Hewstone (Eds.). **European Review of Social Psychology**, **8**, (en prensa)
- Ross, L.E. y Nisbett, R.E. (1991). **The person and the situation. Perspectives in social psychology**. New York: McGraw Hill.
- Rubonis, A.V. y Bickman, L. (1991). Psychological impairment in the wake of disaster: the disaster - psychopathology relationship. **Psychological Bulletin**, **109**, 384-399.
- Rushing, W.A. (1995). **The AIDS Epidemic: Social dimensions of an infectious disease**. Boulder, EE.UU: Westview Press.
- Saavedra, M. del R. (1996). **Desastre y riesgo: actores sociales en la reconstrucción de Armero y Chinchiná**. Bogota, Colombia: Centro de Investigación y Educación Popular.
- Schultz, D.P. (1964). **Panic behavior: discussion and readings**. Massachusetts: Random House.
- Silver, R.C. y Wortman, C. (1990). Effective mastery of bereavement and widowhood. En P.B. Baltes y M.M. Baltes (Eds.): **Successful Aging**. Londres: Cambridge.
- Silver, R.C.; Wortman, C. y Crofton, C. (1990). The role of coping in support provision: the self-presentational dilemma of victims of life crises. En B.R. Sarason; I.G. Sarason y G.R. Pierce (Eds.). **Social Support: an Interactional View**. New York: Wiley & Sons.
- Smelser, N.J. (1962). **Theory of Collective Behavior**. New York: The Free Press.
- Smelser, N.J. (1986). Commentary. **International Journal of Mass Emergencies and Disasters**, **4**, 285-298.
- Steinglass, P. y Gerrity, E. (1990). Natural Disasters and Post-Traumatic Stress Disorder: Short-term versus long-term Recovery in Two Disaster-Affected Communities. **Journal of Applied Social Psychology**, **20**, 1746-1765.
- Stewart, M. y Hodgkinson, P.E. (1989). Disaster and the media. **Disaster management**, **1**, 15-17.
- Stroebe, M.S.; Stroebe, W. y Hansson, R. O. (1993). **Handbook of bereavement. Theory, research and intervention**. New York: Cambridge Univ. Press.
- Taylor, S. y Brown, J. (1988). Illusion and well-being. **Psychological Bulletin**, **103**, 193-210.
- Teter, H. (1996). Mass violence and community treatment. En G. Perren-Klinger (Ed.). **Trauma: from individual helplessness to group resources**. Berne, Suiza: Paul Haupt Publishers.
- Turner, R.H. y Killian, L.M. (1972). **Collective Behavior**. New Jersey: Prentice Hall.
- UNDP (1994) **Human Development Report 1994**. Oxford: Oxford University Press.
- Van Der Pligt, J. (1995). Risk. En A. S. R Menstead y M. Hewstone (Eds.). **The blackwell encyclopedia of Social Psychology**. Oxford: Blackwell.
- Weiss, R. S. y Richards, T. A. (1997). A scale for predicting quality of recovery following the death of a partner. **Journal of Personality and Social Psychology**, **72**, 885-891.
- Wilkinson, C. B. (1983). Aftermath of a disaster: the collapse of the Hyatt Regency Hotel Skywalks. **American Journal of Psychiatry**, **140**, 1134-1139.
- Wilches, G. (1995). Participación de un desastre. En Corporación Nasa Kiwo. **Características del terremoto y la avalancha de 6 de junio de 1994 y sus efectos sobre las comunidades afectadas**.
- Zonabend, F. (1993). Au pays de la peur déniée. En J. Delumeau. **La peur en Occident**. Paris: Fayard.

**Correspondencia**

Itziar Fernández Sedano. Universidad del País Vasco, Dpto. Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Apartado 1249, 20080 San Sebastián

E-Mail: [psbfesei@ss.ehu.es](mailto:psbfesei@ss.ehu.es)

Tabla 1: Clasificación de catástrofes (Crocq, Doutheau y Sailhan, 1987).

| Orden de urgencia | Extensión de la zona de impacto | Grado de industrialización y urbanización | Número de víctimas | Importancia de los daños | Formas de aparición del desastre |
|-------------------|---------------------------------|---|--------------------|--------------------------|----------------------------------|
| 1                 | Muchas comunidades              | Urbanizada e industrializada              | Mas de 1000        | Importantes              | Imprevisto y súbito              |
| 2                 | Una sola comunidad              | Urbanizada o industrializada              | De 100 a 1000      | Moderados y dispersos    | Previsto y súbito                |
| 3                 | Un barrio de una comunidad      | Ni Urbanizada ni industrializada          | Menos de 100       | Débiles                  | Previsto y progresivo            |

Tabla 2: Taxonomía de catástrofes propuesta en *los Reportes de los desastres del Mundo 1993*, según la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Creciente (IFRC, 1993).

|   |  |
|---|--|
| Desastres naturales de ocurrencia súbita e inesperada.                | Avalanchas, terremotos, inundaciones, ciclones, tormentas, tornados, deslizamientos de tierra, olas gigantes y erupciones volcánicas.  |
| Desastres naturales de larga duración.                                | Epidemias, Desertificación y hambre.   |
| Desastres producidos por el hombre de ocurrencia súbita e inesperada. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accidentes estructurales: el colapso en un edificio y accidente en una mina.</li> <li>• Accidentes de transporte: terrestre, aire o mar.</li> <li>• Accidentes tecnológicos industriales.</li> <li>• Explosiones químicas o nucleares.</li> <li>• Polución: lluvia ácida, polución química y polución atmosférica.</li> <li>• Fuegos</li> </ul> |
| Desastres producidos por el hombre de larga duración.                 | Disturbios civiles, guerras civiles, conflictos internacionales o desplazamientos.   |

Tabla 3: Tipo y número de desastres, número de personas muertas y número de personas afectadas durante el período 1967-1991 (IFRC, 1993).

| Tipo de desastre         | Número y Porcentaje de desastres | Número de personas muertas | Número de Personas afectadas |
|--------------------------|----------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| Accidentes               | 1.284 (16,5%)                    | 71.745                     | 418,557                      |
| Avalanchas               | 29 (0,4)                         | 1.237                      | 500.000                      |
| Accidentes químicos      | 271 (3,5)                        | 15.787                     | 1.202.536                    |
| Disturbios civiles       | 207 (2,7)                        | 3.007.154                  | 135.653.524                  |
| Ola de frío              | 92 (1,2)                         | 4.926                      | 71.000                       |
| Ciclón                   | 394 (5,1)                        | 846.240                    | 80.485.116                   |
| Personas desplazadas     | 97 (1,3)                         | 68.741                     | 25.611.475                   |
| Sequías                  | 430 (5,5)                        | 1.333.728                  | 1.426.239.250                |
| Epidemias                | 291 (3,8)                        | 124.338                    | 5.791.234                    |
| Terremotos               | 758 (9,8)                        | 646.307                    | 42.943.009                   |
| Hambre                   | 15 (0,2)                         | 605.832                    | 12.950.000                   |
| Fuego                    | 729 (9,4)                        | 81.970                     | 814.341                      |
| Inundaciones             | 1.358 (17,5)                     | 304.870                    | 1.057.193.110                |
| Problemas de comida      | 22 (0,3)                         | 252                        | 28.320.267                   |
| Huracanes                | 120 (1,6)                        | 15.139                     | 6.028.833                    |
| Infecciones de insertos  | 66 (0,9)                         | ---                        | 446.000                      |
| Deslizamientos de tierra | 236 (3,0)                        | 41.992                     | 3.603.580                    |
| Deficiencia de poder     | 5 (0,1)                          | ---                        | 1.825.000                    |
| Tormentas                | 819 (10,6)                       | 54.500                     | 68.122.580                   |
| Olas gigantes            | 20 (0,3)                         | 6.390                      | 918                          |
| Tifones                  | 380 (4,9)                        | 34.684                     | 63.321.930                   |
| Erupción de volcán       | 120 (1,3)                        | 27.642                     | 1.938.270                    |



Tabla 4: Frecuencia de las respuestas de las personas en el momento mismo del suceso catastrófico (Páez, Arroyo y Fernández, 1995).

|  |       |
|--|-------|
| Miedo  | 38%   |
| Pensaron que los demás tuvieron Miedo          | 58%   |
| Se sintieron atrapados                         | 50.5% |
| Creieron que su vida estaba en peligro         | 54.7% |
| Solicitaron ayuda y fueron ayudados            | 68%   |
| Sintieron Rabia e Ira                          | 34%   |
| Ayudaron a los demás                           | 62%   |
| Pensaron que no había solución y se Resignaron | 43.8% |

Tabla 5: Porcentaje de entrevistados que manifestaron las siguientes respuestas según habían sufrido o no masacres colectivas (ODHAG, 1998).

| Masacres Colectivas       |      |      |
|---------------------------|------|------|
|                           | NO   | SI   |
| Miedo                     | 24%  | 34%  |
| Tristeza                  | 23%  | 34%  |
| Duelo intenso             | 4,3% | 9,4% |
| Desesperanza              | 8,2% | 13%  |
| Sentimiento de Injusticia | 9,5% | 17%  |
| Huida Colectiva           | 2%   | 3,4% |
| Exodo o Desplazamiento    | 7%   | 14%  |
| Desconfianza              | 4%   | 7%   |
| Ruptura de la comunidad   | 5%   | 13%  |

Tabla 6: Porcentajes de síntomas de Estrés Post-Traumático.

| SÍNTOMAS  | Personas con estrés traumático (Horowitz et al. 1986) | Víctimas de Terrorismo          |          | Víctimas en el colapso de un edificio (Wilkinson, 1983) | Estudio de los sucesos colectivos en la C.A.V. (Paez et al. 1995) |
|---|---|---------------------------------|----------|---|---|
|   |   | con PTSD (Loughrey et al. 1988) | sin PTSD |   |   |
| IMÁGENES INTRUSIVAS                               | 51%   | 84%                             | 46%      | 88%   | 37%   |
| REVIVIR LA EXPERIENCIA                            | 57%   | 0%                              | 1%       |   | 21%   |
| PESADILLAS  | 69%   | 52%                             | 34%      | 52%   | 32%   |
| DIFICULTADES PARA DORMIR                          |   | 96%                             | 89%      | 50%   | 65%   |
| VIVENCIA INTENSA POR EL RECUERDO INDUCIDO EXTERNO |   | 78%                             | 56%      | 37%   | 45%   |
| CONDUCTAS DE EVITACIÓN                            | 69%   | 53%                             | 36%      | 40%   | 65%   |
| PERDIDA DE MEMORIA                                | 34%   | 38%                             | 18%      | 27%   | 10%   |
| DISMINUCIÓN DEL INTERÉS GENERAL                   | 78%   | 98%                             | 13%      |   | 36%   |
| ANESTESIA AFECTIVA                                | 67%   | 13%                             | 2%       | 36%   |   |

Tabla 7: Porcentaje de entrevistados que manifestaron las siguientes respuestas, según habían participado o no en rituales funerarios (sólo personas que habían perdido un familiar o conocido) (ODHAG, 1998).

| Rituales Colectivos Funerarios |     |     |
|--------------------------------|-----|-----|
|                                | NO  | SI  |
| Miedo                          | 24% | 36% |
| Tristeza                       | 25% | 39% |
| Duelo intenso                  | 7%  | 9%  |
| Reconstrucción                 | 4%  | 9%  |
| Ayuda a otros                  | 10% | 22% |

Cuadro I: Conductas colectivas tras un accidente y/o catástrofe (Páez, Arroyo y Fernández, 1995).

En una entrevista se preguntó sobre la experiencia tras un accidente y/o catástrofe. Se seleccionó a las personas que habían vivido catástrofes colectivas, definidos operacionalmente como accidentes en los que habían involucrado a más de 10 sujetos. Las personas indicaban si habían tenido la sensación de estar atrapadas, si había maneras de escapar de la situación, si existían posibilidades de comunicarse para solicitar ayuda y si habían experimentado peligro en el momento del suceso. Se les preguntó además si habían huido y si habían vivenciado miedo - como operacionalización del pánico.

Un análisis multivariado para variable categoriales, la regresión logística, nos permitió contrastar las predicciones de Smelser. La sensación de miedo se veía asociada al hecho de estar atrapado ( $\phi=0,11, p<.07$ ) y por la sensación de peligro ( $\phi=0,12, p<.05$ ). La huida también era predecida por encontrarse atrapado ( $r=0,10, p<.07$ ) y por la sensación de peligro ( $r=0,26, p<.01$ ). Finalmente, el miedo también se asociaba a la huida de forma importante ( $\phi=0,32, p<.01$ ), con la excepción de la oportunidad de comunicarse. El conjunto de las variables, que Smelser sugirió que se asociaban a una conducta de huida, se vieron confirmadas. Digamos, eso sí, que el pánico y la posibilidad de comunicarse se asociaban de forma negativa ( $\phi=-0,22, p<.01$ ).

## Cuadro II: Episodios sobre rumores y conductas de huida.

El 17 de agosto de 1955 se produjo una inundación parcial en un pueblo norteamericano, que había vivido experiencias de inundaciones tres veces a lo largo del siglo actual. Las aguas subieron el día 18 y hasta las 6 a.m. del 19, donde permanecieron estacionarias. Los bomberos evacuaron a 700 personas- de una población de 9.000. La noche del 18 circularon rumores sobre la polución del agua potable, una epidemia de tifoidea y la ruptura de un dique cercano. Los desmentidos oficiales detuvieron el rumor y el pánico. El rumor sobre la ruptura de la presa circuló nuevamente la noche del 19 al 20, a las 22.30 (cuando la inundación estaba controlada). Los bomberos y las autoridades desmintieron el hecho a las 23.30. Durante este lapso de tiempo, 2500 personas huyeron del pueblo. Mientras un 62% creyeron que el rumor era verdadero después de escucharlo una vez, un 45% creyeron que el desmentido oficial era correcto. Sólo el 23% de las personas que huyeron volvieron a su hogar después de escuchar un desmentido, un 11% después de dos desmentidos y un 50% volvieron después de tres o más desmentidos.

La conducta de huida no es irracional o arbitraria: huyeron sobre todo las personas que ya habían sufrido inundaciones en esos días (90% de los que huyeron tenían esa característica) o que habitaban en la parte baja de la ciudad, la más amenazada por una ruptura de la represa o dique. Además, entre las personas que creyeron real el rumor de ruptura de la presa, un 50% manifestó conductas de ayuda, frente a un 33% de la población general. Es decir, el rumor actúa como un factor que refuerza conductas de apoyo más que de huida individual (Danzig, Thayer & Galanter, reproducidos en Marc, 1987).

Cuadro III: Aspectos básicos sobre la intervención y la búsqueda de víctimas.

1. Ofertar ayuda a todas las víctimas valida la normalidad de la experiencia, si transmite el siguiente mensaje: “los sentimientos que usted tiene son comprensibles y las reacciones son frecuentes dada una situación de estas características”. Este tipo de intervención disminuye la ansiedad y el aislamiento.
2. Una intervención activa, dirigida a todas las víctimas, aumenta la eficacia de la oferta de ayuda, permitiendo que la población de riesgo entre en contacto con las personas que les pueden ayudar.
3. El contacto con las víctimas debe ser temprano, pero no debe entrar en competición con otras formas de ayuda que suelen desarrollarse al principio.
4. Ofertar ayuda para adaptarse a la catástrofe, en un estadio muy temprano, significa que el trabajador tiene que ofertar ayuda en relación con un rango amplio de tareas prácticas. Proveer de ayuda práctica en las primeras etapas constituye la base para la confianza entre el personal de rescate y las víctimas.
5. Una oferta de ayuda no debe forzar a la gente a hacer psicoterapia, consejo, apoyo, etc. Las formas específicas de apoyo psicosocial deben adecuarse al contexto, la cultura y la motivación de la gente. Es la persona la que tiene que decidir si entra en una relación de terapia.

Cuadro IV: Las características de los desastres de transporte (terrestre, aéreos o marítimos).

1. Los desastres de transporte aéreos, terrestre o marítimos ocurren sin previo aviso, lo que aumenta el impacto traumático en los supervivientes.
2. Generalmente suceden en lugares inaccesibles, aumentando, tanto el número de víctimas como las dificultades de rescate o ayuda.
3. Ocurren en medios poco familiares para los supervivientes, produciendo mayor sentido de desorientación.
4. Algunos tipos de desastre de transporte pueden ser totalmente catastróficos, como accidentes aéreos que implican un 100% de muertos.
5. Normalmente, los accidentes de transporte conllevan un impacto a gran velocidad, el cual va a deteriorar los cuerpos de las víctimas, siendo un factor que va a aumentar el estrés en los equipos de rescate.
6. En algunos casos los cuerpos tienen que ser enterrados rápidamente sin poder ser identificadas las víctimas. A veces los cuerpos no se recuperan, como es el caso de los desastres marítimos, produciendo problemas de duelo complicado para los familiares y los supervivientes.
7. De todas las formas de desastres provocados por el hombre, los accidentes de transporte son los que producen mayores niveles de trastorno psicológico a largo plazo en las víctimas.
8. La necesidad de tener que volver a viajar, en un medio de transporte similar tren, avión, coche..., es prácticamente inevitable e ineludible, con lo que los sobrevivientes se confrontan de nuevo con experiencias que producen recuerdos o imágenes repetitivas sobre el trauma.
9. El enojo o enfado es una respuesta muy frecuente, dirigido a la compañía institucional responsable de transporte.
10. La culpa es una emoción muy importante en los supervivientes y puede ser particularmente fuerte en los equipos de pilotos, conductores, etc., ya sea esta culpa razonable o no.
11. La importancia de la cohesión entre los supervivientes, en las fases posteriores al desastre, es muy importante y, en particular, en los desastres de transporte.



Cuadro V: Claves para enfrentar el proceso de duelo.

1. Aceptación de la pérdida con realización de rituales y ceremonias de despedida y recuerdo.
2. Posibilidad de expresión sobre la persona y la situación traumática.
3. Adaptación a la nueva situación, el cambio de roles familiares, el sentido del mundo y la propia identidad.
4. Reubicación de las personas muertas, estableciendo los vínculos con los que murieron y las relaciones con otras personas.

Cuadro VI: Evaluación de la eficacia de la entrevista de debriefing sobre incidentes críticos estresantes (CISD).

La entrevista de debriefing sobre incidentes críticos estresantes se desarrolló como una técnica grupal de intervención ante un hecho o catástrofe potencialmente traumatizante y tratar así de prevenir el PTSD entre las personas expuestas. En esta entrevista las personas deben: a) describir el hecho desde su perspectiva; b) expresar sus ideas más relevantes sobre lo ocurrido y c) verbalizar que fue lo peor que les ocurrió en dicha situación. Las evaluaciones realizadas sobre esta base muestran que no han tenido efecto (Deahl et al, 1994; Kenardy et al, 1996; Griffith & Watts, 1992 citados en Rimé et al, 1998). Sin embargo, estos resultados son coherentes con la investigación en psicoterapia de personas traumatizadas y sobre cómo se asimilan los hechos emocionales: a) el hablar sobre las vivencias emocionales de hechos traumáticos implica siempre un desgaste psicológico, b) conversar sobre lo ocurrido tiene un efecto positivo en la salud física a largo plazo y c) comunicar sobre las vivencias de forma inducida, en el momento inmediatamente posterior del hecho, no es positivo.

En síntesis, hablar es positivo si se integran emociones y reevaluaciones, en un momento en el que es posible tomar distancia psicológica, si no se hace de manera repetitiva y si la persona quiere hacerlo. Si bien inhibir es negativo, hablar en sí mismo de forma inducida no es necesariamente beneficioso (Pennebaker, 1994; Rimé et al. 1998).

Para referenciar esta publicación, citar:

Fernández, I., Martín Beristain, C., & Páez, D. (1999). Emociones y conductas colectivas en catástrofes: ansiedad y rumor y conductas de pánico. In J. Apalategui (Ed.), *La anticipación de la Sociedad. Psicología Social de los movimientos sociales*. (pp. 281-342). Valencia: Promolibro.