



Pensamiento Psicológico

ISSN: 1657-8961

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

Gaborit, Mauricio

Desastres y trauma psicológico

Pensamiento Psicológico, vol. 2, núm. 7, julio-diciembre, 2006, pp. 15-39

Pontificia Universidad Javeriana

Cali, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80120703>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Desastres y trauma psicológico*

Mauricio Gaborit

Universidad Centroamericana José Simeon Cañas (El Salvador)

Recibido: 12/02/06 Aceptado: 12/09/06

Resumen

Los desastres, a través de la historia, han provocado pérdidas humanas y han tenido un severo impacto económico, social, médico y psicológico en las sociedades. El comprender mejor cómo y a quienes afecta psicológicamente un desastre socio-natural posibilita la intervención psicosocial de manera oportuna y efectiva. En este artículo se señalan las causas sociales que hicieron que los terremotos de enero y febrero 2001 en El Salvador tuvieran consecuencias tan funestas para personas y comunidades. Se identifican las distintas reacciones que tienen las personas en las distintas fases después del evento traumático, entre las que se destacan la re-experimentación, la evitación, estados disociativos, y algunas reacciones secundarias tales como la depresión, la culpabilidad y la baja autoestima. Se describen, además, aquellos factores que median las relaciones psicológicas de las personas al evento traumático: factores biológicos, evolutivos, sociales y de personalidad. Finalmente, se presenta un pequeño modelo que conceptualiza el estrés traumático en desastres tomando en cuenta variables socio-psicológicas.

Palabras claves: trauma, desastres.

Abstract

Throughout history, disasters have caused human loss and have had a severe economic, social, medical and psychological impact on societies. A better understanding of who are affected psychologically by a socio-natural disaster, and how, enables a psychosocial intervention to take place in a timely and effective way. This article shows the social

Dirección de Correspondencia:

E-mail: gaboritm@buho.uca.edu.sv

Universidad Centroamericana Jose Simeon Cañas (El Salvador)

* Artículo publicado originalmente en la revista Estudios Centroamericanos (ECA), 631-632, pp. 473-495, en el año 2001.

causes which made the consequences of the earthquakes in El Salvador in January and February 2001 so disastrous for individuals and communities. It pinpoints the different reactions of the people at the different moments after the traumatic event took place, among which the most prominent are re-experimentation, avoidance, dissociating events, and other secondary reactions such as depression, guilt and low self-esteem. Also described are those factors which intercede in the relationships of people in a traumatic event: biological, evolutionary, social and personality-related. Finally, a small model is presented which conceptualizes the traumatic stress of disasters taking into account socio-psychological variables.

Key words: trauma, disasters.

Introducción

La historia de los desastres y las consecuentes pérdidas de vida, bienes y daños severos al medio ambiente es tan larga como la de la humanidad. La pérdida de vida humana en algunos terremotos en la antigüedad desafía la comprensión: unos 260,000 muertos en Antioquia, en el año 526; alrededor de 800,000 en China, en 1556, y más de 300,000 en Calcuta, en 1737 (McCaughley, Hoffman y Llewellyn, 1994). Si tomamos en cuenta el número de personas que esos países y ciudades tenían entonces, podemos intuir la colosal destrucción material y el impacto económico, social, médico y psicológico en esas sociedades. En todo el mundo anualmente se registran entre cien mil a un millón de terremotos (Nichols, 1974) que oscilan entre los que son imperceptibles y no tienen impacto alguno en la vida humana la mayoría y los que cobran enorme número de víctimas, como el que ocurrió en China, en 1976, donde perecieron más de 800,000 personas (Sood, Stockdale y Rogers, 1987) y el que ocurrió en Guatemala, en febrero del mismo año, donde murieron unas 25.000 personas y resultaron heridas alrededor de 90.000 personas (Beinin, 1985).

Más recientemente, el paso del huracán Mitch por tierras centroamericanas dejó destrucción enorme: en Honduras, el número de damnificados ascendió a 1.5 millones y se registraron más de 5,000 muertos. El Salvador informó unas 240 personas muertas y daños directos de aproximadamente 134 millones de dólares. Lamentablemente, parece que los desastres y los traumas psicosociales que éstos producen no desaparecerán del país, especialmente cuando no existe una cultura de prevención y los recursos económicos y financieros nacionales se quedan cortos para hacerle frente a las secuelas materiales y psicológicas. Como las inundaciones anuales del Bajo Lempa lo demuestran, estos eventos que son traumáticos, tanto para muchas personas como para el país en general, continuarán afectando a miles de salvadoreños en los próximos años.

Es importante entender mejor sus causas así como el impacto psicológico que estos desastres producen por dos razones fundamentales. Primero, el comprender las razones fundamentales del por qué hay tanta destrucción y pérdida puede ayudar a desarrollar una cultura de prevención. Esto posibilita el tomar medidas que mitiguen el impacto físico de los desastres, incluyendo el empoderamiento de las comunidades locales para utilizar sus propios recursos antes, durante y después de la emergencia. En segundo lugar, comprender cómo y a quienes afecta psicológicamente el desastre posibilita la

¹ Algunos (Nichols, 1974) estiman que si tomamos en cuenta todos los movimientos telúricos, incluyendo aquellos temblores tan pequeños que aun su detección resulta imperceptible, la cifra rondaría en los 5 millones.

intervención psicosocial de manera oportuna y efectiva. La magnitud de los daños causados por los recientes terremotos y el número enorme de personas afectadas, por ejemplo, subrayan la necesidad de socializar este saber. Muchos no sólo los especialistas tienen necesidad de poseer este conocimiento amplio, pues la rehabilitación psicosocial de personas y comunidades después de esos eventos requiere del esfuerzo de la ciudadanía en general. Este ensayo abordará dos temas. Primero abordará los terremotos del 13 de enero y 13 de febrero del 2001 y sus causas sociales, entendiéndolos como eventos traumáticos para las personas y la colectividad. Luego describirá el impacto psicológico en los sobrevivientes del trauma. Al final se presentó un modelo que ayuda a entender la complejidad de las respuestas de las personas víctimas de acontecimientos traumáticos, como los terremotos.

1. Los terremotos del 13 de enero y 13 de febrero del 2001

El terremoto del 13 de enero con una intensidad de 7.6 en la escala de Richter sepulta varios cientos de casas con sus habitantes en una colonia de clase media-baja en Santa Tecla (Las Colinas) y destruye varios miles de viviendas en todo el territorio nacional. Siguen cientos de réplicas que hace que cunda casi a diario el pánico entre la población. De estas réplicas, 28 fueron sismos de magnitud entre 4-5, en la escala de Richter, y una entre 5-6. El terremoto del 13 de febrero (magnitud 6.6 en la escala de Richter) sorprende a la población que creía que lo peor ya había pasado, y ahora golpea áreas que el anterior terremoto había perdonado. A partir de este segundo terremoto se activan las fallas tectónicas del área metropolitana de San Salvador y siguen miles de réplicas, varias de magnitud entre 4 y 6 en la escala de Richter. Muchos de los temblores después del segundo terremoto tienen focos que se localizan aproximadamente a 5 kilómetros de profundidad, lo que hace que los temblores se sientan con gran intensidad y destruyan con particular violencia. El Centro de Investigaciones Geotécnicas ha contabilizado más de 8,000 réplicas.

Aunque las réplicas son normales después de un terremoto, éstas regularmente van disminuyendo en número e intensidad. Las réplicas de estos últimos terremotos no se comportaron de esa manera. Este detalle es importante, pues ha condicionado mucho la reacción de las personas al desastre: ha mantenido durante un tiempo bastante largo el estado psicológico de alerta y ha postergado la etapa que cognitivamente las personas establecen como post-terremoto. Esto tiene dos implicaciones psicológicas importantes. La primera es que la vigilancia cognitiva y física necesarias para afrontar la emergencia inmediata termina agotando el sistema, de tal manera que éste queda exhausto (Selye, 1956) y más propenso a enfermedades y dificultades psicológicas posteriores. La segunda es que las destrezas sociales y psicológicas necesarias para continuar con la reconstrucción de las vidas individuales de las víctimas no terminan de asentarse y, por consiguiente, hacen más difícil la recuperación o rehabilitación psicosocial. No hay que olvidar que con frecuencia lo que puede ayudar en una emergencia incide negativamente cuando la emergencia ha pasado. Por ejemplo, el sobrevivir a una catástrofe puede depender de la capacidad de la persona de reaccionar rápidamente sin darle mayor importancia a detalles «secundarios» de su estado de alerta. Sin embargo, en situaciones normales o post-emergencia, la falta de atención a este tipo de detalles marca la diferencia entre una mala y una buena decisión, y entre la lenta o rápida recuperación. La reactivación fisiológica que se da en una emergencia energiza al organismo para actuar a veces sin atención a heridas físicas y es una respuesta adaptativa. Por contraste, ese estado de excitación en situaciones que no sean de emergencia impide a la persona buscar información adecuadamente y ponderar opciones realistas.

1.1. La magnitud del desastre

Esto no es, como se sabe, el primer terremoto que asola el país. Solamente en el siglo XX pueden contarse los terremotos de 1917, cuando se vacía la laguna de El Boquerón, y de octubre de 1986 (7.5 Richter) por citar los mo-

vimientos telúricos desastrosos acaecidos al principio y al final de la centuria. Pero es el más fuerte y el que deja una destrucción masiva en todo el territorio nacional. Los terremotos que sacudieron a El Salvador el 13 de enero y 13 de febrero de 2001 y las más de 8.000 réplicas subsiguientes han dejado un país, en muchos sentidos, desolado y postrado: 1.100 muertos, más de 8.000 personas heridas y cerca del 20% de la población (1.5 millones de personas) damnificada. La mayor parte de los terremotos en El Salvador, de los que se tiene evidencia, han sido focalizados, es decir, el impacto y la destrucción se ha circunscrito a un área relativamente contenida. Los últimos terremotos, además de incluir el más violento en toda la historia de El Salvador, han afectado a dos terceras partes del territorio nacional.

El impacto económico ha sido devastador. Se estima que el 30% de la cosecha del café principal rubro de exportación y de generación de divisas después de lo enviado por los 1.5 millones de salvadoreños que residen en Estados Unidos se ha malogrado. Según informes de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), los terremotos han generando pérdidas que rondan los 1,600 millones de dólares (el 12.1% de toda la producción del país en un año). Informes recientes de la FAO señalan que el sector agrario y rural ha perdido la capacidad económica para la producción de alimentos, lo cual ha creado una seria crisis alimentaria y social de grandes proporciones. El sector agropecuario ha perdido el 40% de su capacidad económica.

En años recientes, mundialmente el número de pérdidas humanas debido a desastres ha ido en aumento. En 1960, por ejemplo, el número promedio de muertes rondaba alrededor de 750 a causa de los terremotos; 158 por inundaciones y 88 por ciclones y/o huracanes. Una década más tarde, esos números aumentan dramáticamente: cerca de 5,000 por terremotos, 213 por inundaciones y cerca de 2.300 por ciclones y/o huracanes (Guha-Sapir, 1989; Ursano, Fullerton y McCaughey, 1994). Las causas principales que explican ese aumento son el incremento en la densidad de la población; la urbanización,

especialmente donde no existen códigos de construcción o no son enforzados, y los cambios climáticos. Con todo, son los países en vías de desarrollo, como El Salvador, los que acusan las mayores pérdidas. Para ilustrar, no se informan muertes a causa del terremoto del 28 de febrero de 2001 que afectó a la ciudad de Seattle (Estados Unidos), cuya fuerza fue similar a la del terremoto del 13 de enero en El Salvador, que dejó un saldo de unas 800 personas muertas. Igualmente, en el terremoto de Loma Prieta, en San Francisco, en octubre de 1989, se registraron 67 muertes, mientras que en el terremoto de 1986, en El Salvador, perecieron 1.500 personas.

1.2. Las causas sociales

A parte de los números y las tragedias personales y nacional que los números no explican, lo que las diferencias entre países pobres y países ricos ilustran es que los desastres no deben conceptualizarse como naturales. No es la fuerza de la naturaleza lo que explica tantas muertes y pérdidas, más bien las acciones de las personas y las políticas sociales del Estado son las que hacen que las fuerzas de la naturaleza dejen tanta destrucción en su paso. Si esto es así, entonces lo que puede prevenir las tragedias, como las que ha sufrido el país, son acciones como una mayor atención a las consecuencias de la depredación del medio ambiente, a los códigos de construcción de vivienda urbana resistente a los terremotos, a la construcción de bordas y taludes de contención, a la legislación responsable sobre el medio ambiente, etc.

Ciertamente, los terremotos eran y son impredecibles. Pero lo que fue un factor agravante importante en el caso de Las Colinas donde el deslizamiento de tierra sepultó, en menos de un minuto, a más de 200 viviendas fue la devastación de la Cordillera del Balsamo por parte de las compañías constructoras. Ya antes del desastre, algunos grupos ecologistas habían advertido sobre los peligros que acarreaba la deforestación de la Cordillera y las violaciones a las más elementales normas de seguridad física de las comunidades, constituidas a partir de esas construcciones. El gobierno salvadoreño acertada-

mente entendió la naturaleza social de la catástrofe, pues casi inmediatamente trata de contener sus consecuencias sociales.

Cuando ocurre la catástrofe de Las Colinas (más de 300 muertos y miles de desaparecidos), el gobierno central fue más presto a arropar a las compañías constructoras entre cuyos inversionistas principales se encuentran ex altos cargos de administraciones del partido Alianza Republicana Nacionalista (ARENA) en el poder que en acoger y auxiliar a los damnificados. El gobierno, por boca de la misma Ministra del Medio Ambiente, explica que la catástrofe era un desastre natural. No se debía aparentemente a la deforestación, a la construcción con permisos amañados o sobornados, al uso indiscriminado de dinamita para construir vías de acceso, a la nivelación de la cresta de la montaña y a la tunelación de la montaña para extraer piedra y arena, sino a la acción impredecible de la naturaleza. Y cuando los propietarios de las viviendas dan voz a su descontento y a su deseo de proceder judicialmente contra las compañías constructoras, el mismo Ministro del Interior advierte que esos descontentos son comunistas, que obedecen a consignas obscuras allende las fronteras soberanas del país, cuyo objetivo ahora desenmascarado es la desestabilización de un gobierno libremente elegido. Esta acusación, que en el tiempo de la guerra solía tener un desenlace mortal, está hecha con la clara intención de amedrentar a una población ya temerosa de los muchos sismos. Estas dos intervenciones de personeros oficiales del Estado ilustran cómo, efectivamente, éstos entendieron las causas sociales al mismo tiempo que ofrecían explicaciones contrarias a su entendimiento.

1.3. Características de los terremotos

Más que cualquier otro desastre, los terremotos son los más temidos, ya que poseen características peculiares que, en parte, explican por qué la afectación psicológica es mayor que en los otros tipos de desastres (McCaughay, Hoffman y Llewellyn, 1994). En primer lugar son, como ya se ha apuntado, impredecibles. Si bien es cierto que se sabe qué regiones son pro-

pensas a los terremotos, no existe metodología científica que pueda predecir cuándo, dónde y con qué intensidad ocurrirá el próximo. En comparación con los huracanes, existe un sistema de alerta temprana que puede brindar tiempo para evacuar o tomar otras medidas para paliar el impacto del desastre. La impredecibilidad genera un fuerte sentimiento de indefensión psicológica (Seligman, 1975), que aumenta la ansiedad y la incertidumbre cognitiva sobre qué hacer cuando suceda el desastre. No es raro, pues, que en un intento de introducir cierto elemento de control, algunas personas intenten predecir los terremotos acudiendo a la observación de animales que supuestamente tienen la capacidad de alertar sobre la inminente catástrofe (Medici, Frey y Frey, 1985) o a visionarios (Kautz, 1982).

Los terremotos son, además, repentinos. En pocos segundos entre 30 y 45 segundos, en el caso del terremoto del 13 de enero de 2001, un terremoto siembra destrucción generalizada con una enorme fuerza y velocidad. Además de las muertes repentinas de muchas personas, las rutinas diarias de muchos individuos se ven súbita y radicalmente cambiadas por un tiempo también impredecible. En comparación con una inundación, la destrucción generada por ésta puede ir creciendo a lo largo de varias horas o días, lo que puede, en muchos casos, brindar algún tiempo para salvar vidas o disminuir algunos daños. El hecho de que las víctimas de una inundación puedan tomar algunas acciones para disminuir el impacto o salvar sus vidas, hace que las personas sientan que tienen cierto control sobre sus vidas y sobre el desenlace final, cualquiera que éste sea. Sería de esperar que la depresión, que con frecuencia sigue a un desastre, sería mayor en el caso de un terremoto que en una inundación. Recordemos que la depresión suele ser más marcada en aquellas personas que piensan que no existe relación entre el bienestar psicológico propio y las acciones propias.

Los terremotos son también incontrolables y poderosos. No hay nada que se pueda hacer para controlar la energía liberada por un terremoto (Jackson, 1981). La potencia con la que golpean puede cubrir un área extensa y generar

destrucción masiva, aún en lugares distantes al epicentro. Dos terceras partes de El Salvador fueron afectadas por los recientes terremotos. Y, en algunos casos, pueden ser tan poderosos, que su efecto se puede sentir a miles de kilómetros de distancia. La potencia del terremoto de New Madrid, en 1811, por ejemplo, cambió el rumbo del río Mississippi, el mayor río de Estados Unidos. El terremoto de Chile, en 1960, creó una onda marina (tsunami) que, a una velocidad de 800 kilómetros por hora, golpeó a Hawaii, del otro lado del Pacífico, donde perecieron más de 60 personas (Keys, 1963). La onda marina llegó hasta las costas de Rusia y Australia (Seivers, Villegas y Barros, 1965).

El pavor que pueden causar los terremotos también se debe al hecho de que son elusivos. Contrario a lo que sucede, por ejemplo, con los huracanes y las inundaciones, donde se pueden ver y oír las causas inmediatas del desastre, en un terremoto no se puede ver su causa, sólo su efecto (Jackson, 1981). Por lo general, las personas experimentan ansiedad cuando no pueden encontrar causas que expliquen desenlaces negativos y especialmente catastróficos. Esta ansiedad se debe a que normalmente tanto al interactuar con otras personas como con el medio ambiente social, las personas van generando hipótesis causa-efecto que brindan una visión coherente y predecible del mundo. Por otro lado, las elusivas réplicas, que pueden ser muchas y durar por bastante tiempo, tienen dos efectos psicológicos importantes.

En primer lugar, crean las condiciones para que se reviva el trauma original, lo cual tiende a elevar aún más el estado de ansiedad de las víctimas. No es raro que la vivencia original vuelva con toda su fuerza emotiva e imaginativa durante las réplicas. Esta re-experimentación dificulta la recuperación de las personas y las comunidades. En segundo lugar, el estado de alerta generalizada creado por las réplicas, debilita los roles sociales ejercidos por las personas. Normalmente, el ejercicio de esos roles dan seguridad a las personas, pues identifican conductas específicas que fortalecen la auto-estima cuan-

do, a juicio de la persona, se ejecutan bien. Así, por ejemplo, un padre que considera que su rol como tal pide que provea a su familia de alimento y techo, se siente particularmente inepto en el ejercicio de ese rol social después de un desastre. Cuanto más tiempo demore la asunción de ese rol, más daño experimentará en su autoestima.

2. Los efectos psicológicos

Las reacciones de las personas a todo trauma y los desastres son un tipo concreto de trauma que tiene coordenadas personales y sociales no son erráticas y son relativamente predecibles. En términos generales, los traumas son eventos peligrosos y repentinos que abruman los recursos psicológicos, físicos y económicos de las personas y las comunidades (Figley, 1985). En general, los traumas poseen las siguientes características: son de gran intensidad, imprevisibles, infrecuentes y varían en duración de agudos a crónicos. Además, pueden afectar a una sola persona (por ejemplo, en un accidente vial) o a comunidades enteras, como en el caso de los terremotos.

Por definición, los desastres son traumáticos y sobrecargan los recursos disponibles de la comunidad, lo cual pone en peligro la capacidad de las personas y de la comunidad para afrontarlos. Aunque existe bastante latitud en la manera cómo responden las personas a los traumas y a los desastres de tal manera que existen diferencias individuales notables (Bowman, 1997; Foa y Riggs, 1993), algunas reacciones son relativamente comunes. Estas se pueden dividir en aquellas que aparecen en el período de emergencia inmediata, las que exhiben las personas después de 72 horas hasta pocas semanas después del evento traumático, y las secuelas a largo plazo. A continuación (a) discutiremos los efectos psicológicos en cada una de esas tres fases, (b) discutiremos la función que desempeñan las diferencias individuales e identificaremos las más importantes, y (c) presentaremos un modelo que puede ser útil para explicar las reacciones de las personas.

2.1. Reacciones psicológicas post-desastre

Justo después o en medio de un desastre, las personas pueden reaccionar de dos maneras diametralmente opuestas y distintas, sin que esto signifique que una forma de reaccionar sea más normal que la otra. Algunos reaccionan con un alto grado de aturdimiento, de tal manera que no entienden lo que está pasando y, en este elevado estado de shock, pierden el sentido de orientación, del tiempo y hasta de la propia identidad. Este estado de shock puede explicar ciertas deficiencias cognitivas comunes a muchos traumas. Entre estas deficiencias cognitivas típicamente encontramos dificultad en recordar aspectos importantes del evento traumático (Carlson y Rosser-Hogan, 1991; Loewenstein, 1996; van der Kohl, 1996b). A veces, ese estado amnésico puede durar varios años (Elliot y Briere, 1995). Lo más seguro es que las personas no estén reprimiendo esas memorias, sino que la información no fue bien codificada y almacenada en la memoria.

La segunda manera de reaccionar en los momentos del desastre es con un elevado sentimiento de ansiedad. Esta ansiedad puede ser útil para que las personas puedan actuar más allá de sus fuerzas físicas y así logren sobrevivir. Esta misma ansiedad puede inyectar energía a las personas para que se dediquen a tareas de rescate, ignorando riesgos importantes hacia su integridad física. Pero, de igual forma, esta ansiedad impide a las personas identificar aspectos importantes en su medio ambiente físico y social, que les pueden ayudar a sobrevivir mejor el desastre.

2.1.1. Reacciones iniciales

Con todo, desde el trabajo pionero de Horowitz (1976) se sabe que las respuestas psicológicas centrales después del evento traumático son la re-experimentación del trauma y la evitación. Estas dos respuestas toman variadas formas de experiencias y síntomas cognitivos, afectivos, de conducta y fisiológicos (van der Kohl, 1987a) que están resumidas en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Manifestaciones de re-experimentación y evitación, según distintos tipos de experiencias (Carlson, 1997)

Modo	Re-experimentación	Evitación
Cognitivo	Pensamientos intrusivos Imágenes intrusivas	Amnesia Despersonalización
Afectivo	Ansiedad Enojo, ira	Insensibilidad emocional Aislamiento del Afecto
Conductual	Aumento de actividad Agresión	Evitación de situaciones relacionadas con el trauma
Fisiológico	Reactividad fisiológica a los recuerdos del trauma	Insensibilidad o entumecimiento sensorial
Múltiple	Flashbacks (imágenes retrospectivas) Pesadillas	Actividades complejas en estados disociados

Horowitz (1976) identifica varios temas que aparecen en las personas en esas dos respuestas básicas: temor a que el trauma vuelva a repetirse, vergüenza por la indefensión, sentimiento de vacío profundo, enojo e ira hacia las causas o causantes del trauma, vergüenza sobre los im-

pulsos agresivos que se experimentan y una profunda tristeza por las pérdidas sufridas. Conviene anotar, sin embargo, que no todas las personas experimentan todos los síntomas y que hay diferencias individuales considerables en su manifestación. No es raro que algunos síntomas

no aparezcan, pues pueden estar escondidos en otras conductas (por ejemplo, el abuso del alcohol). Conviene enfatizar, sin embargo, que un número grande de sobrevivientes no experimentan sintomatología alguna.

Muchas y variadas son las manifestaciones de la re-experimentación del evento traumático. Destacan principalmente los pensamientos intrusivos, es decir, ideas persistentes que invaden la mente inesperada e inapropiadamente y sobre las cuales no se tiene ningún control, sentimientos de ansiedad, tal como se han descrito anteriormente, una activación fisiológica con sólo recordar el evento traumático, e hipervigilancia. No es raro, igualmente, que esta re-experimentación cree problemas en los ciclos y contenidos del sueño. Las pesadillas pueden ser sobre temas de peligro o, sencillamente, son un revivir la experiencia traumática. Los flashbacks hacen revivir el trauma a la persona, como si éste estuviera sucediendo de nuevo (Horowitz, 1993).

Con frecuencia los sobrevivientes se muestran irritables, lo que les lleva no en pocas ocasiones a exabruptos de cólera y manifestaciones de hostilidad, al mismo tiempo que se sienten incapaces de mantener esos sentimientos bajo control (van der Kolk, 1996b). Esta agresividad puede estar dirigida a otras personas, sobre todo hacia miembros de su familia y aquellos que reclaman atención y cuidado, o hacia sí mismos, lo cual se manifiesta a través de conductas auto-destrutivas (comportamiento suicida, impulsividad sexual, abuso de alcohol y drogas). Parece ser que existen diferencias entre hombres y mujeres respecto a la hostilidad: los hombres tienden a expresarla en formas de conductas violentas dirigidas hacia otras personas, mientras que las mujeres tienen a expresarla más hacia ellas mismas (Carlson, 1997).

Las distintas formas de evitación tienen como finalidad proteger al individuo de la exposición de recuerdos del evento traumático. Las personas, por lo general, no se exponen gustosamente a situaciones dolorosas y también evitan estímulos nocivos. De igual manera, los individuos evitan cualquier objeto, cosa o situación

que les recuerde el evento traumático (Calhoun y Tedeschi, 1999; Carlson, 1997). Las claves traumáticas tienen un doble significado para las víctimas. En primer lugar, les recuerdan el dolor que experimentaron en su momento y, en segundo lugar, les indican que pueden estar en peligro de nuevo. Con frecuencia, la evitación de cualquier emoción fuerte protege a la persona de la activación psicofisiológica asociada al trauma. Cabe notar, sin embargo, que muchas de las conductas de evitación están fuera de la conciencia de las personas: éstas no caen en la cuenta de que lo están haciendo.

Ciertos estados disociativos se pueden experimentar en el momento del trauma (Marmar, Weiss, Metzler, Rofeldt y Foreman, 1996) o después de ese evento (Classen, Koopman y Spiegel, 1993). El uso del término «estados disociativos» puede causar un poco de confusión, ya que se utiliza para describir una gama bastante amplia de síntomas, que puede tomar formas patológicas o no. Por ejemplo, los que investigan los efectos psicológicos de la hipnosis utilizan el término para describir la analgesia hipnótica o la amnesia post-hipnótica (Frankel, 1994). Algunos investigadores lo utilizan para describir el fenómeno de la atención dividida o el estado fluido de conciencia (Hilgard, 1986). Parece claro que los síntomas de esos estados se experimentan en condiciones clínicas y no-clínicas; es decir, son experiencias que tienen tanto las personas normales como las que exhiben alguna patología.

Aunque no existe un consenso amplio sobre qué constituye un estado disociativo, algunas definiciones representativas incluyen las siguientes: la falta de una integración normal de los pensamientos, los sentimientos y las experiencias en la conciencia y memoria de las personas (Bernstein y Putnam, 1986); una comparmentalización de la experiencia (van der Kolk, van der Hart y Marmar, 1996); y la interrupción de las funciones normalmente integradoras de los siguientes elementos: conciencia, memoria, identidad y percepción del entorno físico. Por ejemplo, el re-experimentar el evento traumático en la forma de flashbacks se puede conside-

rar disociativo, pues esa experiencia involucra cogniciones, afectos, conductas y sensaciones fisiológicas fuera del contexto original. Las conductas de evitación son disociativas, pues tienen el efecto de separar o distanciar a la persona de aspectos importantes de su experiencia (Giolas y Sanders, 1992; van der Kolk, van der Hart y Marmar, 1996).

Los síntomas asociados a los acontecimientos traumáticos, por otro lado, muestran una secuencia bastante predecible. Primero los supervivientes re-experimentan el evento traumático como si lo estuvieran viviendo de nuevo, con muchos detalles, que pueden o no ser idénticos a la experiencia misma, y en un segundo momento se dan conductas de evitación a veces en formas de aturdimiento y negación (Horowitz, 1976). ¿Por qué esa secuencia en particular? Aparentemente, la ansiedad producida por la re-experimentación sobrecarga la capacidad para poder funcionar adecuadamente y esto hace que el individuo inicie un proceso de inhibición defensiva, utilizando estrategias que disminuyen el procesamiento de información relacionada con el incidente traumático.

El revivir el evento puede paralizar a la persona y, por lo tanto, ésta espontáneamente busca controlar ese efecto negativo. Una forma es controlar la información relacionada al trauma. Según Carlson (1997), esta información se puede controlar de dos maneras: inhibiendo las memorias del trauma o inhibiendo las percepciones asociadas al trauma. Otra forma consiste en dedicarse a hacer una serie de tareas complejas o irrelevantes que absorben la atención, de tal manera que no se tiene tiempo para pensar en otra cosa. En todo caso, la evitación protege a la persona del dolor emocional. Una vez reducida la ansiedad, la persona puede procesar de nuevo información relevante al trauma. El ciclo se repite cuando la información relacionada al trauma produce de nuevo un aumento en el nivel de ansiedad de las personas. La razón fundamental por la que existen estas dos fases secuenciales reside en la necesidad que tiene el individuo de entrar en procesos cognitivos/emotivos, que lo provean de una visión coherente con la propia

concepción de sí mismo y del mundo, tal como él lo entiende.

2.1.2. Reacciones secundarias

Además de las dos formas principales de reaccionar descritas anteriormente, existen también respuestas secundarias asociadas al evento traumático. Aquí también conviene recordar que no todas las personas presentan todos o la mayoría de los síntomas y que existen variaciones individuales considerables. Más aún, Bowman (1997) asegura que estas diferencias individuales de personalidad explican mejor las reacciones al trauma (ver también Wortman y Silver, 1987, 1989; Wortman, Silver y Kessler, 1993). Diversos autores (Briere, 1992; Gil, 1988; Herman, 1992; McCann y Pearlman, 1990) identifican las siguientes: depresión, baja autoestima, trastornos en la identidad, dificultades en las relaciones interpersonales, y sentimientos de vergüenza y culpabilidad. Se abordará brevemente cada una de ellas.

La depresión como consecuencia de un evento traumático, como un terremoto, se puede manifestar de muchas maneras, y ésta puede tener manifestaciones cognitivas, emotivas, conductuales o fisiológicas. Por lo general, las personas traumatizadas muestran depresión en varias de esas modalidades. Formas comunes de depresión incluyen las siguientes: estados letárgicos o de inactividad motora, sentimientos de apatía o desesperanza, pensamientos negativos constantes, dificultades en concentración, pérdida del apetito y perturbaciones en el sueño. No es raro que cuando se dan pensamientos negativos constantes, éstos desemboquen en ideaciones suicidas. En general, las distintas formas de depresión se dan como consecuencia de una pérdida de control. Las personas responden con estados depresivos cuando no pueden controlar el medio ambiente, cuando ven que cualquier cosa que ellas puedan hacer no cambia su situación, o cuando no pueden controlar los propios sentimientos de ansiedad y inadecuación.

Quizá una de las reacciones secundarias más comunes es la baja estima, como respuesta a muchos tipos de trauma que desestabilizan el

concepto que las personas tienen de sí mismas y de poder efectivamente cambiar circunstancias personales o sociales, que inciden negativamente en su bienestar (Gluhoski y Wortman, 1996). Subjetivamente, la baja autoestima se experimenta como una falta de confianza en sí mismo, tanto en lo que respecta a las habilidades y destrezas que se consideran necesarias para afrontar una situación normal, como en la capacidad de entender la situación de vida con todas sus implicaciones. De igual forma, la falta de iniciativa, las valoraciones negativas de uno mismo y de sus acciones o las conductas auto-destruyentes son muestras de baja autoestima. Cuando la situación personal es difícil o la situación es inusual o de emergencia, una valoración negativa de sí mismo desanima a las personas a actuar de manera más proactiva. Con frecuencia la baja autoestima impide a las personas poder aprender destrezas cognitivas y sociales nuevas y necesarias en situaciones que demandan la adquisición de éstas. Si uno no tiene la capacidad de ser mejor o de enfrentar la situación en la que se encuentra de mejor manera, no vale la pena intentar mayor cosa. Se puede ver, pues, que la baja autoestima está relacionada con la depresión.

Cuanto más grande es el trauma, mayor es la desestabilización de las estructuras psicológicas bien establecidas, como lo puede ser el sentido de identidad. Las confusiones sobre la identidad personal se pueden manifestar en confusión sobre los deseos y las metas que las personas tienen respecto a su vida, o en el sentimiento generalizado que uno no está al mando de sus acciones. Con frecuencia las personas manifiestan que es como si otra persona es la que está decidiendo y no ellos mismos (despersonalización), o se sienten separados de sí mismos y, por lo tanto, no se sienten responsables de sus propias acciones. Las personas que sienten su identidad asediada por el evento traumático muestran, con frecuencia, amnesia no sólo sobre aspectos del evento mismo, sino sobre detalles de su persona. Obviamente, si la experiencia de despersonalización dura mucho tiempo, corre el

riesgo de una seria falta de identidad, lo que es particularmente peligroso en la niñez.

Experimentar dificultades en las relaciones interpersonales suele ser bastante común después de un desastre. Las personas encuentran particularmente onerosas las demandas que otros puedan tener sobre su tiempo y recursos. No es raro que las relaciones íntimas sufran como consecuencia del desastre, o se experimenten dificultades en poder mantener amistades. Esto resulta particularmente problemático, pues después de los desastres, las personas tienen necesidad de poder relacionarse con otros para poder solucionar problemas de supervivencia. En los albergues donde se encuentran muchas personas que han perdido sus casas, las dificultades en las relaciones interpersonales impiden ir creando un sentido de comunidad que ayude a la solución de problemas comunes, y alimenta actitudes individualistas.

La vergüenza o la culpabilidad terminan erosionando la capacidad de las personas para poder retomar su vida con cierta normalidad. La vergüenza refleja el sentimiento de las personas de estar ocupando un estado social o personal inferior al que la persona misma u otros creen que debe estar ocupando. Es la consecuencia de sentirse expuesto a la mirada de otros. Por ejemplo, después de un terremoto, una persona se puede sentir avergonzada en tener que acudir a un albergue, a vivir en la calle, o en pedir ayuda a familiares distantes. La necesidad objetivamente experimentada y la situación extrema no terminan de convencer a la persona de que su sentimiento de vergüenza es inapropiado y no se ajusta a la realidad.

La culpabilidad reside en un sentimiento de responsabilidad por haber hecho algo indebido o no haber hecho algo requerido. Después de un terremoto o una inundación, por ejemplo, algunas personas se culpabilizan de no haber hecho más para salvar a otros o no haber preventido muchas de las consecuencias del desastre. No es tampoco raro la culpa del superviviente, que se siente mal porque logró salvarse mientras que otros (familiares, amigos) no lo pudieron hacer.

El sentimiento de culpa proviene de la ambivalencia inherente a todo evento traumático y de la falta de control sobre el mismo. Por un lado, la persona no siente que puede ejercer control sobre los eventos que se están desarrollando, ya sea por que la fuerza del evento es mayor que la fuerza de la persona, o porque no termina de entender qué es lo que está sucediendo. Por otro lado, la idea de no poder protegerse a sí mismo y a otros es tan intolerable, que la persona prefiere pensar que podía haber hecho algo distinto o algo mejor. Al igual que con la vergüenza, el sentimiento de culpa no tiene que ser realista ni referirse a algo específico en la conducta de los sobrevivientes. Por ejemplo, al preguntarle a un sobreviviente de un desastre qué más podría haber hecho para haber salvado a otro(s), o ayudado mejor, la respuesta típica es «no lo sé», o una larga letanía de cosas, muchas de ellas irrealistas o imposibles de realizar en las circunstancias del evento traumático.

2.1.3 Estrés post-traumático

El estrés post-traumático es un cuadro clínico que suele aparecer después de algún acontecimiento traumático y es particularmente incapacitante para la persona que lo sufre (Bobes García, Bousoño, Calcedo Barba y González, 2000). Es importante recalcar que los psicólogos lo consideran una respuesta normal a una circunstancia anormal. En el caso de un desastre, como un terremoto, la anormalidad está dada por la destrucción material masiva y la pérdida grande de vidas. Se estima que como consecuencia de los terremotos sucesivos en 2001, quedaron destruidas o dañadas más de 315,000 viviendas, varias centenas de iglesias y templos, y muchos hospitales. Las personas, pues, exhiben respuestas que están dentro del límite de la normalidad al tipo de estresor que experimentan y que igualmente la mostrarían la mayoría de las personas en circunstancias similares. La dificultad estriba en que esas respuestas continúan manifestándose más allá del tiempo de que son útiles y, por ende, representan una severa limitación para que la persona pueda asumir su vida

con normalidad. En este sentido, entorpecen las relaciones interpersonales y la capacidad de la persona para manejar las dificultades de la vida no directamente asociadas al acontecimiento traumático.

Algunos acontecimientos traumáticos asociados a la manifestación del estrés post-traumático suelen ser las violaciones, el acoso sexual, la agresión física, combatir en una guerra, los desastres, los accidentes de tráfico, para mencionar sólo los más importantes. No son la mayoría de las personas que experimentan esos eventos traumáticos las que desarrollan esta condición. Se estima que alrededor de un 23% de las personas expuestas a un suceso traumático desarrollan estrés postraumático y, de éstas, son más las mujeres que los hombres (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995). Con todo, hay diferencias notables en la prevalencia, dependiendo del acontecimiento traumático. Por ejemplo, la prevalencia fluctúa entre el 2 y el 20% en los adultos, y entre el 5 y el 56% en los niños, en los casos de huracanes e inundaciones, y entre el 32 y el 56% en adultos, y entre el 26 y el 95% en niños, en casos de terremotos. ¿Por qué tanta variabilidad? La razón fundamental radica en los factores de vulnerabilidad y la protección de las personas. Algunos factores de riesgo son: duelos no resueltos, pérdida de hogar y familiares, traumas y desastres previos, y, en el caso de desastres, el presenciar escenas grotescas, incluyendo cuerpos destruidos o desmembrados. Trataremos más detenidamente los factores que median las reacciones psicológicas en la siguiente sección.

El Cuadro 2 recoge los criterios diagnósticos básicos del estrés post-traumático, tal como lo define el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). El trastorno que aparece en el estrés post-traumático con más frecuencia es la depresión, al cual se le asocian problemas de sueño (por ejemplo, insomnio), aislamiento social, autoestima baja, acciones o pensamientos suicidas, reducida capacidad de concentración y de pensar, baja motivación, abuso de drogas, entre otros (Davidson y Fairbank, 1992).

Cuadro 2. Criterios para el diagnóstico de trastorno por estrés post-traumático

A La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que se han dado:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes, amenazas para su integridad física o de los demás.
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Nota: En los niños éstas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

Nota: En los niños pequeños, estos pueden expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que produce malestar.

Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (por ejemplo, sensación de estar reviviendo la experiencia, flashbacks, ilusiones, alucinaciones).

Nota: Los niños pequeños pueden re-escenificar el acontecimiento traumático específico.

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos, que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos, que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

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

1. Esfuerzo para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. Esfuerzo para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
5. Sensaciones de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva (por ejemplo, incapacidad para tener sentimientos de amor).
7. Sensación de un futuro desolador (por ejemplo, no espera tener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D Síntomas persistentes de aumento de la activación (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultad para conciliar el sueño.
2. Irritabilidad o ataques de ira.
3. Dificultad para concentrarse.
4. Hipervigilancia.
5. Respuestas exageradas de sobresalto.

E Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Especificar si: Agudo: si los síntomas duran menos de tres meses. Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más. Especificar si: De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

2.2. Factores que median las reacciones psicológicas

Consideremos ahora algunos factores que influyen en las reacciones de las personas ante

las experiencias traumáticas. Como ya hemos apuntado, algunas personas emergen sin mayor afección y hasta encuentran en los eventos traumáticos ocasión de crecimiento personal (Cal-

houn y Tedeschi, 1998). Otros, aunque afectados, logran superar la crisis con relativa facilidad y rapidez, mientras que una minoría desarrolla sintomatología de estrés post-traumático. Algunas de las diferencias en las reacciones son comunes a muchas personas, otras se explican entendiendo las peculiaridades de las mismas.

Los factores que modulan las reacciones se pueden dividir en seis categorías principales: factores biológicos, fase evolutiva o de desarrollo psicosocial en la que se encuentra la persona en el momento del trauma, la severidad misma del trauma, el contexto social en el que se encuentran las personas, las condiciones de vulnerabilidad pre-existentes e inmediatamente posteriores al evento traumático (van der Kolk, 1987b) y, por último, algunas características de personalidad. Estos factores influyen ya sea porque afectan la percepción que las personas tienen sobre el control que pueden ejercer sobre el evento traumático o desastre, o porque atenúan el impacto negativo sobre las personas.

Las personas, por ejemplo, difieren en el grado de excitabilidad y pueden tener un temperamento más voluble. Una persona con este condicionante biológico puede interpretar como más catastrófica una situación dada, sobre todo si tiene poco apoyo social. De igual manera, aquellos que se encuentran en las etapas tempranas de su desarrollo (por ejemplo, los niños) son más susceptibles que aquellos que han logrado afianzar las destrezas características de esa fase. Positivamente, aquellas personas que poseen cierta resiliencia al estrés podrán identificar, con cierta facilidad, momentos y formas en las que pueden ejercer control sobre la situación y, en consecuencia, interpretarán el evento como menos traumático.

2.2.1. Factores biológicos

Existen dos factores biológicos que inciden, de manera importante, en las respuestas que dan las personas ante un evento traumático. Uno de estos factores es la predisposición biológica o genética a la vulnerabilidad. Aunque hay que ser precavidos sobre este tema, ya que esta conclusión proviene mayoritariamente de estudios con

animales (Bremmer, Southwick y Chorney, 1991; van der Kolk, 1987b), con todo, existe evidencia que señala diferencias en las reacciones psicológicas de los niños expuestos al mismo evento estresante, bajo condiciones controladas. Algunos ven en el hecho de que ciertas personas son más vulnerables en situaciones de alto estrés diferencias genéticas en temperamento. Sin embargo, sólo ahora se comienzan a explorar las predisposiciones innatas en cuanto al funcionamiento cerebral asociado al temperamento de los individuos, en situaciones de estrés y emergencia (Davidson, 1992; Hodapp y Knoll, 1993; True, Rice y Eisen, 1993). Hay que considerar, igualmente, que aquello que a primera vista podría verse como genético, podría ser perfectamente el resultado de la interacción entre el temperamento de las personas con factores ambientales y ciertos procesos de aprendizaje. Como van der Kolk (1996b) señala, algunos cambios biológicos permanentes pueden ser consecuencia de factores ambientales, tales como la exposición a toxinas o a hormonas intrauterinamente, o a otras experiencias sociales.

El segundo factor lo constituyen aquellos cambios biológicos que resultan de la experiencia traumática misma. Algunos de estos se refieren a cambios neurológicos que se dan después de un trauma y que tienen relación con alteraciones en las funciones neurotransmisoras del organismo (Lewis 1992; Yehuda, Giller y Mason, 1993; Yehuda, Resnick, Kahana y Giller, 1993). Otros se refieren a las alteraciones en algunas estructuras cerebrales (por ejemplo, lóbulo temporal, amígdala e hipocampo) que se han observado en situaciones de estrés prolongado, de las que el organismo no puede escapar, y crean dificultades en la memoria y el aprendizaje. Igualmente aquí hay que ser cautelosos. Los factores biológicos interactúan con aspectos emocionales y sociales, creando una red complicada que hace difícil desentrañar la contribución específica de cada uno. Con todo, se puede concluir que las personas tienen fortalezas y debilidades emocionales de la misma manera que tienen fortalezas y debilidades físicas.

2.2.2. Nivel de desarrollo

Aunque la relación que existe entre el nivel de desarrollo psicosocial en el que se encuentra la persona, especialmente los niños y las niñas, y la reacción al trauma es bastante compleja, con todo se pueden obtener algunas conclusiones ampliamente aceptadas. Existe una correlación negativa entre la edad de la persona y la severidad de los síntomas. Cuanto más joven sea la persona mayor será la sintomatología exhibida como respuesta a un evento traumático. Esto quiere decir que el impacto será mayor en los niños de 2 a 7 años, ya que esas son las edades donde comienza a aparecer la auto-estima y las tareas evolutivas de auto-regulación y control (Cicchetti, 1993; Pynoos, Steinberg y Goenjian, 1996; Pynoos, Steinberg y Wraith, 1995; Perry, 1997), que en la temprana edad adulta. Debido a que muchas destrezas sociales no están bien afinadas en las niñas y los niños más pequeños, éstos tendrán que contar más en formas cognitivas y emocionales de evitación que en otras formas. En otras palabras, ya que los más pequeños no pueden escapar físicamente del trauma, tenderán a hacerlo emocional o cognitivamente. Estas conclusiones se deducen de niños y niñas víctimas de abuso sexual (Kirby, Chu y Dill, 1993; Wolfe, Gentile y Wolfe, 1989; Wolfe, Sas, y Wekerle, 1994).

El nivel de desarrollo cognitivo y social en el que se encuentra un niño o una niña, incidirá directamente en su capacidad de afrontar una situación traumática. Una mayor capacidad cognitiva o social le permite al niño ejercer más control sobre la situación y, por ende, podrá reducir la ansiedad asociada a ella. Esa mejor capacidad le permitirá solicitar ayuda y tener un apoyo social más amplio. Igualmente, un mejor entendimiento de la situación que viene como consecuencia del desarrollo intelectual le permitirá al niño protegerse de pensamientos mágicos o irrealistas sobre la causa última del evento, pensamientos típicos de los niños con limitadas habilidades cognitivas. Así, por ejemplo, el niño con mayor desarrollo cognitivo entenderá mejor que los terremotos no ocurren porque se ha portado mal o porque es una mala persona,

sino que existe otro tipo explicaciones que no lo involucran personalmente. Por último, los niños que tienen lazos de apego emocional positivo con sus padres, podrán hacerle frente mejor a las tareas que se presenten después de un desastre, porque tendrán una mayor auto-estima que aquellos que tienen un apego débil o problemático (Aber y Allen, 1987; Crittenden y Ainsworth, 1989; Lynch y Cicchetti, 1991). Bowlby (1973) sugiere que cuando el niño o la niña no ha experimentado la sensación de seguridad que viene de esos lazos de apego estables y sólidos, su capacidad de poder afrontar adecuada y creativamente situaciones de estrés posteriores quedaría comprometida.

2.2.3. Severidad del trauma

Cuanto más severo es el trauma, mayores son las probabilidades de que las personas reaccionen más negativamente al evento. La intensidad, naturaleza y duración del trauma determinarán, en gran medida, si las personas exhiben sintomatología post-traumática, especialmente porque incide de manera directa en la percepción de control sobre los eventos. Estas conclusiones provienen sobre todo de estudios realizados en niñas y niños expuestos a abuso sexual (Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993; Wolfe y colaboradores, 1994) y de las investigaciones realizadas en personas que han tenido experiencia directa en combate (Breslau y Davis, 1987; Green, Grace, Lindy, Glees y Leonard, 1990).

En el caso de los terremotos recientes en El Salvador, es de esperar que ya que éstos han sido los más intensos que se han documentado, las réplicas han durado varios meses y la destrucción ha sido generalizada muchas personas desarrollen sintomatología post-traumática. El impacto de aquellos eventos que tienen una duración muy prolongada es doble: (a) reduce tanto la capacidad de las personas para controlarlo como la percepción subjetiva de control y, como se ha apuntado anteriormente, (b) disminuye la probabilidad de que las personas reanuden sus actividades rutinarias. La imposibilidad de retomar la vida con los roles habituales y con ciertas

rutinas diarias que estructuran el tiempo y las relaciones interpersonales, tenderá a elevar el nivel de ansiedad de las personas. Por otro lado, las personas pueden tener la impresión de que tienen que poner su vida «en remojo» o «piloto automático», mientras no se tenga más claridad sobre los recursos con que contarán. Planes personales y familiares tendrán que posponerse indefinidamente, hasta no ver qué tan realistas serán de cara a una situación que cambió drásticamente la situación de vida de miles de personas. No es raro encontrar en aquellos que exhiben sintomatología post-traumática que las metas personales y el futuro estén disociados: por ejemplo, los planes y el futuro son realidades que existen en planos diferentes. Más aún, puede evidenciarse una total ausencia de planes y metas personales.

Conviene aquí anotar que la duración prolongada no es criterio suficiente para determinar la presencia de síntomas. Un trauma muy intenso que dure poco tiempo puede ser igual o más traumático que uno débil que dure mucho tiempo.

2.2.4. Contexto social

Quizá el contexto social más importante que ayuda a que las personas se recuperen en situaciones adversas es la cantidad de apoyo social que tienen. Este apoyo social tiene una relación directa con la red de relaciones interpersonales que la persona ha desarrollado a lo largo de su vida y con la que cuenta en situaciones normales y de emergencia. La conocida teoría de apego, desarrollada por Bowlby (1973), sugiere que esos apegos tempranos resueltos positivamente ayudan a que éstos (a) se utilicen como estructura cognitiva o modelo operativo en futuras relaciones interpersonales y (b) posibilitan la conducta exploratoria del niño, la cual sirve para asentar un repertorio amplio de estrategias de afrontamiento. Dicho de otra manera, un apego seguro influye en la creación de esquemas cognitivos útiles para estructurar futuras relaciones y crear una red amplia de apoyo, todas ellas formas efectivas de auto-ayuda.

El apoyo social tiene, igualmente, referencia a la creencia de la persona de que otros la valoran positivamente, y que desean ayudarla y cuidarla en momentos de emergencia (Cobb, 1976; Sarason, Sarason, Shearin y Pierce, 1987). Tan importante es la situación objetiva de cuantos amigos o amigas tiene la persona que pueden brindarle ayuda en tiempo de crisis, como la percepción que tiene la persona de esa red. Objetivamente la red puede ser grande, pero si la persona la considera inexistente, pensará que no la tiene. De igual manera, por pequeña que sea esa red, si la persona la percibe como extensa, entonces echará mano de ella. Esta red está constituida por familiares, amistades y la comunidad misma, es decir, la constituyen las relaciones diádicas a las que una persona puede recurrir en busca de recursos múltiples para afrontar situaciones de vida.

Los que cuentan con apoyo social tienen menos probabilidad de desarrollar sintomatología post-traumática (Cohen y Wills, 1985). Esto lo han demostrado investigaciones que estudian la adaptación de los ex combatientes de guerra (Green y colaboradores, 1990; Perry, Difede, Musngi, Frances y Jacobsberg, 1992; Solomon y Mikulincer, 1990), las víctimas de inundaciones (Solomon y Smith, 1994) y los niños abusados sexualmente (Kendall-Tackett y colaboradores, 1993). En general, aquellas personas que tienen apoyo social tienden a tener una auto-estima alta, cuentan con mejores estrategias para solucionar los problemas, se recuperan más prontamente, exhiben más optimismo y fortaleza ante las adversidades y registran más períodos de alivio en medio de situaciones calamitosas, lo cual hace que sientan menos estresadas. Más aún, aquellas personas que perciben que tienen apoyo social, valoran más positivamente a las otras personas y son más diestros en las relaciones interpersonales, de tal manera que aumentan los recursos emocionales, económicos e informativos a su disposición. En comparación con los que perciben que tienen poco apoyo social y que no lo solicitan por temor a ser rechazados, aquellos que perciben que tienen un alto índice de

apoyo tienden a solicitar esa ayuda explícitamente y, por consiguiente, la reciben (Stroebe y Stroebe, 1996; Pierce, Sarason y Sarason, 1996). Los que tienen bastante apoyo social también están menos preocupados de lo que los otros puedan pensar de ellos cuando solicitan ayuda (Pierce y Contey, 1992).

Así, el apoyo social influye en el afrontamiento de tres maneras: ayuda a las personas a (a) estructurar situaciones de tal manera que se experimenten menos eventos estresantes en la vida; (b) desarrollar mejores estrategias de afrontamiento y (c) buscar y obtener ayuda, especialmente en aquellos momentos en que más se necesita. Dicho de otra manera, el apoyo social media los efectos traumáticos que se siguen a un desastre (Norris y Kaniasty, 1996). Más aún, aquellos que han perdido esos recursos psicosociales debido a un desastre, tienen una alta probabilidad de exhibir sintomatología traumática. Recordemos que precisamente en un terremoto muchas personas pierden múltiples familiares y amigos, quienes constituyen su red de apoyo social, o estos están igualmente afectados o tienen que desplazarse lejos. Los estudios de Freedy y sus colaboradores (Freedy, Kilpatrick y Resnick, 1993; Freedy, Saladin, Kilpatrick, Resnick y Saunders, 1994; Smith y Freedy, 2000) han demostrado que la aparición de sintomatología traumática entre los supervivientes de distintas inundaciones, se predice mejor notando la ausencia de apoyo social que observando las mismas modalidades de afrontamiento utilizado por los supervivientes o las variables demográficas.

2.2.5. Condiciones pre-existentes y posteriores al desastre

Parece lógico esperar que los eventos de vida anteriores y posteriores al trauma afectarán el impacto del trauma y el curso de la recuperación. Los eventos anteriores actúan como vulnerabilidades o fortalezas desencadenantes o inoculantes, mientras que los subsiguientes al trauma actúan como agravantes o mitigantes. Existe evidencia que sugiere que así como en el campo médico la exposición a dosis pequeñas y

controladas de un agente nocivo tiene el efecto de inocular a la persona, en la vida social la exposición a dosis pequeñas e intermitentes de estrés tiene un efecto parecido de endurecimiento y resistencia a estresores posteriores (Dienstbier, 1989; Eysenck, 1983). Por ejemplo, Norris y Murrell (1988) encontraron que aquellas personas que habían sufrido los efectos de inundaciones anteriores exhibían menos sintomatología que los que no tenían ninguna experiencia con ese trauma.

Por otro lado, otra evidencia igualmente persuasiva señala que estreses anteriores al trauma reducen las posibilidades de que las personas puedan afrontar bien tanto situaciones normales como las inusuales, porque reducen los recursos psicológicos a disposición de la persona (Bremer, Southwick, Brett y colaboradores, 1992; Follette, Polusny, Bechtel y Naugle, 1996). El estrés acumulado puede empeorar una situación ya de por sí difícil. Hay varias razones por las que las experiencias traumáticas anteriores pueden alargar el período de recuperación y/o aumentar un trauma posterior. En primer lugar, erosionan el sentido de control que las personas tienen sobre eventos negativos (Foa y Kozak, 1986). En segundo lugar, la exposición repetida a eventos terroríficos fortalecen la conexión entre las señales de esos eventos y la ansiedad y, en consecuencia, se dan reacciones ansiosas más intensas (Foa, Stekée y Rothbaum, 1989). Efectivamente, en comparación con otras personas, existe más sintomatología de estrés post-traumático entre ex combatientes (Kulka y colaboradores, 1990), refugiados (Kinzie, 1993), sobrevivientes de los campos de concentración (Yehuda y colaboradores, 1994), prisioneros de guerra (Crocq, Macher, Barros-Beck, Rosenberg y Duval, 1993) y refugiados (Carlson y Rosser-Hogan, 1993).

¿Cómo conciliar resultados aparentemente contradictorios? Los eventos anteriores vacunan contra el estrés posterior si hacen que el trauma se perciba como controlable y, por ende, menos negativo. Los traumas anteriores sensibilizan a las personas y empeoran los posteriores si hacen que se perciban menos controlables. Trau-

mas posteriores a un desastre, por otro lado, con toda certeza agravan la situación. Pobreza inesperada, problemas matrimoniales, dificultades en proveer a la familia, pérdida de empleo y disminución de salario, todo ello contribuye a exacerbar el trauma y a prolongar el período de recuperación.

2.2.6. Características de personalidad

La literatura sobre el efecto que tienen algunas características de personalidad sobre la reacción ante un desastre o trauma es bastante amplia. Entre las más estudiadas se encuentran la personalidad Tipo A, el perfeccionismo, el locus de control y los niveles disposicionales optimismo-pesimismo. La literatura no es consistente en asociar la personalidad Tipo A a formas inadaptadas de afrontamiento. La personalidad Tipo A se refiere a un conjunto de disposiciones conductuales caracterizadas por marcados esfuerzos competitivos de logro, hostilidad, impaciencia y prisa en la ejecución de tareas cotidianas y normales (Friedman y Rosenman, 1959).

Aparentemente, las personas Tipo A tienden a utilizar más mecanismos de negación, proyección y evitación (Suls y Wan, 1989; Contrada, Leventhal y O'Leary, 1990), estrategias típicamente mal adaptadas a una situación de desastre, pero igualmente utilizan estrategias centradas en la solución de problemas (Chesney, Black, Chadwick y Rosenman, 1981). No está claro, pues, si las personas que tienen esta característica de personalidad tienen una alta probabilidad de desarrollar sintomatología patológica después de un desastre o no. Las investigaciones sobre el perfeccionismo son demasiado recientes para dar una idea clara sobre su efecto en las estrategias de afrontamiento utilizadas por esas personas. Parece ser que los perfeccionistas afrontan el estrés de manera auto-derrotista, tales como el mantenimiento persistente de estándares irreales, rumiación, auto-culpación, la sobre-generalización de las experiencias de fracaso y cierta tendencia a experimentar emociones negativas (Flett, Hewitt, Blankstein y Kole-

din, 1991; Hewitt y Flett, 1991). Cualquiera de estas formas de afrontar el estrés no auguran una pronta recuperación después de un desastre.

Vamos, pues, a concentrarnos en dos características de personalidad que se han investigado extensamente: locus de control y optimismo-pesimismo. El locus de control (Lefcourt, 1992) se refiere a las creencias que tienen las personas sobre la posibilidad de ejercer control o influir en los acontecimientos y dónde reside esa potencialidad. El optimismo-pesimismo se refiere a las formas preferenciales que tienen las personas de abordar tanto su situación vital como el medio ambiente físico y social con valoraciones y emociones positivas o negativas (Avia y Vázquez, 1998).

Las personas que tienen un locus de control interno se perciben a sí mismas como el motor fundamental, que actúan sobre los acontecimientos y, por lo tanto, consideran que ellas pueden actuar directamente sobre el medio ambiente para que éste cambie. Por el contrario, aquellos que tienen un locus de control externo, en variedad de circunstancias y a lo largo del tiempo, no consideran que ellos pueden influir en los resultados, sino que estos obedecen a causas que fundamentalmente están fuera de su control. Las personas con un locus de control externo tienden a desarrollar estrategias de afrontamiento típicamente desadaptadas en situaciones de emergencia, desastre o estrés (Folkman, 1984). Por lo general, estas personas no tienden a obtener información relevante y necesaria para la solución de problemas y, además, en situaciones de emergencia exhiben conductas de poca utilidad adaptativa. Éstos o bien sucumben a la presión y muestran niveles muy elevados de ansiedad, o bien fomentan actitudes y/o conductas dependientes y pasivas. El locus de control interno está asociado a la robustez en momentos de dificultad y a sentimientos de competencia, auto-eficacia y auto-dominio unidos a una buena capacidad para solucionar problemas, aun aquellos que requieren soluciones novedosas en circunstancias inusuales (Amirkham, 1990). Además, el locus de control interno está asocia-

do a estrategias de afrontamiento centradas en el problema (Compas, Banez, Malcarne, y Worsham, 1991; Zeidner y Endler, 1996).

Conviene, sin embargo, hacer una importante salvedad sobre el uso de dos tipos de estrategia de afrontamiento: aquella centrada en el problema mismo y la que se centra en el manejo de las emociones producidas por el problema (Folkman, 1984; Forsythe y Compas, 1987). Cuando el estresor es percibido como incontrolable, las estrategias de afrontamiento que típicamente emplean los que se definen con locus de control externo pueden ser apropiadas. La huída puede ser la mejor respuesta en el momento del terremoto, ya que los efectos de éste están ciertamente fuera del control de las personas. Poner bajo control las emociones (por ejemplo, el pánico, la ansiedad, la angustia, el dolor) es necesario al inicio para poder entender lo que está pasando y ganar el tiempo necesario para sobrevivir. En un segundo momento, cuando ya ha pasado la emergencia, las estrategias que van encaminadas a la solución de los problemas creados por el terremoto podrán ser las más idóneas. Como esta salvedad subraya, la relación entre locus de control y estrategias de afrontamiento y adaptación es compleja. Sería peligroso pensar que las personas que poseen el rasgo de locus de control externo estarán siempre en desventaja en una situación de desastre, especialmente cuando sabemos que la recuperación tiene fases con percepciones distintas y habilidades requeridas distintas.

Las personas, además, pueden ser optimistas o pesimistas, dependiendo del tinte con que ven las cosas. Algunos tienden a concederle mucha importancia a las dificultades normales de la vida, a darle un peso grande a los problemas que se interponen en el logro de metas considerándolos difícilmente superables, y a tener más experiencias subjetivas de malestar que de bienestar. Decimos que estas personas poseen una personalidad pesimista, pues ese rasgo colora las valoraciones sobre su propia valía y especialmente la de los retos que encuentran en la vida. El filtro de las gafas con que ven el mundo es oscuro. En contraste se encuentran los opti-

mistas, que ven en los problemas retos a su capacidad de afrontamiento de los cuales consideran saldrán airoso, tienden a ver el lado positivo de las cosas y experimentan un alto nivel de satisfacción. El tinte con que ven las cosas es rosa.

Dada la descripción anterior, no sorprende que se haya acumulado bastante evidencia de que los optimistas tienden a reaccionar mejor en momentos de estrés (Scheier y Carver, 1992; Scheier, Weintraub y Carver, 1986), mientras que los pesimistas prolongan el tiempo de su recuperación y demuestran más sintomatología física y psicológica en tiempos de estrés agudo (Zeidner y Ben-Zur, 1993; Zeidner y Hammer, 1992; Wong, 1993). ¿Por qué estas diferencias? Los optimistas suelen utilizar más estrategias positivas de afrontamiento (por ejemplo, reformulación de metas y del proyecto de vida, aceptación) que negativas (por ejemplo, negación, falta de involucración personal). Los optimistas, por ejemplo, tienden a enfrentar los problemas y lo hacen tempranamente, lo cual disminuye la aflicción en el peligro y hace que los problemas no se compliquen de manera excesiva. Los pesimistas, por otro lado, utilizan estrategias paliativas que, la mayoría de las veces, al ser inefectivas aumentan la ansiedad y con frecuencia la depresión y la inactividad. Aun cuando tanto los optimistas como los pesimistas tengan la misma cantidad de apoyo social, aquellos más que éstos lo utilizan más efectivamente y tienden a no agotar esos recursos ni a cansar a los que los proveen. Quienes brindan apoyo social están más dispuestos a continuar dándolo si ven que la ayuda brindada se utiliza y es bien recibida, si ven que los otros se ayudan a sí mismos, y si la interacción no está plagada de sentimientos negativos. Los optimistas cumplen con mayor facilidad y mejor estas condiciones que los pesimistas.

3. A manera de conclusión: un modelo explicativo

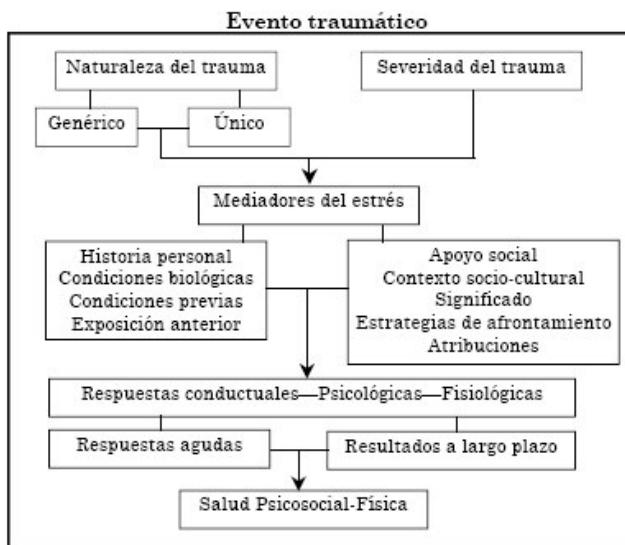
Siguiendo a Ursano et al. (1994) y retomando todo lo anteriormente expuesto, se propone un modelo que ayude a explicar cómo reaccionan las personas ante un desastre, los factores que potencian o mitigan los efectos, y aquellos

que ayudan en o entorpecen la recuperación psicosocial de las personas. Este modelo está descrito en la Figura 1. Recordar que los eventos traumáticos desafían o destruyen el entendimiento de la persona de cómo funciona el mundo, es decir, ponen en tela de juicio aquellas presuposiciones que constituyen la cosmogonía de las personas.

Las respuestas al acontecimiento traumático varían y aunque existan modalidades parecidas, no todas las personas responden igualmente. Como aparece en el modelo, tanto la clase de trauma y su severidad influyen en cómo las personas responden a él. Algunas respuestas son genéricas, es decir, son comunes a muchos tipos

de traumas. Como se ha visto, muchas de las respuestas de las personas a los terremotos, incluyendo el estrés postraumático, son similares a las que presentan otras personas en otros tipos de traumas (por ejemplo, la experiencia en combate armado, el abuso sexual, los accidentes de vehículos). Otras respuestas son únicas al acontecimiento traumático. Así, por ejemplo, la exposición a cadáveres y cuerpos mutilados y la conducta de evitación consiguientes son típicos de los desastres y, obviamente, no ocurren en los casos de violación y abuso sexual. La severidad del trauma, por su lado, determina en gran medida la profundidad del trauma y el tiempo y curso de recuperación.

Figura 1
Modelo de estrés traumático en desastres



Se ha identificado algunos mediadores psicosociales: la historia personal y social de las víctimas, ciertas condiciones biológicas o temperamentales y de personalidad, exposiciones anteriores, el apoyo social con que cuenta la persona y, por lo tanto, muchos aspectos del contexto socio-cultural, el significado que las personas puedan otorgarle al evento, las estrategias de afrontamiento utilizadas y las atribuciones que las personas hagan de sus propias motivaciones y la de los otros. Tres de esos mediadores son

particularmente importantes para determinar cómo reaccionarán las personas después de un desastre. Primero, el apoyo social modera considerablemente el impacto negativo del acontecimiento traumático. Aquellas personas que *perciben* tener una red social amplia, se recuperan mejor y más rápido que aquellas que se encuentran aisladas socialmente.

Segundo, las estrategias de afrontamiento que las personas utilizan suaviza el impacto o tienen un efecto paliativo. Identificamos dos for-

mas de afrontamiento: estrategias dirigidas a la solución del problema y estrategias centradas alrededor del impacto emotivo causado por el acontecimiento traumático. Finalmente, el significado con que las personas revisten el acontecimiento es importante para concederle a este el potencial de impacto negativo. Algunas personas ven la necesidad de re-estructurar su vida y encuentran nuevos significados importantes que surgen a raíz de la experiencia traumática. Para algunas personas existe un crecimiento post-traumático especialmente en tres áreas: cambios positivos en las relaciones con lo demás (por ejemplo, mayor empatía y solidaridad ante la desgracia de otros), cambios en el sentido del yo (por ejemplo, mayor fortaleza ante las adversidades, mayor auto-eficacia) y cambios en la filosofía de la vida (por ejemplo, mayor necesidad de tomar en serio su religión, prioridades más de acuerdo a actitudes fundamentales de vida).

Las respuestas de las personas a los acontecimientos traumáticos tienen componentes físicos, conductuales y psicológicos. El mismo estrés postraumático tiene aspectos conductuales, como las perturbaciones en el sueño, y más estrictamente psicológicos, como pueden ser las alucinaciones o la re-experimentación. En cualquier caso, las experiencias traumáticas tienen un impacto claro sobre la salud psicosocial y física de las personas. Es de esperar que la salud mental de muchos salvadoreños y salvadoreñas se vea seriamente afectada después de los terremotos sucesivos de 2001. De hecho, según datos del Ministerio de Salud, las consultas psicológicas hasta finales de marzo de 2001 habían aumentado a 17.170, comparadas con las 7.000 del año anterior, un aumento de aproximadamente 245%.

Referencias

Aber, J. L. y Allen, J. P. (1987). The effects of maltreatment on young children's socioemotional development. An attachment perspective. *Developmental Psychology, 23*, 406-414.

American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^a Edición). Washington, DC: APA.

Amirkhan, J.H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 1066-1074.

Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza.

Beinin, L. (1985). *Medical consequences of natural disasters*. Berlin: Springer-Verlag.

Bernstein, E. M. y Putnam, F.W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease, 174*, 727-735.

Bobes García J., Bousoño, M., Calcedo Barba, A. y González, M. P. (2000). *Trastorno de estrés postraumático*. Barcelona: Masson.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*. Nueva York: Basic.

Bowman, M. (1997). *Individual differences in posttraumatic response: Problems with the adversity-distress connection*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Bremer, J.D., Southwick, S.M. y Chorney, J.S. (1991). Animal models for the neurobiology of trauma. *PTSD Research Quarterly, 2*, 1-3.

Bremmer, J. D., Southwick, S., Brett, E., Fontana, A., Rosenheck, R. y Charney, D.S. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry, 149*, 328-332.

Breslau, N. y Davis, G. C. (1987). Posttraumatic stress disorder: The etiologic specificity of wartime stressors. *American Journal of Psychiatry, 144*, 578-583.

Briere, J. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage.

Calhoun, L. G. y Tedeschi, R. G. (1998). Posttraumatic growth: Future directions. En R. G. Tedeschi, C.L. Park y L.G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive*

change in the aftermath of crisis (pp. 215-238). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Calhoun, L. G. y Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Carlson, E. B. (1997). *Trauma assessments: A clinician's guide*. Nueva York: Guilford.

Carlson, E. B. y Rosser-Hogan, R. (1991). Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation and depression in Cambodian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1548-1551.

Carlson, E.B. y Rosser-Hogan, R. (1993). Mental health status of Cambodian refugees ten years after leaving home. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 223-231.

Chesney, M.A., Black, G.W., Chadwick, J.H. y Rosenman, R.H. (1981). Psychological correlates of the coronary-prone behavior pattern. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 217-229.

Cicchetti, D. (1993). Developmental psychopathology: Reactions, reflections, and projections. *Developmental Review*, 13, 471-502.

Classen, C., Koopman, C. y Spiegel, D. (1993). Trauma and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57, 178-194.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.

Cohen, S. y Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.

Compas, B. E., Banez, G. A., Malcarne, V. y Worscham, N. (1991). Perceived control and coping with stress: A developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47, 23-34.

Contrada, R. J., Leventhal, H. y O'Leary, A. (1990). Personality and health. En L.A. Perlin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 638-669). Nueva York: Guilford.

Crittenden, P. M. y Ainsworth, M. D. S. (1989). Child maltreatment and attachment theory. En D. Cicchetti y V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 432-463). Nueva York: Cambridge University Press.

Crocq, M. A., Macher, J. P., Barros-Beck, J., Rosenberg, S. J. y Duval, F. (1993). Posttraumatic stress disorder in World War I prisoners of war from Alsace-Lorraine who survived captivity in the USSR. En J.P. Wilson y B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 253-261). Nueva York: Plenum.

Davidson, J. R. T. y Fairbank, J. A. (1992). The epidemiology of posttraumatic stress disorder. En J.R.T. Davidson y E.B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 147-72). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Davidson, R.J. (1992). Anterior cerebral asymmetry and the nature of emotion. *Brain and Cognition*, 20, 125-151.

Dienstbier, R. A. (1989). Arousal and physiological toughness: Implications for mental and physical health. *Psychological Review*, 96, 84-100.

Elliott, D. M. y Briere, J. (1995). Posttraumatic stress associated with delayed recall of sexual abuse: A general population study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 629-647.

Eysenck, H. (1983). Stress, disease, and personality: The inoculation effect. En C. Cooper (Ed.), *Stress research* (pp. 121-146). Nueva York: Wiley.

Figley, C. R. (1985). *Trauma and its wake: Traumatic stress theory, research and intervention*. Nueva York: Brunner/Mazel.

Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R. y Koledin, S. (1991). Dimensions of perfectionism and irrational thinking. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 9, 185-201.

Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fears: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.

Foa, E. B., Steketee, G. y Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.

Foa, E.B y Riggs, D. S. (1993). Posttraumatic stress disorder and rape. En J.M. Oldham, M.B. Riba, y A. Tasman (Eds.), *Review of psychiatry* (pp. 273-303). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.

Follette, V. M., Polusny, M. A., Bechtle, A. E. y Naugle, A. E. (1996). Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 25-35.

Forsythe, C. J. y Compas, B. B. (1987). Interaction and cognitive appraisals of stressful events and coping: Testing the goodness of fit hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 473-485.

Frankel, F. H. (1994). Dissociation in hysteria and hypnosis: A concept aggrandized. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Theoretical clinical, and research perspectives* (pp. 80-93). Nueva York: Guilford.

Freedy, J. R., Kilpatrick, D. G. y Resnick, H. S. (1993). Natural disasters and mental health: Theory, assessment and intervention (Special issue). *Journal of Social Behavior and Personality*, 8, 49-63.

Freedy, J. R., Saladin, M. E., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S. y Saunders, B. E. (1994). Understanding acute psychological distress following natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 257-273.

Friedman, M. y Rosenman, R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association*, 169, 1286-1296.

Gil, E. (1988). *Treatment of adult survivors of childhood abuse*. Rockville, MD: Launch Press.

Giolas, M.H. y Sanders, B. (1992). Pain and suffering as a function of dissociation level and instructional set. *Dissociation*, 5, 205-209.

Gluhoski, V. L. y Wortman, C. B. (1996). The impact of trauma on world views. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 417-429.

Green, B. L., Grace, M. C., Lindy, J. D., Glees, G. C. y Leonard, A. (1990). Risk factors for PTSD and other diagnoses in a general sample of Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 147, 729-733.

Guha-Sapir, D. (1989). Rapid assessment of health needs in mass emergencies: Review of current concepts and methods. *World Health Statistics Annual*, 43, 171-181.

Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. Nueva York: Basic Books.

Hewitt, P. L. y Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.

Hilgard, E.R. (1986). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action*. Nueva York: Wiley.

Hodapp, V. y Knoll, J.F. (1993). Heartbeat perception, coping and emotion. En H.W. Krohne (Ed.), *Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness* (pp. 191-211). Seattle: Hogrefe & Huber.

Horowitz, M. (1993). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic stress and adjustment disorders. En J.P. Wilson y B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 49-60). Nueva York: Plenum.

Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Jackson, E.L. (1981). Response to earthquake hazard: The west coast of North America. *Environment and Behavior*, 13, 387-416.

Kautz, W.H. (1982, septiembre). Earthquakes triggering: A psychic exploration. *PSI Research*, 1, 117-125.

Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. y Finklerhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E. Hughes, M. y Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic

stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

Keys, J.G. (1963). The tsunami of 22 May 1960, in the Samoa and Cook Islands. *Bulletin of the Seismological Society of America*, 53, 1211-1227.

Kinzie, J.D. (1993). Posttraumatic effects and their treatment among Southeast Asian refugees. En J.P. Wilson y B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 311-319). Nueva York: Plenum.

Kirby, J. S., Chu, J. A. y Dill, D. L. (1993). Correlates of dissociative symptomatology in patients with physical and sexual abuse histories. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 258-263.

Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L. y Jordan, B.K (1990). Evidence of posttraumatic stress disorder. En R.A. Kulka, W.E. Schlenger, J.A. Fairbank, R.L. Hough, B.K. Jordan, C.R. Marmar y D.S. Weiss (Eds.), *Trauma and the Vietnam War generation* (pp. 50-72). Nueva York: Brunner/Mazel.

Lefcourt, H.M. (1992). Durability and impact of the locus of control construct. *Psychological Bulletin*, 112, 411-414.

Lewis, D.O. (1992). From abuse to violence: Psychophysiological consequences of maltreatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 383-391.

Loewenstein, R.J. (1996). Dissociative amnesia and dissociative fugue. En L.K. Michelson y W.J. Ray, (Eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical and clinical perspectives* (pp. 307-336). Nueva York: Plenum.

Lynch, M. y Cicchetti, D. (1991). Patterns of relatedness in maltreatment and nonmaltreated children: Connections among multiple representational models. *Development and Psychopathology*, 3, 207-226.

Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Ronfeldt, H. M. y Foreman, C. (1996). Stress responses of emergency services personnel to the Loma Prieta earthquake Interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 63-85.

McCann, I. L. y Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor*. Nueva York: Brunner/Mazel.

McCaughhey, B. B., Hoffman, K. J. y Llewellyn, C. H. (1994). The human experience of earthquakes. En R.J. Ursano, B.G. McCaughhey y C.S. Fullerton (Eds.), *Individual and community responses to trauma and disaster: The structure of human chaos* (pp. 136-153). Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.

Medici, R. G., Frey, A. H. y Frey, D. (1985). Response facilitation: Implications for perceptual theory, psychotherapy, neurophysiology and earthquake prediction. *International Journal of Neuroscience*, 26, 47-52.

Nichols, T. C. (1974). Global summary of human response to natural hazards: earthquakes. En G.F. White (Ed.), *Natural hazards: Local, national, global* (pp. 274-284). Nueva York: Oxford University Press.

Norris, F. H. y Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration-deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 498-511.

Norris, F. y Murrell, S. (1988). Prior experience as a moderator of disaster impact on anxiety symptoms in older adults. *American Journal of Community Psychology*, 16, 665-683.

Perry, B. (1997). Incubated error: Neurodevelopmental factors in the «cycle of violence». En J.D. Osofsky (Ed.), *Children in a violent society* (pp. 124-149). Nueva York: Guilford.

Perry, S., Difede, J., Musngi, G., Frances, A. J. y Jacobsberg, L. (1992). Predictors of posttraumatic stress disorder after burn injury. *American Journal of Psychiatry*, 149, 931-935.

Pierce, G. R., Sarason, I. G y Sarason, B. R. (1996). General and specific support expec-

tations of social support: Are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 1028-1039.

Pierce, G. R., y Contey, C. (1992). *An experimental study of stress, social support and coping*. Manuscrito inédito.

Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. y Goenjian, A. (1996). Traumatic stress in childhood and adolescence: Recent developments and current controversies. En B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane y L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 331-358). Nueva York: Guilford.

Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. y Wraith, R. (1995). A developmental model of childhood traumatic stress. En D. Cicchetti y D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Vol. 2: Risk, disorder and adaptation* (pp. 72-95). Nueva York: Wiley.

Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N. y Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.

Scheir, M. F. y Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.

Scheir, M. F., Weintraub, J. K. y Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.

Seivers, H. A., Villegas, G. y Barros, G. (1963). The seismic wave of 22 May 1960 along the Chilean coast. *Bulletin of the Seismological Society of America*, 53, 1125-1190.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco, CA: Freeman.

Selye, H. (1956). *The stress of life*. Nueva York: McGraw-Hill.

Smith, B. W. y Freedy, J. R. (2000). Psychosocial loss as a mediator of the effects of flood exposure on psychological distress and physical symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 349-357.

Solomon, Z. y Mikulincer, M. (1990). Life events and combat-related posttraumatic stress disorder: The intervening role of locus of control and social support. *Military Psychology*, 2, 241-256.

Solomon, S. D. y Smith, E. M. (1994). Social support and perceived control as moderators of responses to dioxin and flood experiences. En R. J. Ursano, C. S. Fullerton y B. G. McCaughey (Eds.), *Individual and community responses to trauma and disaster: The structure of human chaos* (pp. 179-200). Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.

Sood, R., Stockdale, G. y Rogers, E. M. (1987). How the news media operate in national disasters. *Journal of Communication*, 37, 27-41.

Stroebe, W. y Stroebe, M. (1996). The social psychology of social support. En E. T. Higgins y A. W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology handbook of basic principles* (pp. 597-621). Nueva York: Guilford.

Suls, J. y Wan, C. K. (1989). The relation between Type A behavior and chronic emotional distress: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 503-512.

True, W., Rice, J., Eisen, S. A., Heath, A. C., Goldberg, J., Lyons, M. J. y Nowak, J. (1993). A twin study of genetic and environmental contributions to the liability for posttraumatic stress symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 50, 257-264.

Ursano, R. J., McCaughey, B. G. y Fullerton, C. S. (1994). *Individual and community responses to trauma and disaster: The structure of human chaos*. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.

Ursano, R. J., Fullerton, C. S. y McCaughey, B. G. (1994). Trauma and disaster. En R. J. Ursano, B.G. McCaughey y C.S. Fullerton (Eds.), *Individual and community respon-*

ses to trauma and disaster: The structure of human chaos (pp. 3-27). Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.

Van der Kolk, B. A. (1987a). The psychobiology of the trauma response: Hyperarousal, construction and addition to traumatic reexposure. En B. A. Van der Kolk (Ed.), *Psychological trauma* (pp. 63-87). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Van der Kolk, B. A. (1987b). The psychological consequences of overwhelming life experiences. En B. A. van der Kolk (Ed.), *Psychological trauma* (pp. 1-30). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Van del Kolk, B. A. (1996a). The body keeps the score: Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. En B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane y L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 214-241). Nueva York: Guilford.

Van der Kolk, B. A. (1996b). Trauma and memory. En B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane y L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 279-302). Nueva York: Guilford.

Van der Kolk, B. A., van der Hart, O. y Marmar, C. R. (1996). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. En B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane y L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 303-327). Nueva York: Guilford.

Wolfe, V. V., Gentile, C. y Wolfe, D. A. (1989). The impact of sexual abuse on children: a PTSD formulation. *Behavior Therapy*, 20, 215-228.

Wolfe, D., Sas, L. y Wekerle, C. (1994). Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18, 37-50.

Wong, P. T. P. (1993). Effective management of life stress: the resources-congruence model. *Stress Medicine*, 9, 51-60.

Wortman, C. B. y Silver, R. C. (1987). Coping with irrevocable loss. En G. Van den Bos y B. K. Bryant (Eds.), *Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action* (pp. 185-235). Washington, DC: American Psychological Association.

Wortman, C. B. y Silver, R. C. (1989). The myth of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349-357.

Wortman, C. B., Silver, R. C. y Kessler, R. C. (1993). The meaning of loss and adjustment to bereavement. En M. S. Stroebe, W. Stroebe y R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention* (pp. 349-366). Nueva York: Cambridge University Press.

Yehuda, R., Giller, E. L. y Mason, J. W. (1993). Psychoendocrine assessment of posttraumatic stress disorder: Current progress and new directions. *Progress in Neuro-Psychopharmacological and Biological Psychiatry*, 17, 541-550.

Yehuda, R., Kahana, B., Southwick, S. M. y Giller, E. L. (1994). Depressive features in Holocaust survivors with posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 30, 1031-1048.

Yehuda, R., Resnick, H., Kahana, B. y Giller, E. L. (1993). Long-lasting hormonal alterations to extreme stress in humans: Normative or maladaptive? *Psychosomatic Medicine*, 55, 287-297.

Zeidner, M. y Ben-Hur, H. (1993). Coping with a national crisis: The Israeli experience with the threat of missile attacks. *Personality and Individual Differences*, 14, 209-224.

Zeidner, M. y Endler, N. S. (Eds.). (1996). *Handbook of coping: Theory, research, applications*. Nueva York: Wiley.

Zeidner, M. y Hammer, A. L. (1992). Coping with missile attack: Resources, strategies, and outcomes. *Journal of Personality*, 60, 709-746.