



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

“EL ARTE COMO HERRAMIENTA DE ELABORACIÓN DEL TRAUMA COLECTIVO
DESPUÉS DEL SISMO DEL 19 DE SEPTIEMBRE”

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN HUMANIDADES

PRESENTA:

MTRA. THANIA ESPINDOLA AYALA

DIRIGIDO POR:
JOAN VENDREL FERRÉ

COMITÉ TUTORIAL:
DRA. JULIETA ESPINOSA MELÉNDEZ
DRA. ARACELI BARBOSA SÁNCHEZ

ÍNDICE

Introducción	4
Capítulo 1. TRAYECTORIAS DE ABORDAJE	8
1.1. La interdisciplina como vía epistémica hacia la comprensión.	9
1.2. El extractivismo intelectual sobre el sismo del 19 de septiembre.	12
1.3. El conocimiento situado	16
1.4. Planteamiento del problema	19
1.5. Objetivos de la investigación	22
1.5.1. Objetivo General de la Investigación:	22
1.5.2. Objetivos específicos:	22
1.6. Justificación	23
1.7. Método.....	25
1.7.1. Diseño de investigación:	25
1.7.2. Participantes.....	27
1.8. Camino de abordaje: el procedimiento	28
1.9 Marco ético de la investigación	30
1.10. Guiones de entrevista	32
1.10.1. 1er Guion de entrevista semiestructurada	32
1.10.2. 2º Guion de entrevista semiestructurada.....	34
Capítulo 2. DESASTRE Y CONTINGENCIA POR EVENTO NATURAL	37
2.1 El concepto de desastre	38
2.2 El sismo como desastre por evento natural	40
2.3. La catástrofe del 19 de septiembre de 2017	44
2.4 Consecuencias psicosociales del desastre	47
Discusiones:.....	53
Capítulo 3. POLÍTICAS PÚBLICAS ANTE EL DESASTRE POR EVENTO NATURAL: LA RESPUESTA EN SALUD MENTAL	56
3.1 Retos y aprendizajes del sismo del 19 de septiembre de 1985	57
3.2 Políticas públicas de salud mental en Morelos	61
3.2.1 La Secretaría de Salud Morelos (SSM) y su asistencia en salud mental comunitaria	67
3.3 El afrontamiento de la catástrofe en otras naciones: una comparación en políticas públicas de salud mental.....	71

3.3.1. La respuesta en salud mental de Chile ante el riesgo por evento natural	74
3.3.2. La respuesta en salud mental de España ante el riesgo por evento natural.....	78
Discusiones.....	82
Capítulo 4.- EL TRAUMA TRAS EL DESASTRE	86
4.1 El concepto de trauma	87
4.1.1 El sujeto de trauma.	96
4.2.2 La elaboración traumática.	97
4.2 El trauma compartido: el terror reactivo a escala colectiva	99
4.3 Sobre el contagio del sufrimiento: La fatiga de compasión	103
Discusiones.....	109
Capítulo 5. – SALUD MENTAL COMUNITARIA	113
5.1 Crítica de la razón psiquiátrica	114
5.2 La propuesta del modelo anti-psiquiátrico.....	119
5.3. La comunidad como vínculo	122
5.3.1. El vínculo social articulado a partir del 19 de septiembre	125
Discusiones.....	127
Capítulo 6. EL ARTE COMO HERRAMIENTA DE ELABORACIÓN DEL TRAUMA.....	130
6.1 El arte como dispositivo terapéutico	131
6.2 El arte en el espacio público: apropiación colectiva del lugar	135
6.3 Intervenciones terapéuticas con herramientas escénicas: Del teatro del oprimido al psicodrama.....	139
Discusiones.....	146
Capítulo 7.- EL MITO DE LA SALUD MENTAL TRAS EL SISMO.....	150
7.1. El precario contexto de la salud mental en México	151
7.2.- La colonización médica sobre la salud mental	155
7.2.1 Los grupos interdisciplinarios como mecanismo articulado de saberes.	157
7.3. La desigualdad del sufrimiento psíquico en situación de desastre	161
Discusiones.....	166
Capítulo 8.- TRABAJO DE CAMPO	170
8.1 Primeras crónicas visuales.....	171
8.2.- Colectivo UFLP-RED	174
8.3.- Acción terapéutica colectiva	178
8.4.- Colectivo cuatro patas.....	180

Capítulo 9. TRANSICIONES DE LA EMERGENCIA CON EL ARTE	188
9.1 La creatividad en momentos de ruptura: el arte en la emergencia	189
9.2 Beneficios encontrados del arte en la emergencia.....	191
9.2.1. Expresión no verbal de emociones embotadas.	192
9.2.2. La reapropiación simbólica del cuerpo físico y psíquico.	196
9.2.3. Disminución o eliminación de síntomas.	199
9.2.4. Resignificación del trauma colectivo.	202
9.2.5. Autosustentabilidad de la salud mental comunitaria.	205
9.3. Dificultades presentadas durante la fase de intervención	207
9.3.1. Crisis de la imaginación	207
9.3.2 Principio exacerbado de la individualidad	210
9.3.3 La irrelevancia de la salud mental en situación de catástrofe	212
9.3.4 Escasa claridad metodológica.....	214
9.3.5 Deficiencia de recursos.....	216
9.3.6 Fatiga por compasión	218
CONCLUSIONES GENERALES.....	221
Referencias bibliográficas.....	225

Introducción

Creía que mi quehacer profesional poco tenía que ver con procesos artísticos, estéticos e imaginativos. Me parecía que la psicología clínica se refería principalmente a conceptos como psicoterapia, enfermedad, paciente, psicoterapeuta, etc. Sin embargo, tras el sismo, cuando todo se cayó aprendimos que la psicología clínica por sí misma no puede hacer nada en el entendimiento de la subjetividad humana; que se vale de la multidisciplina, la interdisciplina y la transdisciplina para poder explicar y posibilitar la reconstrucción psíquica y afectiva. Fischetti y Chiavazza (2017), nos enseñan que el arte y la ciencia se complementan y generan espacios reflexivos y de investigación entre la escucha y la palabra, entre la lectura y la escritura, usar estos elementos teóricos y metodológicos nos ayudan en la búsqueda de alternativas de abordaje frente a fenómenos psicosociales complejos.

El 19 de septiembre de 2017, la población de Morelos se vio fuertemente rebasada por una catástrofe por evento natural: un terremoto. Este gran acontecimiento abrió heridas psíquicas, individuales como colectivas que afectaron e incluso, siguen afectando gravemente la salud mental de quienes lo vivieron (directa e indirectamente). Frente a esta contingencia no hubo capacidad de respuesta de parte de las instituciones gubernamentales, por lo que, la organización comunitaria fue decisiva en la reconstrucción y elaboración del trauma compartido tras el desastre.

Diversos colectivos artísticos intervinieron con herramientas plásticas y escénicas en comunidades afectadas del Estado, tejiendo redes de apoyo y comunicación que intentaron reparar y resignificar el dolor frente a la pérdida y el duelo. Durante ese proceso, esta investigación acompañó a dos colectivos en la organización, intervención y seguimiento: grupo académico Uflp (más tarde llamado colectivo RED) y Acción terapéutica colectiva. Así mismo, se realizó observación con un tercer colectivo llamado “cuatro patas”. Estos tres grupos artísticos trabajaron en Jojutla, Cuernavaca y Tetecala, Morelos. Durante la realización de las

actividades se entabló un diálogo horizontal con los miembros de los colectivos, así como con la gente que participó en la intervención. Mi trabajo fue documentar este proceso, mi objetivo principal: saber qué y cómo, las herramientas artísticas propician la elaboración del trauma colectivo después del sismo del 19 de septiembre.

Para cumplir con dicho objetivo la participación constante con los colectivos en las comunidades fue fundamental, por lo que el modelo metodológico que se empleó fue la Investigación Acción Participativa (IAP). Freire (1970), nos explica que en esta metodología la experiencia de todas las personas es valiosa y útil, por lo que contribuyen activamente al proceso del estudio, nos dice también que la investigación debe servir en la transformación social, cuestionando la investigación social tradicional que se aleja del valor práctico y se dirige principal o únicamente a espacios academicistas. La IAP subraya el valor del conocimiento aplicado y de co-labor.

Aunado a ello, este procedimiento se vale de 4 técnicas investigativas principales: la observación participante, el uso del diario de campo, los relatos de vida y la entrevista semiestructurada. Estas herramientas nutren la investigación durante las fases de: exploración, intervención y seguimiento.

Este estudio está conformado por nueve capítulos, en el primero se introduce al tema de tesis, se habla sobre las trayectorias de abordaje, el método, se describen los objetivos y la epistemología que se llevó a cabo durante el proceso investigativo. El segundo capítulo explica lo que implica una catástrofe y contingencia por evento natural, realiza una tipología de los desastres, brinda un esbozo sobre las consecuencias psicosociales de un sismo y plantea en términos generales lo que sucedió psicosocialmente en Morelos el pasado 19 de septiembre de 2017.

El capítulo tres habla sobre las políticas públicas a nivel estatal y federal en situación crítica y de desastre, la respuesta de las instituciones gubernamentales en lo que a salud mental se refiere, así mismo, contrasta las políticas públicas

nacionales con las de España y Chile para tener un panorama más amplio de cómo se afrontan las catástrofes dentro y fuera del país.

El capítulo cuatro describe el trauma después de un sismo, su concepto y desarrollo desde una perspectiva individual y colectiva; se toma el psicoanálisis freudiano y la perspectiva de Martín Baró como principales referentes teóricos. El quinto capítulo aborda la elaboración psicosocial del trauma mediante la salud mental comunitaria, para ello explora saberes de la psiquiatría transcultural y analiza la crítica de la farmacologización como medio destructivo más que reconstitutivo de la vida anímica del sujeto. Se estudia a Iván Illich, Nestor Braunstein y a Michel Foucault como principales exponentes de este capítulo.

El capítulo sexto llamado “El arte como herramienta de elaboración del trauma”, analiza el arte como dispositivo en la tramitación del trauma tras un evento disruptivo, habla sobre la reapropiación comunitaria del espacio público, explora la teoría de Augusto Boal junto con Jacob Moreno; así como el cruce de la expresión escénica con el enfoque psicoterapéutico.

En el séptimo capítulo se habla sobre “el mito de la salud mental”, se explica y argumenta sobre la insuficiencia en la aplicación de los servicios en salud mental que el gobierno estatal brindó durante la fase post-impacto a los afectados. Se discute sobre el precario contexto de la salud mental en Morelos y la colonización médica en torno a ella. Se brinda por otra parte, una propuesta de intervención desde grupos interdisciplinarios para lograr mitigar la desigualdad del sufrimiento psíquico en situación de catástrofe.

En el capítulo ocho se brinda un esbozo del trabajo de campo que se llevó a cabo, describe a los tres colectivos artísticos, los medios de los que se valieron para realizar su propuesta de intervención, la metodología empleada durante el proceso, así como la narración de algunos fragmentos en su práctica de escena.

Finalmente, el capítulo nueve realiza un análisis de la intervención, inserta el concepto del arte en la emergencia y muestra las categorías principales halladas

bajo dos líneas de trabajo: los beneficios encontrados del arte en la emergencia y las dificultades presentadas durante la intervención.

Este proyecto intenta contar el trauma que sufrimos tras el sismo, así como el proceso de reparación afectiva mediante herramientas artísticas, porque si bien el dolor nunca se irá por completo, sabemos que se puede simbolizar y *ligar* a otro lugar (imaginado y metafórico) donde permite transformar la angustia en actos creativos; de transformación personal y colectiva.

“El conocimiento es una aventura incierta que conlleva en sí misma y permanentemente el riesgo de ilusión y de error”.

Edgar Morín

“Un acontecimiento, un hecho, un acto, una canción, un gesto, un poema, un libro están siempre involucrados en densas tramas, tocados por múltiples razones de ser, algunas de las cuales están más cerca de lo ocurrido o de lo creado, mientras que otras son más visibles en cuanto razón de ser. Por eso a mí me interesó siempre mucho más la comprensión del proceso en qué y cómo las cosas se dan, que el producto en sí”.

Paulo Freire

Capítulo 1. TRAYECTORIAS DE ABORDAJE

La ciencia neopositivista no alcanza para entender profundamente los fenómenos sociales y de las humanidades, si bien tiene alcances funcionales y operativos no siempre nos brinda las respuestas que buscamos, los cómo y por qué, no necesariamente se encuentran en este modelo puesto que no existe un solo criterio para pensar el conocimiento. Por ello, debemos de valernos de otras epistemologías para buscar e intentar explicar los fenómenos que por su complejidad requieren otro tipo de metodologías, es por eso, por lo que estudiamos con nuevas perspectivas, intentando ajustar la academia a la comunidad y no a la inversa; trabajando con imaginación intentamos propiciar encuentros creativos dentro de la investigación.

Este estudio persigue una mirada interdisciplinaria y crítica, tanto en la técnica metodológica como en la práctica de campo, este tipo de trayectorias nos dice Fischetti y Chiavazza (2017), puede ser piedra de toque en las investigaciones sociales y de las humanidades para poder configurar nuevos saberes. Trabajar con creatividad y análisis implica movimiento, dinamismo, que propone *descolocarse* de los sitios simbólicos rígidos previamente establecidos, lugares que históricamente

nos han sido designados bajo discursos de poder y que se intentan reestructurar, reapropiar mediante el análisis y la ejecución de nuevas prácticas y vías de entendimiento.

1.1. La interdisciplina como vía epistémica hacia la comprensión.

Para realizar esta investigación se tuvo que recurrir a un entramado de disciplinas; la psicología, el arte, la sociología política y la higiene pública, también a subdisciplinas como la psicología social, el psicoanálisis y la etnografía. Se hizo uso de sus líneas teóricas, prácticas, metodológicas y técnicas. Con ello se realizó una mirada interdisciplinar que propició cruces de trabajo, de conocimiento horizontal y procesos de intervención. Los conceptos eje que se trabajaron durante los 8 semestres de la tesis doctoral representan elementos complejos: arte, elaboración, trauma colectivo y catástrofe; son puntos de partida que construyen puentes entre las disciplinas para hacer un análisis profundo. Por ello, se recurre a la interdisciplina como vector integral y como un abordaje fundamental en esta investigación doctoral.

La interdisciplina definida como la acción concertada de varias disciplinas que reunidas por un objeto de estudio promueven una vía de conocimiento hacia un fenómeno de la realidad, por lo que no se puede avanzar hacia el estudio interdisciplinar sin el aporte de las herramientas teóricas y metodológicas que cada paradigma propone, ya que estas permiten la construcción del proceso epistemológico y abordan integralmente el objeto que se investiga (Baraona, et al. 2016).

Este estudio busca una comprensión de las intervenciones comunitarias con herramientas artísticas que aparecieron en una vertiginosa realidad de emergencia con población en condición vulnerable luego del sismo del 19 de septiembre de 2017. Se persigue una vía de comprensión mediante el análisis y la articulación de distintos saberes sin pretender un conocimiento generalizable, científicista o positivista.

Los estudios interdisciplinarios de análisis representan un salto cualitativo en relación con los estrictamente disciplinarios o multidisciplinarios. Por ello, la interdisciplina nos permite discutir desde distintos ángulos explicativos, así como reconocer los límites y alcances de cada disciplina. Es un proceso de entendimiento como una espiral que se amplía y asciende cada vez más hacia la concreción, la complejidad y la dialéctica, sin alcanzar nunca el giro final (Piaget y García, 1982).

Al hablar de complejidad nos estamos refiriendo al conjunto de conceptos que evocan la noción de interacción entre elementos dispares o similares, pero autónomos y con propiedades específicas que se combinan para permitir el surgimiento de nuevas áreas generales o sistémicas. La complejidad involucra factores o procesos que se imbrican en un sistema mayor, cuyo funcionamiento es mucho más que la suma de sus partes, que tiene características diversas, mezcladas entre sí y que le otorgan capacidades auto-organizativas y de adaptación, de modo que funcionan de forma fluida en un medio o en condiciones de contorno dinámicos. (Baraona, et., al. 2016).

La complejidad surge frente a la imposibilidad de abordar un fenómeno determinado a partir de una sola disciplina o incluso de un conjunto pluridisciplinar o multidisciplinar con enfoques simultáneos que no contemplan la integración profunda del trabajo de esas diversas disciplinas (García, 2006). “Es el viaje en búsqueda de un modo de pensamiento que respetará la multidimensionalidad, la riqueza, el misterio de lo real, y considerará que las determinaciones cerebral, cultural, social, histórica que sufre todo pensamiento, codeterminan siempre el objeto de conocimiento” (Morin, 1980, p. 10).

Por ello, la complejidad está completamente asociada con la relación entre el sujeto que conoce y el objeto a conocer; entre disciplinas y saberes con la construcción de dicho objeto a estudiar.

Es importante señalar que el hecho de hacer investigación interdisciplinaria no significa una eterna rumiación sobre el objeto estudiado o una discusión sin fin, se debe correr el riesgo de una afirmación o negación y es indispensable pensar sobre la importancia de ejercer responsabilidad práctica en un acto (Richard, 1998).

Por ello, durante todo el proceso de intervención se asumió un compromiso con el grupo y la comunidad, entendiendo que las decisiones que se tomaban, así como el rumbo al que se dirigía el proceso tenía una condición práctica que movilizaría a todos los participantes.

Resulta menester enfatizar el carácter de acción crítica en la intervención que anima este proyecto de investigación, Richard (1998), plantea que no basta con analizar los textos de la cultura en su dimensión intra-discursiva, sino que es importante buscar siempre comprometerse en un trabajo crítico de desmontaje y rearticulación del sentido para examinar las conexiones locales y específicas que unen los signos con sus redes político-institucionales.

Dice P. Bové: "la acción crítica no puede sólo descubrir y minar el discurso opresor, sino también abrir espacios de ayuda a otros para formar sus propias subjetividades en oposición a las definiciones discursivas e institucionales generadas y fijadas por las estructuras dominantes y sus agentes" (Bové, 1992 p. 78).

Este estudio no solo intenta contar el trauma colectivo tras el sismo en comunidades del estado de Morelos, busca desmontar el supuesto saber de las instituciones gubernamentales encargadas de la salud mental comunitaria, intenta mostrar que ante una tragedia sísmica la noción tradicional de disciplina es insuficiente para el trabajo de intervención, que los márgenes respecto a las áreas disciplinares establecidas no alcanzan para comprender fenómenos subjetivos, que se deben buscar otros modos de hacer ciencia frente a realidades que rebasan el formato académico disciplinar, puesto que la práctica nos muestra lo rígido, reducido, limitado y aislado que éste puede llegar en situación de catástrofe.

1.2. El extractivismo intelectual sobre el sismo del 19 de septiembre.

El proceso de investigación cualitativa es un procedimiento complejo, se necesita de una gran capacidad sensitiva y trabajo constante para poder insertarte en una comunidad y establecer canales de comunicación que permitan llegar al entendimiento de las manifestaciones humanas. Tejer estas redes puede ser un trabajo difícil que requiere compromiso, responsabilidad y persistencia. No se trata de involucrarse superficialmente en ciertos espacios para obtener información, usarla a conveniencia y después marcharse. De esto nos habla Grosfoguel al argumentar que el extractivismo intelectual, cognitivo o epistémico trata de una mentalidad que no busca el diálogo horizontal entre los pueblos, ni entender los conocimientos indígenas en sus propios términos, busca extraer ideas para colonizarlas por medio de subsumirlas al interior de los parámetros de la cultura y episteme occidental. El extractivismo epistémico extrae ideas (sean científicas o ambientalistas) de las comunidades, sacándolas de los contextos en que fueron producidas para despolitizarlas y resignificarlas desde lógicas occidental-falocéntricas (2016).

Grosfoguel se refería principalmente a conocimientos indígenas, sin embargo, existen muchas comunidades indígenas y no indígenas que cuentan con conocimientos propios, que se van configurando a través del tiempo, ya sea en comunidades fijas o incluso en colectivos itinerantes. Tal es el caso de esta investigación, en la que se busca entender el proceso de intervención de colectivos artísticos con población vulnerable luego del sismo del 19 de septiembre, así como la forma en que el arte se inscribe en la restauración del trauma colectivo.

Por ello, el seguimiento a dichos colectivos artísticos en comunidades vulnerables ha sido necesaria durante los primeros 2 años de este estudio. La observación participante produjo una cercanía más estrecha, tanto con los diversos profesionales como con los que acudieron a las intervenciones, a tal grado que el lazo social que se había roto tras el desastre por evento natural se fue restaurando lentamente al mismo tiempo que se construyeron nuevas comunidades y grupos.

Después del sismo muchas personas y colectivos presentaron una aparente “necesidad de ayudar”, hicieron caravanas de acompañamiento y apoyo, brindaron víveres y cada uno abonó en la reconstrucción desde su esfuerzo. Sin embargo, muchas comunidades plantearon sentirse incómodas con esta aparente ayuda y es que argumentaron que mucha de la gente que iba a apoyar sólo acudía a zonas de desastre para sacar información (desconociendo la intención) y no la volvían a ver más. No había programas de seguimiento, trabajo de intervención y/o atención a víctimas por tiempos prolongados, los locales llegaron a llamar a ese fenómeno “turismo sísmico”, lo que provocó desconfianza y enojo entre los afectados y cierto rechazo hacia personas ajenas a la comunidad o al grupo.

“Me daba mucho coraje ver a las familias que llegaban con despensas y algunos papás les decían a sus hijos: ¿dónde quieres darla para que te saque la foto? Como si fuéramos cosas o animales, como si pensarán: quién se ve más jodido para que mi hijo se vea más bondadoso. Lo mismo con todo, venían desde el gobierno, la universidad, extranjeros a hacernos preguntas y a que llenáramos encuestas que nunca sirvieron para nada”. Narra una mujer en Jojutla.

Este extractivismo aún en situaciones de desastre se observó y permaneció vigente un largo tiempo en muchas comunidades del estado de Morelos, tanto en zonas de desastre como en espacios institucionales destinados a la reconstrucción. La poca sensibilidad para extraer información y usarla a conveniencia provocó que la población vulnerable fuera doblemente afectada, sobre todo si a daño psicológico se refiere. La revictimización promueve una mayor vulneración de los derechos humanos y se observó constantemente en la fase post-impacto.

Nos dice Betasamosake Simpson que el extractivismo es una forma de ser y estar en el mundo, es una cosmovisión ególatra donde se apropian los saberes de los demás sin consentimiento y sin pensar ni preocuparse por el impacto negativo que esto genera en la vida de los otros, porque ni siquiera existe la percepción sensible de un otro (2013).

Este proyecto justamente intenta no caer en la crítica que hace Simpson, al contrario, busca una metodología de co-labor donde se valoren otros conocimientos

y modos de estar en el mundo (saberes otros), busca una participación colectiva y dialógica para establecer prácticas de conocimiento recíprocas, el conocimiento en este estudio es relacional y emergente (en el sentido de improvisación necesaria efectiva) y va acompañado de la capacidad de promover un co-ajuste de multiplicidades (Rappaport, 2015).

Ahora bien, para lograr un trabajo colectivo y colaborativo se debe mantener un diálogo heterárquico con otros actores y sectores de la población, tanto académico como no académico. El sismo del 19 de septiembre nos tomó por sorpresa y ante el desastre emergió la improvisación; en un primer momento se comenzó por organizarse para poder apoyar a población en condición vulnerable, tanto en comunidades afectadas directamente como a aquellas que, aunque no se encontraba en zona de desastre también presentaban sintomatología que comprometía su estabilidad mental. Esta primera organización resultó ser más compleja de lo esperado y se presentaron múltiples dificultades (de traslado, económicos, de tiempo y espacio), sobre todo en los colectivos artísticos que se mantenían al margen de las instituciones gubernamentales e intentaban realizar una intervención con sus propios recursos. Aunado a ello, se contaba con poca experiencia de parte de los miembros de los colectivos, así como una escasa capacitación y especialización en la mayoría de los integrantes.

Frente a la crisis se realizó un llamado mediante redes sociales (principalmente Facebook y What's app) a la sociedad en general donde se exponía la urgencia de brindar apoyo con herramientas artísticas, lo que provocó que muchas personas interesadas se acercaran a participar. Entre ellos, artistas, psicólogos, pedagogos, antropólogos, psiquiatras, estudiantes de diversas disciplinas, personas interesadas en apoyar mediante estrategias plásticas o escénicas, así como público en general. Fue de este modo como se fueron conformando diversos colectivos que, si bien muchos de sus integrantes ya se conocían, otros se fueron acercando y uniendo durante este tránsito.

Después de este primer momento, la pregunta que siguió fue: ¿ahora qué hacemos?, aquí inició un trabajo que involucró tanto a los integrantes de los

colectivos como a la población que participó en las intervenciones, siendo la improvisación el elemento que se mantuvo vigente durante todo el proceso. Se llegaba con una idea que iba mutando y al final de la jornada se terminaba en otro lugar con propuestas que surgían e iban apareciendo desde todos los involucrados. Nadie sabía ciertamente cómo hacerlo, sin embargo, lo que sí se tenía claro era la intención de apoyar en la restauración social, así como en la subjetividad del sujeto doliente y para lograrlo se entendía que se necesitaba a la colectividad.

El trabajo que se realizó luego de la catástrofe tuvo un largo seguimiento por parte de tres colectivos artísticos donde ciertos integrantes se fueron alejando y otros nuevos aparecieron. Actualmente, sólo el colectivo “cuatro patas” sigue realizando diversas actividades artísticas en Tetecala, Morelos. La convocatoria en los tres grupos estuvo abierta durante más de un año a quienes quisieran unirse tanto en la organización, acompañamiento, impartición de talleres o asistencia a los mismos. Fueron siempre públicos e iban dirigidos a todos aquellos que quisieran comunicarse de modos artísticos diversos. Mi trabajo fue documentar este proceso como parte de la investigación acción participante en dos de tres colectivos, mientras que en el tercer colectivo “cuatro patas” mi participación fue únicamente como observadora.

Los destinatarios de esta investigación son la academia, los colaboradores de grupos colectivos artísticos, los participantes que trabajaron con dichos colectivos, así como la sociedad en general que ha permitido el desarrollo de este proyecto. Esta tesis es un trabajo compartido, colaborativo y como tal pretende servir de análisis en la restitución anímica del sujeto frente a la tragedia, así mismo, brinda una propuesta de intervención en la mitigación del sufrimiento colectivo en situaciones críticas y frente a desastre por evento natural, la cual, puede ser útil en futuros escenarios.

1.3. El conocimiento situado

Haraway (1995) habla sobre el conocimiento situado, con ello, nos invita a reconocer y reflexionar sobre el lugar (subjetivo) desde donde hablamos los investigadores y académicos, ésta es una aportación crucial cuando a ciencias sociales y humanidades se refiere. El trabajo con otros y su entorno es complejo, difícil y en algunas situaciones imposibles de sobrellevar, principalmente cuando se trabaja con el sufrimiento, la crisis y en la emergencia. Ya que quien trabaja con elementos traumáticos se vuelve testigo de testimonios terribles.

El tema de esta investigación tuvo un proceso complicado, ya que luego del sismo y tras haber sentido el sacudimiento del temblor me sentí vulnerable, al igual que mi familia, amigos, compañeros de trabajo y conocidos; viví la tragedia como experiencia directa y también crítica, me afectó en términos psíquicos y posteriormente de múltiples formas más. Al principio, esa *sacudida* impactó de forma decisiva sobre mi plan de trabajo inicial que hasta ese momento era mi proyecto de tesis doctoral. Mi tema de investigación tuvo que replantearse desde cero ya que también el sismo lo había destruido, al principio había concretado trabajar con colectivos artísticos urbanos en el mercado Adolfo López Mateos donde realizarían murales en todo el corredor. Por obvias razones la intervención se canceló y con ello, también la posibilidad de continuar con mi proyecto académico.

Posteriormente (casi un mes más tarde), un viernes 13 de octubre encontré a mi padre muerto en su cama, en su casa, tras un asalto con violencia mientras iba a visitarlo en Tecomalco, Morelos. Este evento me dejó sin capacidad de tramitar el dolor, con una herida indescriptible que solo me provocaba sufrimiento intenso y congoja, una nostalgia desbordada que me resultaba incluso indecible, ya que las palabras no me alcanzaban para describir lo que experimenté afectivamente aquella tarde. Fue inescrutable, ominoso, terrible. Sin embargo, en ese momento me identifiqué con las víctimas del sismo y sus pérdidas, pude reconocerme en ellos, sabía que no había que decir nada para que entendiéramos cuánto dolor se puede sufrir, fue así, que el arte se volvió un lenguaje que expresaba mis emociones más

profundas y dolorosas cuando la palabra no lograba comunicar ni compartir mis momentos más dolorosos.

Este proyecto busca narrar el trauma que sufrimos tras el sismo de múltiples formas, así como el proceso de reconstrucción que se halló mediante herramientas artísticas, la forma en que el dolor se resituó y permitió transformar la angustia en actos creativos y de recuperación. No hay total objetividad en mi investigación, ya que el sujeto no es completamente objetivo, se encuentra inherentemente atravesado por su propia subjetividad y con ello, al campo de la dimensión cultural y social. De eso se trata este proyecto, de hablar de las emociones, de las pasiones que guían nuestra forma de ser y estar, de la manera como nos relacionamos con el otro y lo que esperamos de los demás y de nosotros mismos; de nuestra complejidad, de nuestras carencias, de los miedos y los rencores, de las culpas y los desaciertos, de cómo fuimos y somos, de la oscuridad y de la luz que acompañan nuestra memoria y configuran nuestra biografía. Intento hablar de los actos, los que se pronuncian, los que se callan y los que se actúan, de las expresiones con el arte y de lo tormentoso de existir cuando se ha perdido todo. Intento hablar del ser humano escribiendo y escuchando.

Esta forma de conocimientos situados requiere responsabilidad, Cariño (2012), nos explica que es un posicionamiento crítico que implica también ponerse en el lugar del otro, mirar desde abajo, con otros ojos a ese otro, como actor y como agente, no como una pantalla o un terreno, no un recurso, se trata de entenderlo desde un yo que sirve como herramienta y de un nosotros que sirve como material de investigación.

Por otra parte, este proyecto intenta preguntarse tal como lo hace Segato (2013) sobre la postura teórica que persigue, si bien es cierto que hay mucho material teórico hoy día, la elección de ciertos autores determina una línea de trabajo que es innegablemente política. Mi trabajo ha perseguido principalmente la organización comunitaria, la que se mantiene al margen de las instituciones oficiales; la cual busca un diálogo colectivo, entre profesionales, con la sociedad civil de distintas áreas y en función de las necesidades de diversos grupos

vulnerables, por lo tanto, las propuestas teóricas, metodológicas y de intervención que se han seguido son bajo enfoques interdisciplinarios.

Así mismo, esta investigación busca la autosustentabilidad, de modo que nos permita pensar a la salud mental fuera de clínicas mentales, hospitales o consultorios tradicionales, por el contrario, permite pensar la tramitación del trauma como expresión emancipadora y dignificante, de orden colectivo y organizativo, donde la salud mental se mantenga al alcance de todos y así, cada sujeto participe activamente y se responsabilice de su propia condición psicológica y elaborativa. Sin embargo, cabe mencionar que este estudio no desacredita otros medios de tratamiento ni pretende que esta propuesta de intervención se vuelva la única vía de acceso en la implementación de estrategias en apoyo a la salud mental individual o colectiva. Se conoce y se justifica el uso de otros saberes, tradicionales o no tradicionales que al igual que este proyecto, busca el equilibrio psíquico de aquellos que padecen.

1.4. Planteamiento del problema

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud un millón de sismos ocurren mundialmente, resultando en un promedio de dos sismos por minuto. Un terremoto de gran magnitud en una zona urbana es uno de los peores desastres naturales que pueden ocurrir. Durante las últimas cuatro décadas (1970-2017) los terremotos han causado más de un millón de fatalidades solo en Armenia, China, Ecuador, Guatemala, Haití, Irán, India, Indonesia, Japón, México, Pakistán, Perú y Turquía (OMS, 2017). Esto genera que sea uno de los desastres más devastadores y temidos por las sociedades.

Ahora bien, es común reconocer las consecuencias inmediatas de dichos sismos tales como las pérdidas humanas, desplazamientos y los daños materiales; así mismo se identifican los factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad en ciertos fragmentos poblacionales. Sin embargo, aún hay mucho que saber acerca de las consecuencias a la salud mental como problema de salud pública luego de un desastre por evento natural. Los efectos nocivos de un terremoto a nivel psíquico también resultan devastadores, requieren un tratamiento específico y medios de intervención oportunos, eficientes y coordinados (Salazar-Arbelaez, 2018).

Pese a lo anterior, los planes, protocolos, guías técnicas y documentos en salud mental que asisten a la población afectada mexicana colocan escaso interés en la restauración psíquica sobre los tres ejes de atención: prevención, impacto y seguimiento. Por lo que, frente a desastres nacionales se recurre a protocolos extranjeros y guías mundiales que no siempre logran adecuarse a situaciones locales (municipales, estatales y nacionales), provocando así descontextualización, ineficacia e incluso el fracaso de los planes de intervención.

Uno de los principales desafíos en salud mental se presenta al enfrentar los efectos psicosociales de los desastres en los países latinoamericanos con sus heterogeneidades. Es prioritario por ello, desarrollar modelos de intervención que respeten y usen las características culturales específicas de cada país y

entendiendo la alta carga traumática por la que atraviesa la población. Un sismo repercute directamente sobre la situación mental de quien lo experimenta; sobre las personas que perciben su vida en peligro o sufren la pérdida de bienes materiales, humanas e incluso corporales (Abeldaño y Fernández, 2014).

Estas circunstancias traumáticas promueven la aparición de trastornos y síntomas que dificultan e impiden la salud mental entre los afectados. La literatura plantea que dentro de los fenómenos psicopatológicos más comunes están el trastorno de estrés pos-traumático (TEPT), el trastorno de estrés agudo, la depresión, los trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos, duelo complicado, trastornos de la personalidad y adicciones (Moreau y Zisook, 2022). En algunas personas estos estados psíquicos pueden progresar, de tal modo que los síntomas mantienen intensidad y cronicidad. Esto afecta el comportamiento, la capacidad cognitiva y funcional hasta llegar a fenómenos más graves de la personalidad (Figuroa, et. al 2016).

En México el 12.2% de la población ha experimentado trastorno de estrés pos-traumático alguna vez en su vida. Cabe mencionar, que además de los costos individuales las secuelas del trauma afectan psicosocialmente a los grupos y comunidades de manera temporal e incluso permanente (Figuroa, et. al 2016).

Por lo tanto, los servicios de salud municipal, estatal y nacional son los encargados de brindar atención y seguimiento durante y después de una catástrofe sísmica como la del pasado 19 de septiembre de 2017. Sin embargo, este apoyo no siempre es oportuno y sistematizado, por lo que las opciones de organización civil muchas veces son las mejores alternativas de tratamiento frente al trauma compartido.

Entre las propuestas para aminorar la carga traumática colectiva se han registrado participaciones con contenido y herramientas artísticas que trabajan directamente en la comunidad vulnerada. Se ha encontrado que las disciplinas artísticas son herramientas efectivas en el desarrollo psicosocial y en la promoción de prácticas colaborativas resilientes frente a hechos trágicos (Palacios, 2009).

De este modo, el trabajo psicosocial con herramientas artísticas permite un análisis investigativo sobre las estrategias artísticas implementadas en comunidades afectadas por el sismo del 19 de septiembre de 2017, así como una propuesta de intervención con dispositivos escénicos. Esto coadyuva al entendimiento del conocimiento comunitario morelense que se genera y gestiona desde prácticas emergentes en situaciones críticas.

Por lo tanto, la pregunta central que guía esta investigación es la siguiente:

¿Cómo incide el arte en la elaboración del trauma colectivo después del sismo del 19 de septiembre de 2017?

1.5. Objetivos de la investigación

1.5.1. Objetivo General de la Investigación:

Identificar, exponer y analizar las actividades comunitarias propuestas con herramientas artísticas a población en condición de vulnerabilidad luego del sismo del 19 de septiembre de 2017.

1.5.2. Objetivos específicos:

1.- Identificar y analizar las consecuencias de las intervenciones de los colectivos artísticos sobre la población afectada de Morelos tras el sismo del 19 de septiembre de 2017.

2.- Mostrar, describir y reflexionar cómo la herramienta artística escénica propicia el lazo social después del sismo del 19 de septiembre de 2017.

3.- Analizar las políticas públicas de salud mental en la urgencia de una catástrofe por evento natural.

4.- Identificar las condiciones diversas encontradas por los intervinientes durante su participación.

1.6. Justificación

El sismo del pasado 19 de septiembre de 2017 dejó al Estado de Morelos como zona de desastre, frente a este suceso las instituciones gubernamentales y encargadas de la restauración social no han sido suficientes para frenar o aminorar las consecuencias psicosociales del siniestro entre los afectados, por lo tanto, la sociedad civil tuvo que organizarse para apoyar desde sus posibilidades. Así mismo, diversos colectivos artísticos emprendieron brigadas de colaboración y solidaridad en apoyo a comunidades en condición vulnerable.

Entender y analizar cómo se realizaron intervenciones con herramientas artísticas y el impacto que tuvieron en la reparación tras el trauma resulta útil e incluso necesario desde distintos aspectos. En principio para realizar un registro sobre el fenómeno del sismo y las repercusiones que desencadenó, tanto sociales, comunitarias y psicológicas en cierta población del estado de Morelos. Documentar cómo la sociedad se ha organizado y los medios de los que se ha valido para restaurarse tanto individual como colectivamente permite elaborar futuros planes de emergencia para los servicios de asistencia gubernamentales y no gubernamentales con el objetivo de que estén en condiciones de actuar rápida, eficaz y coordinadamente.

La creación de intervenciones comunitarias con elementos escénicos como alternativas de abordaje comunitario aporta un beneficio social para futuras catástrofes similares y una autosustentabilidad al margen de los planes y protocolos oficiales para restaurar la vida psíquica del sujeto luego de una emergencia. Identificar las herramientas artísticas que han servido en situación de desastre para sanar el trauma permite continuar con investigaciones que posibiliten mayor organización y comunicación entre la sociedad académica, civil y gubernamental.

El estado de Morelos no había registrado antes una catástrofe como la ocurrida el pasado 19 de septiembre de 2017, por lo que el pánico y el escaso apoyo que el estado brindó a la población afectada provocó consecuencias desastrosas, no se siguió ningún plan o protocolo oficial de salud mental local durante la

intervención debido a que éste no existe en nuestra entidad, por lo que muchos de los rescatistas y brigadistas (de diversas áreas) improvisaron medidas de apoyo. Esta investigación busca servir como referencia para futuras discusiones de catástrofes naturales tanto en el Estado de Morelos como en otras zonas afectadas del país e incluso generar propuestas de abordaje interdisciplinarios para lograr una mayor coordinación y trabajo conjunto en salud mental, así mismo, analiza cómo se puede llegar a propiciar intervenciones y proyectos locales para el manejo de crisis en situación de desastre. Este estudio permite también identificar actividades grupales y colectivas que buscan la mitigación del sufrimiento con víctimas de eventos naturales, fomenta el registro, la investigación y el trabajo comunitario psicoterapéutico.

Finalmente, el arte es una herramienta vinculada a procesos rehabilitatorios, comunitarios, identitarios, políticos y simbólicos. Su complejidad es desmesurada y por ello, su posibilidad de desarrollo y avance exige estudios profundos y de mayor amplitud. Si bien las investigaciones al respecto son escasas, es de suma importancia continuar explorando las líneas de estudio existentes.

Fischetti y Chiavazza, (2017) plantean que el arte también puede ayudar a cuestionar las clasificaciones y categorías de las ciencias dominantes que, si bien pueden ser muy efectivas en la tarea de comprender ciertos procesos, condiciones y relaciones, dejan zonas enteras de la vida psicosocial en la penumbra. El arte, por lo tanto, intenta internarse en esa penumbra para interrogar lo que apenas puede verse.

1.7. Método

El uso de la metodología cualitativa resulta ser la más oportuna para lograr cumplir con los objetivos de esta tesis, la complejidad del tema y las circunstancias actuales exigen un tratamiento metodológico de comprensión profunda en la que transitan distintos saberes y prácticas transversales. Al realizar un trabajo con población en condición vulnerable por tragedia sísmica se usa el discurso oral, escrito y todas las posibilidades significativas y significantes que te brindan las herramientas artísticas; por lo que el uso del método cualitativo es fundamental para entender y analizar los actos creativos, así como el proceso en el que los seres humanos usan elementos simbólicos compartidos que forman parte del yo, del grupo y la comunidad. Así mismo, las humanidades se ven implicadas en procesos de comprensión e intervención de subjetividades que afectan a las personas, por lo que están dirigidas a conocer exhaustivamente el contexto en el que estas actúan (Iñiguez, 1999).

1.7.1. Diseño de investigación:

Esta investigación se guio principalmente bajo el criterio metodológico de Investigación Acción Participativa (IAP) puesto que se investigó participando directamente en dos colectivos artísticos: Acción terapéutica colectiva y Colectivo Universidad Fray Luca Paccioli (UFLP), durante las distintas fases del proceso.

La IAP proviene de la educación aplicada a contextos de marginación y exclusión socioeconómica en desarrollo. La educación popular, desarrollada por Freire (1973) propone concientizar acerca de las causas de su condición marginal y de sus capacidades de liberación, su objetivo es desembocar en movimientos sociales capaces de impactar en las condiciones estructurales que generan injusticia social. Por ello, es necesaria una metodología pedagógico-política que afiance la conciencia de clase de la población en condición vulnerable.

Esta metodología ha sido conceptualizada como el proceso por el cual miembros de un grupo o una comunidad, recolectan y analizan información, y

actúan sobre sus problemas con el propósito de encontrarles soluciones y promover transformaciones sociales (Selener, 1997).

En este modelo las personas que participan, independientemente de su grado de educación, sexo y posición social, contribuyen en forma activa al proceso de investigación. Según Fals-Borda la IAP es un complejo de actitudes y valores, este método de trabajo da sentido a la praxis en el terreno práctico. No sólo es una metodología de investigación, es principalmente una filosofía de vida que busca hacer de sus practicantes personas críticas y comprometidas con su medio circundante (2008).

Este método tiene grandes influencias teóricas por la pedagogía del oprimido (Freire, 1970) y refleja la ideología de que la experiencia de todas las personas es altamente importante, por lo que, contribuyen activamente al proceso de investigación. La IAP se enfoca en generar acciones para transformar la realidad social de las personas involucradas. La investigación y la acción social permiten promover procesos permanentes de construcción del conocimiento con rigor, elaborando instrumentos, usando herramientas teóricas y prácticas; exigiendo continuidad en la evaluación, control y seguimiento (Fals-Borda, 2008).

Si bien, esta vía de abordaje permite construir conocimientos significativos para el mundo científico también interviene directamente fuera del contexto académico, posibilitando la transformación de situaciones problemáticas en los grupos poblacionales con los que se trabaja, principalmente aquellos con alta vulnerabilidad.

Las tres actividades centrales de la Investigación Acción Participativa son dinámicas y complementarias, la primera corresponde con la investigación: analiza las condiciones históricas del grupo o comunidad, realiza un análisis funcional de las condiciones actuales y evalúa participativamente las necesidades comunitarias. La segunda actividad es la educativa: se realizan discusiones y círculos de estudio para el desarrollo del pensamiento crítico. Finalmente, la tercera actividad corresponde a la acción: refiriéndose a llevar a la práctica comunitaria las acciones

concretas de cambio, es durante esta fase cuando se desarrollan modelos para el desarrollo comunitario (Balcazar, 2003).

Ghiso (2014), sostiene que el camino de la IAP es un sendero de rupturas, donde hay que andar en contracorriente y esto es posible cuando los investigadores buscan opciones ético-políticas de cambio, hacen caminos de investigación acción con imaginación y colaboración. La IAP intenta construir conocimiento desde opciones emancipadoras y transformadoras.

Martínez (2009), señala que los sujetos investigados son auténticos co-investigadores, ya que participan activamente durante todo el proceso investigativo, desde el planteamiento del problema (por lo que debe ser un fenómeno que les afecte profundamente), tanto en la información que debe obtenerse al respecto (que determina todo el curso de la investigación), así también en las técnicas que van a ser utilizadas, en el análisis e interpretación de los datos así como en la decisión de qué hacer con los resultados y las acciones que se programarán en el futuro.

La IAP es, por lo tanto, investigar desde un paradigma dialógico y participativo, Freire plantea:

“No puedo investigar el pensar del otro referido al mundo si no pienso. Pero no pienso automáticamente si los otros tampoco piensan. Simplemente no puedo pensar por los otros ni para los otros, ni sin los otros. La investigación del pensar del pueblo no puede ser hecha sin el pueblo, sino con él como sujeto de su pensamiento” (Freire, 1970, p. 71).

1.7.2. Participantes

Esta investigación dio seguimiento a dos grupos de participantes durante 18 meses consecutivos a partir del sismo del 19 de septiembre de 2017, el primer grupo estuvo conformado por los miembros de los colectivos artísticos que tuvieron la figura de interviniente, puesto que llevaron a cabo una labor de intervención post-impacto con la población afectada, tanto en albergues de Jojutla como en el espacio público en

Tetecala, Cuernavaca y Jiutepec. En este primer grupo se encuentran tres colectivos artísticos, sus nombres son: colectivo cuatro patas, acción terapéutica colectiva y colectivo UFLP. Dichos colectivos se conformaron por profesionales de distintas áreas, tales como artistas, psicólogos, filósofos, un psiquiatra, trabajadores sociales, antropólogos, comunicólogos humanos, también participaron activamente estudiantes (de diversas áreas y universidades), artesanos y público en general; todos interesados en trabajar la salud mental comunitaria y usar el arte como herramienta terapéutica central. Los miembros de este grupo eran adultos, mayores de edad, hombres/mujeres que participaron por voluntad propia y brindaron su consentimiento para poder investigar su intervención.

Cabe mencionar que el colectivo “cuatro patas” se conformó antes del sismo, ya venían trabajando con herramientas artísticas meses atrás. Sin embargo, me enteré de su labor hasta un año después del terremoto mientras organizan talleres para conmemorar el primer año del suceso, por lo que mi participación en este grupo fue únicamente como observadora y entrevistadora.

Por otra parte, se realizó un trabajo de intervención y seguimiento a un segundo grupo que tiene la figura de participante, puesto que fue partícipe en las intervenciones artísticas, este grupo estuvo constituido por ciudadanos afectados psíquicamente por el sismo. Los participantes oscilaron entre los 13 y los 55 años de edad, de manera gratuita y bajo supervisión de los padres (en el caso de los menores de edad).

1.8. Camino de abordaje: el procedimiento

Para realizar la investigación acción participativa se trabajó en comunidades vulnerables luego del sismo del 19 de septiembre, tanto en albergues como en espacios públicos y gubernamentales, disponibles con los colectivos artísticos y personas interesadas en la salud mental comunitaria. Para ello, se registraron diversas reuniones donde se propusieron actividades lúdicas y artísticas en distintas

comunidades de Morelos, entre ellas, Jojutla (plaza pública), Cuernavaca (frente a la tallería), Tetecala (en la plaza pública frente al palacio municipal y más tarde en el teatro del pueblo) y el Pochotal, Jiutepec. Donde se dio seguimiento a las representaciones teatrales colectivas en dichos espacios públicos.

Como ya se mencionó antes, el punto de partida fue coordinarse con personas interesadas en participar activamente con población vulnerable después del sismo con un método artístico. Una vez que se enlazaron organizaciones civiles y artísticas ingresar a comunidad era la segunda fase para proponer y escuchar las necesidades de cada grupo o comunidad y poder así comenzar el trabajo de campo.

Así mismo, y de forma paralela la asistencia a eventos públicos y privados fue importante para proponer redes de comunicación, especialización y apoyo, tales como mesas de discusiones, foros, reuniones de trabajo entre colectivos, profesionales especializados y sociedad civil; capacitaciones psicosociales luego de desastres por eventos naturales, conferencias y un congreso con enfoque psicoanalítico post-impacto.

Se sabe, que a pesar de que el sismo haya pasado tiempo atrás las consecuencias socioafectivas duran semanas, meses e incluso años, los síntomas psicológicos continúan vigentes para cierta población y la tramitación del trauma colectivo es un evento profundo que exige un lento proceso reconstitutivo personal y social.

En un primero momento se realizaron entrevistas semiestructuradas a participantes de los talleres y obras teatrales para observar y registrar su opinión, requerimientos, sugerencias y escuchar sobre sus historias de vida en torno a la tragedia. Para ello, se elaboró un guion de entrevista y un diario de campo como parte de las herramientas de la investigación etnográfica.

Estas entrevistas semiestructuradas se volvieron a realizar con los participantes a diez meses del sismo y después de haber participado en las intervenciones artísticas, con el objetivo de conocer el estado psíquico de los ciudadanos, las herramientas que se usaron (individuales y comunitarias) para

hacer frente a la crisis psicológica, así como su experiencia y opinión en torno a las intervenciones con elementos escénicos. Este momento fue un segundo acercamiento con la población en condición vulnerable.

En una tercera fase y a manera de cierre se realizaron conclusiones generales para lograr los objetivos de la investigación. Así mismo, se elaboraron sugerencias y recomendaciones a las políticas públicas e instituciones encargadas de la salud mental comunitaria luego de un desastre por evento natural.

1.9 Marco ético de la investigación

La Organización Panamericana de la Salud (2016) plantea que la investigación que se dirige a seres humanos (independientemente de la disciplina) debe tomar en cuenta tres principios éticos fundamentales: el respeto, la beneficencia y la justicia. Durante el proceso de esta investigación el estudio se mantuvo éticamente responsable, el respeto a la autonomía mediante el uso del consentimiento informado fue fundamental para llevar a cabo el trabajo de campo. En este sentido, se informó detalladamente a los participantes e intervinientes sobre las implicaciones de su participación y los objetivos de la investigación.

Durante cada fase del estudio se garantizó el respeto de cada uno de los miembros participantes mediante el consentimiento informado (colocado en anexos). En el caso de los menores de edad se pidió la aprobación de los padres y/o tutores de cada adolescente, de modo que se aprobó el uso de la información que sirvió para esta investigación. La participación en las intervenciones y entrevistas fue siempre voluntaria, consensuada, gratuita e informada.

Cabe aclarar que debido a las condiciones de emergencia el consentimiento informado no siempre se firmó de manera autógrafa, muchos participantes sólo me dijeron que daban autorización de grabar (o sólo escribir) y usar la información para el estudio; algunos otros me escribieron por chat sobre su interés por participar y me brindaron su aprobación por este medio.

Es importante mencionar que la idea de una organización heterárquica rigió esta tesis, donde se subraya la disposición para la movilidad permanente de roles; el objetivo buscado, además, estaba en la disminución de la vulnerabilidad (anímica, emocional) de los afectados, es decir, no había pretensión alguna de un ejercicio de poder.

Así mismo, cada fase del proceso investigativo tuvo seguimiento por parte de un comité académico tutorial y un asesor, estos asignados por el programa de Doctorado en Humanidades de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

Finalmente, para salvaguardar la confidencialidad de los participantes no se colocan nombres ni apellidos reales, únicamente se usa la narrativa para llevar a cabo el análisis del discurso. Esta regla tiene una excepción, en el caso del uso de los nombres de un par de coordinadores del grupo colectivo cuatro paras, sin embargo, estos participantes brindaron su consentimiento informado sobre el uso de sus datos personales.

1.10. Guiones de entrevista

1.10.1. 1er Guion de entrevista semiestructurada

- Objetivo de la entrevista: Analizar y describir el arte como herramienta de elaboración del trauma colectivo después del sismo del 19 de septiembre de 2017.
- Dirigido a personas que participaron en actividades artísticas luego del sismo.
- Tiempo aproximado de la entrevista: 1 hora.
- Recursos técnicos: la guía de entrevista y audio.

Datos personales:

Nombre/seudónimo

Edad

Sexo

Lugar de residencia

Categoría 1: De evaluación. Recopilar información y observación de los síntomas/malestares.

- 1.- ¿Cómo fue tu vivencia del sismo del pasado 19 de septiembre de 2017?
- 2.- ¿Cuáles fueron tus principales miedos, preocupaciones, emociones y pensamientos?
- 3.- ¿Viviste pérdidas corporales o de seres queridos?
- 4.- ¿Cómo te sentiste después del sismo?
- 5.- ¿Presentaste dificultades para comer, dormir o comunicarte con los demás?

6.- ¿Fuiste diagnosticada con alguna condición médica, psiquiátrica o psicológica después del sismo del 19 de septiembre de 2017?

7.- ¿De qué medios psicoterapéuticos te valiste para sanar?

De intervención: actividades artísticas.

1.- ¿Cómo participaste en actividades artísticas?

2.- ¿Cómo te sentiste durante y después de las intervenciones artísticas?

3.- ¿Te ayudaron de alguna forma las actividades artísticas? ¿cómo?

4.- ¿Crees que sirvieron para el grupo o la comunidad? ¿de qué forma?

De seguimiento.

1.- ¿Ha presentado dificultades para comer, dormir o comunicarte con los demás?

2.- ¿Cómo son sus relaciones interpersonales actualmente?

3.- Si lo diagnosticaron con alguna condición médica, psiquiátrica o psicológica:

¿Cómo afrontó su condición?

¿Qué tipo de tratamiento físico y psicológico siguió (hasta el día de hoy)?

4.- ¿Cree que las intervenciones artísticas tuvieron un impacto positivo en usted?

¿Cómo?

5.- ¿Cree que el arte formó parte de la reconstrucción personal/grupal/ comunitaria?,

¿cómo?

Comentarios finales.

1.10.2. 2º Guion de entrevista semiestructurada

- Objetivo de la entrevista: Analizar y describir el arte como herramienta de elaboración del trauma colectivo después del sismo del 19 de septiembre.
- Dirigido a artistas (teatros, actrices, literatos y pintores), psicólogos, psiquiatra, gestores culturales, antropólogos, filósofos, estudiantes y público en general que conforman colectivos artísticos y usan el arte como herramienta de elaboración psicosocial después del sismo del 19 de septiembre.
- Tiempo aproximado de la entrevista: 1 hora.
- Recursos técnicos: la guía de entrevista y audio.

Datos personales:

Nombre/seudónimo

Edad

Sexo

Lugar de residencia

Nombre del colectivo-organización en la que trabaja.

Lugar y tiempo donde intervino su colectivo u organización después del sismo del 19 de septiembre.

Categoría 1: de evaluación. Recopilar información y observar los síntomas.

- 1.- ¿Cómo fue tu vivencia del sismo del pasado 19 de septiembre de 2017?
- 2.- ¿Cuáles fueron tus principales miedos, preocupaciones, pensamientos y/o sentimientos?
- 3.- ¿Viviste pérdidas corporales o de seres queridos?

4.- ¿Cómo te sentiste después del sismo?

5.- ¿Presentaste dificultades para comer, dormir, comunicarte con los demás o algún otro problema físico o afectivo?

De intervención: actividades artísticas.

1.- ¿Por qué realizar actividades artísticas en comunidades vulnerables después del sismo? ¿cuál era el objetivo?

2.- ¿Cómo te organizaste para llevarlas a cabo con tus compañeros, amigos, otros profesionales, sociedad civil, etc.?

3.- ¿Cómo te sentiste durante y después de las intervenciones artísticas?

4.- ¿Qué impacto tuvieron estas intervenciones artísticas en tu vida y en tu trabajo?

5.- Presentaste alguna dificultad física o psicológica durante tu intervención? ¿cuál?

6.- ¿Consideras que ayudaron de alguna forma las actividades artísticas?, ¿cómo?

7.- ¿Crees que sirvieron para el grupo o la comunidad? ¿de qué forma?

De seguimiento: actividades artísticas

1.- ¿Se han hecho actividades de seguimiento con los participantes con los que intervinieron? ¿cuáles?

2.- ¿Cómo te has sentido en las actividades de seguimiento?

3.- ¿Cómo ha sido la relación entre los participantes y el colectivo artístico?

4.- ¿Cómo han seguido organizándose dentro del colectivo-grupo?

5.- ¿Tuvieron algún impacto las intervenciones artísticas en tu vida y/o trabajo?, ¿cómo?, ¿cuáles?

6.- ¿Consideras que las intervenciones artísticas tuvieron un impacto en la comunidad? ¿cómo?

De seguimiento a la fatiga de compasión

1.- ¿Cómo te sentiste durante y después de las intervenciones artísticas?

2.- ¿Presentaste alguna dificultad física o psíquica durante o después de las intervenciones tales como fatiga crónica, falta de apetito, dificultad para comunicarte con tus seres queridos, sentimientos de culpa, problemas de concentración, falta de sueño, etc.?

3.- ¿Cómo cuidaste tu salud mental durante y después de tu participación como interviniente?

4.- ¿Hablaste de tus emociones con alguien?

Comentarios finales.

“El territorio se revela en la imagen de la madre tierra. Esta es un segundo útero que nutre al habitante. Desde sus colores, líneas, ritmos, formas, modela los paisajes interiores del hombre. Desde los ruidos y sonidos del entorno le afina el oído para atender las voces de su ser. Los aromas, los sabores de frutos y frutas le transfieren la energía de sus raíces. El contacto de la piel del hombre con la piel del terruño troquela su autoctonía”.

Fidel Sepúlveda

“*Los pies en la tierra*, decimos para alabar la cordura, el sentido de la realidad. Y de repente el suelo se echa a andar; no hay amparo: todo lo que era firme se viene abajo”.

José Emilio Pacheco

Capítulo 2. Desastre y contingencia por evento natural

El terremoto que sucedió el 19 de septiembre de 2017 en México fue un suceso trascendental que marcó de múltiples formas la vida de quien lo vivió, sus consecuencias han sido huellas permanentes en la biografía individual, grupal y colectiva; causó pérdidas irre recuperables en el territorio tangible y también en el afectivo, provocó en cada sujeto reacciones y acciones que hasta hoy día se cuentan y se sienten, movió la historia de cada lugar, de los escenarios físicos y de las leyendas locales. El terremoto brindó también la oportunidad de pensar en la condición humana desde distintos enfoques disciplinarios. El tema del hombre frente a la tragedia: el horror, el caos, la desesperación, el pánico, la inseguridad, la vulnerabilidad, lo ominoso, la pérdida y el dolor; pero también desde la perspectiva de reparación, de los lazos sociales solidarios, del entramado de un tejido de conjunto comunitario, la empatía, la movilización, la creatividad, entre muchos otros elementos psíquicos importantes para analizar.

Este capítulo brinda un panorama introductorio en torno al sismo, explica brevemente el concepto de desastre por evento natural, su tipología y las

consecuencias psicosociales tras la catástrofe, nombra los síntomas psicológicos más usuales que provoca un terremoto desde una perspectiva psicodinámica. Habla también sobre nuestra propia tragedia, la sucedida el 19 de septiembre de 2017, particularmente en el Estado de Morelos, sobre los mecanismos de supervivencia que se generaron, pero sobre todo de colaboración comunitaria; porque si bien el sismo deja desastre y pérdida a su paso, también genera nuevas posibilidades de enseñanza y resiliencia compartida.

2.1 El concepto de desastre

A lo largo de la historia, distintas culturas han desarrollado una enorme fascinación por la observación del universo, relacionando las estrellas, cometas, eclipses y otros fenómenos celestes con sucesos trascendentales, que influirían directamente en la vida de las personas y su grupo de referencia. Bajo esta cosmovisión, es fácil comprender que la palabra “desastre” tuviera su origen en las raíces griegas “des” y “aster”, que significan: negación y astro. La negación de los astros a la buena fortuna de las personas y por ende un augurio del inicio de calamidades y fatalidades correlacionadas (Ulloa, 2011).

Con el surgimiento de las diversas religiones, los desastres por evento natural comenzaron a ser atribuidos al castigo divino, a la ira de Dios y se dejó de lado a los fenómenos estelares o al paso de los cometas. Se pensaba que las catástrofes naturales se configuraban como señales divinas dirigidas a eliminar algunos comportamientos humanos que no se ajustaban a la ética de la época (Dupuy, 2006). Aún hoy en día es frecuente oír testimonios de personas, principalmente de fe cristiana, que cuentan cómo el desastre se manifestó en determinada comunidad por el enojo de Dios ante el mal comportamiento de la gente, o caso contrario, que se evitó una tragedia en determinado lugar por implicaciones religiosas (Ulloa, 2011).

En el sismo del 19 de septiembre de 2017 en Morelos, por ejemplo, se hablaba sobre la caída de las iglesias y sus cúpulas como una señal de castigo, de advertencia o de sufrimiento de Dios por los actos de desacato y violencia que han sucedido en los últimos años en la entidad:

“Diosito nos está castigando, todo es nuestra culpa, mira cómo vivimos, por eso nos mandó este castigo”. Grita una señora mayor inmediatamente después de que el sismo ocurriera.

El término desastre, se refiere a la alteración que se genera por el impacto de un fenómeno de origen natural o producto de la acción del ser humano, incidiendo directa y negativamente sobre la sociedad. Por su naturaleza devastadora, éste no puede ser afrontado o resuelto utilizando los recursos disponibles en ese momento. El desastre es una crisis con efectos de alteración en todos los ámbitos del sujeto; materiales, organizativos, sociales y subjetivos, el impacto entonces se vuelve irreversible para todo el sistema afectado (Placanica, 1991).

Los desastres son eventos extraordinarios que causan gran destrucción, usualmente provocan muertes, daño psíquico e intenso sufrimiento humano (Cohen y Ahern, 1986). Con un terremoto deviene un sacudimiento en el plano de lo simbólico, por ello, resulta tan difícil e incluso imposible integrar la experiencia a la psique o identificarlo en la historia personal de quien lo vive, porque no existía antes, no hay registro previo en la memoria y eso es lo que lo vuelve tan aterrador. Lo desconocido resulta desastroso, temible, oculto; nunca se está preparado para aquello que no se conoce, de ahí la escasa o nula capacidad de respuesta.

El desastre es un evento adverso que se manifiesta en un territorio determinado y cuya magnitud altera en gran medida la vida cotidiana de las personas; sus bienes, actividades y servicios, provocando un retroceso en el desarrollo previamente planificado. Por lo general, cuando el desastre se manifiesta, sobrepasa la capacidad de respuesta de la comunidad afectada, por lo que se necesita de la ayuda y cooperación externa para llevar a cabo los procesos de

rehabilitación y reconstrucción de las zonas afectadas puesto que sin ella los medios de rescate no son suficientes.

Dicha reconstrucción lleva meses e incluso años, principalmente en comunidades con mayor índice de pobreza, por lo que la ayuda y los esfuerzos se enfocan en la reconstrucción infraestructural y la atención a la salud física; escasamente se piensa en la salud mental, sobre los procesos afectivos de pérdida, tramitación del duelo, elaboración del trauma y seguimiento de trastornos mentales de cualquier orden, éste rubro es usualmente atendido por la sociedad civil bajo sus propios medios y recursos, o bien, de formas individualizadas. Si bien, se sabe que es necesario atender al cuerpo psíquico (incluso como conocimiento popular), sin embargo, no se tiene una capacitación previa, los recursos de salud pública son insuficientes y la comunidad debe gestionar sus propios modelos de intervención, así como buscar redes de apoyo para ponerlos en práctica:

“Es necesario convocar a más personas para que vengan a apoyar, pero no solo brigadistas para que ayuden a levantar piedras, también a gente que quiera apoyar con los que perdieron sus cosas, que pinte con los niños, que hable con las familias que perdieron a sus viejitos, que organice reuniones para llorar, porque se vale, es necesario”. Dice una brigadista.

2.2 El sismo como desastre por evento natural

La etimología del terremoto significa movimiento de la tierra, dicho movimiento brusco de la tierra es causado por la súbita liberación de energía acumulada durante un largo tiempo. Su causa principal es el movimiento de las placas tectónicas que conforman la corteza terrestre, aunque pudiera originarse también por la actividad subterránea originada por un volcán en proceso de erupción o por la acción de una fuerza extrínseca provocada por el ser humano (FEMA, 2004).

Se puede determinar la probabilidad del suceso, pero no el momento exacto, por lo que la sorpresa es una característica principal, de ahí que la psique no pueda

metabolizar la información y devenga como suceso traumático. El pronóstico se basa en la monitorización de la actividad sísmica, incidencia histórica y observaciones, pero todo se queda solo en aproximaciones. Asociado a un terremoto de gran intensidad (sismo principal) se pueden producir sismos premonitores y réplicas que provocan mayor pánico y caos social. Estos últimos usualmente son 1 ó 2 grados de intensidad inferior al sismo principal y pueden complicar aún más la situación, puesto que afectan estructuras ya antes dañadas y provocar derrumbes y colapsos en edificaciones lo que incurre en mayores pérdidas en el plano físico y psicológico (FEMA, 2004).

Durante las últimas décadas, el impacto de los terremotos se ha reflejado a nivel mundial en alarmantes cifras de víctimas, destrucción y pérdidas en todos los sentidos; han incidido directamente en un retraso del desarrollo social, económico y cultural, y por ende en la calidad de vida de sus pobladores, además de obstaculizar el avance sostenible particularmente en países en desarrollo (Parada, 2004).

Así, en los últimos cuarenta años la cantidad de víctimas por catástrofes naturales se ha quintuplicado en el mundo. El aumento incontrolado de la población, especialmente de la urbana, así como la situación socioeconómica, medioambiental y política de algunas regiones, son las principales causas de esta situación (Placanica, 1991). Se estima que entre 1990 y 2019 aproximadamente 400 000 muertos, dos millones de heridos y 61.5 millones de personas afectadas han sido reportados como víctimas de fenómenos telúricos (Salazar-Arbelaez, 2018).

Factores como la pobreza, el descontrolado aumento en la densidad de población, las migraciones, la degradación ambiental, el calentamiento global, el estilo y las condiciones de vida de los países menos desarrollados contribuyen en gran medida al aumento de la vulnerabilidad ante los sismos y terremotos, provocando mayores desastres en distintos territorios y por ende en los grupos sociales que se asientan sobre ellos. Cuando se habla de vulnerabilidad, esta se entiende como el resultado de la exposición a riesgos, aunado a la incapacidad para

enfrentarlos y la inhabilidad para adaptarse activamente (Comisión Económica para América Latina, 2002).

Si bien dicha vulnerabilidad frente a los desastres naturales es un estado derivado de la acción humana, ésta representa la fortaleza o debilidad de una sociedad para afrontar las amenazas por evento natural. Existe evidencia de que ciudades o poblaciones con un ingreso más alto, tienen mayor habilidad para pagar medidas preventivas o para lograr una recuperación de los daños más eficazmente. Así mismo, la relación entre el ingreso económico y la vulnerabilidad a desastres naturales es fundamental, ya que el número de muertes debido a terremotos en un país es inversamente proporcional al nivel de ingreso per cápita (García y Naranjo, 2016). La magnitud de la catástrofe, por lo tanto, depende de cada país y su economía, se puede suponer entonces que en países latinoamericanos las pérdidas aumentan, los medios de recuperación son más lentos y en algunas zonas incluso nulos.

Países con niveles de educación más altos, mejor calidad de instituciones, ingresos per cápita más altos, gobiernos mejor organizados y aquellos que poseen mayor grado de apertura al comercio aparentan ser menos vulnerables, logran soportar el shock inicial de un evento adverso de este tipo y reconstruyen más rápido sus pérdidas; cuentan además, con un plan de emergencia (incluida la salud mental), por lo que se trabaja de manera conjunta con todos los organismos gubernamentales y en coordinación con sus instituciones especializadas y modelos de intervención disponibles (Zaman, Cavallo y Noy, 2010).

En el caso de México los sismos de 1985 y del pasado 2017 registraron grandes pérdidas humanas y materiales, esto se debe en gran parte a las condiciones de vulnerabilidad manifestadas en el deterioro ambiental, el hacinamiento y la pobreza de la población; así como a la violación de los reglamentos de construcción, falta de capacidad gubernamental para prevenir desastres y atender emergencias, entre otros factores (Toscana, 2017). Por lo tanto, las circunstancias sociales y económicas de los diversos entornos prefiguran los desastres y los eventos geofísicos los detonan (Hewitt, 1983).

Se estima que en México entre 2007 y 2017 se registraron 52 sismos de una magnitud mayor a 6 grados, la cual está en un límite donde el riesgo por colapso de estructuras urbano-arquitectónicas se vuelve mayor; más aún, si estas corresponden a un nivel marginal y en una localización urbana poco consolidada (Monrroy, et al, 2018).

Aunado a ello tal y como lo señala Pérez (2007), en los países en vías de desarrollo la ocurrencia de grandes desastres provoca, además, un tardío o incluso una total anulación del crecimiento económico real ya que el gasto destinado a la rehabilitación y reconstrucción de las zonas afectadas se sacrifica por otros proyectos o se pierde debido a la corrupción; afectando de esa forma a la inversión destinada a mejorar las condiciones sociales en general, por lo que las comunidades sufren permanentemente las causas del sismo.

En México el sismo de 1985 por ejemplo mostró la incompetencia gubernamental ante la emergencia. La única institución encargada del auxilio a la población en situación de desastre era la Secretaría de la Defensa Nacional, específicamente con el plan DNII-E; organismo operativo militar enfocado en la recuperación de cuerpos y eliminación de escombros. Dentro de sus funciones no se encuentran brindar apoyo psicológico (Secretaría de la Defensa Nacional, 2019).

En esa fecha no se contaban con modelos de intervención y seguimiento, tampoco se hablaba sobre manuales de atención al trauma que pudieran usarse con los afectados de forma directa o indirecta, ni existían recursos humanos calificados para atender psicológicamente, por lo que la reconstrucción de la ciudad fue un proceso lento y, en algunas zonas inconcluso (Monsiváis, 2005). Con ello, el sismo mostró la vulnerabilidad en la que sus habitantes se encontraban expuestos y la desorganización del estado mexicano frente a fenómenos naturales comunes.

2.3. La catástrofe del 19 de septiembre de 2017

Gran parte del país se asienta en zona sísmica, producto de la interacción de las 5 placas tectónicas: la placa de Norteamérica, la de Cocos, la del Pacífico, la de Rivera y la placa del Caribe. Por esta razón no es rara la ocurrencia de sismos. El Servicio Sismológico Nacional (2017) reporta en promedio la ocurrencia de 40 sismos por día en el territorio mexicano. En el centro de la Ciudad de México, además, predomina el suelo arcilloso (sedimentos blandos) que amplifica y potencializa las ondas sísmicas (Meli, 2002). Sin embargo, a pesar de la frecuencia de los sismos no es habitual que ocurra una catástrofe por evento natural específicamente en el estado de Morelos, por lo menos no como el terremoto registrado aquél medio día.

Por ello, el 19 de septiembre de 2017 se ha vuelto una fecha histórica para México, un sismo ocurrido exactamente a las 13:14:40 tuvo su epicentro en la latitud 18.40 norte, longitud 98.72 oeste, a una profundidad de 57 kilómetros, a 12 kilómetros al sureste de Axochiapan, Morelos, en el límite con el estado de Puebla y a una distancia de 120 kilómetros de la Ciudad de México, esto según el informe especial preliminar del Servicio Sismológico Nacional (2017). El terremoto ocurrió dos horas después de que la población saliera a las calles de todo el país en un simulacro conmemorativo del terremoto de 1985 y que dejó más de 10.000 muertos.

El terremoto del 19 de septiembre de 2017 se originó en una falla considerada como *normal* de profundidad intermedia, es decir, un desplazamiento de bloques de tierra en sentido opuesto una de otra, dejando graves afectaciones; una alta cifra final de 369 personas fallecidas en seis estados de la república, los cuales fueron declarados zona de emergencia (Tonda, 2017). El terremoto del 19 de septiembre fue el segundo luego del sucedido el 7 de septiembre del mismo año que registró una magnitud de 8.2 en la escala de Richter, sin embargo, éste, aunque mayor, provocó menores daños en términos humanos y materiales según el *Gobierno de la Ciudad de México* (2018).

Morelos fue uno de los estados más afectados por el sismo, se reportaron 74 víctimas mortales y 190 lesionados en toda la entidad. Dentro de los municipios más dañados se destacaron: Jojutla, Cuernavaca, Tecámac, Miacatlán, Yautepec, Yecapixtla, Cuautla, Xochitepec, Axochiapan, Tlayacapan y Zacatepec. El sismo afectó a más de 20 mil familias morelenses de acuerdo con cifras oficiales (López, 2017).

El temblor tiene que ver con movimientos involuntarios del cuerpo, del yo, son sacudidas sin control que provocan desorientación y shock; el desastre también se introyecta quedando fijado en el plano simbólico, tiene una esencia traumática, el hundimiento de cavidades no sólo es en la tierra (también en el plano subjetivo), por lo que existe una posibilidad de fragmentación psíquica y la salud mental, por lo tanto, se encuentra fuertemente comprometida.

El desvalimiento y la pérdida es una constante entre los afectados, presentan una sensación de arrebato que se observa como angustia crónica ante el menor ruido o cualquier sobresalto. La cotidianeidad se pierde y por ello, no hay sensación de control, la incertidumbre se instala permanentemente y propicia actos disruptivos en el comportamiento de la gente: *“tengo una réplica”*. Plantea un damnificado.

Un elemento importante a subrayar es que la alerta sísmica se presentó casi al mismo tiempo que el terremoto, lo que ocasionó graves lesiones y pérdidas humanas, un ruido que posterior al suceso obtuvo otro significado para la memoria colectiva, ya que a un año de la tragedia la gente contó que al escuchar el sonido de la alerta sísmica devenía el miedo descontrolado y se repetía la sensación de pánico: *“no me gusta hacer simulacros, solo nos espantan con su ruido, parece que otra vez tiembla”* dice un adolescente y estudiante de preparatoria.

Después del sismo, la lenta respuesta gubernamental provocó que la tragedia se multiplicara, no hubo una intervención eficiente ni coordinada, los hospitales se vieron fuertemente rebasados, los medios de comunicación colapsaron durante horas provocando pánico e incertidumbre; las intervenciones dirigidas a la salud mental de los afectados fueron insuficientes y en la mayoría de

las comunidades nulas, el gobierno estatal se mantenía a distancia, sin rumbo ni planes de trabajo concretos, no existía claridad sobre las donaciones, las despensas se escondían y las cifras oficiales no concordaban con el raquítico presupuesto que se les daba a los damnificados. *“Yo vi un gobierno siniestro, más que carente de respuesta, era un gobierno malvado, ¿cómo es que debes pagar permisos para sacar escombros!?”* pregunta indignado un profesor de la UAEM.

Es importante señalar que el protocolo que se siguió oficialmente después del sismo fue el dictaminado por el CENAPRED (Centro Nacional de Prevención de desastres) en el “Manual de Procedimientos Operativos en Salud para casos de Desastre”, así como el plan Federal de Seguridad y prevención de los desastres por evento natural llamado “Plan sismo” dirigido a la población vulnerable en situación de emergencia. Cabe resaltar, que éste último fue diseñado principalmente para el estado de Guerrero por ser la entidad más riesgosa del país, sin embargo, fue adoptado por el estado de Morelos al no contar con una política pública de la entidad que pusiera en práctica un plan de contención y mitigación de daños a la salud mental de sus pobladores luego del fenómeno telúrico.

Frente a la ineficacia de las instituciones gubernamentales, así como sus mecanismos operativos, la sociedad civil comenzó a presentar cierta necesidad de ayudar, hicieron caravanas de acompañamiento y apoyo, brindaron víveres y cada uno abonó en la reconstrucción desde su esfuerzo, incluso se veía a la gente apoyar hasta quedar exhaustos, había una descarga maniaca de energía, se escuchaba decir *“no puedo descansar, sé que alguien me necesita, entonces, debo seguir”*. Este intento por apoyar a los otros también servía para ayudar al sí mismo, en un intento por poner la ansiedad en una actividad de reparación se trabajaba en condiciones de riesgo; tanto físicas como psicológicas.

La sociedad civil no seguía ningún plan de contingencia o protocolo de atención a víctimas, por lo que la improvisación fue la principal herramienta de acción, esto generó mucha desorganización y confusión, y en el plano psíquico un contagio de la tragedia que provocó sentimientos de pérdida y desolación:

“Vine porque quería ayudar, pero ahora me duele aquí (se señala el pecho entre sollozos,) ya no sé si pueda volver” dice una brigadista. Tenía razón, muchos ya no volvieron más; el sufrimiento es altamente contagioso.

2.4 Consecuencias psicosociales del desastre

Munich Reinsurance Group (2015), manifiesta que en las últimas cuatro décadas las pérdidas humanas asociadas a desastres por evento natural se han incrementado hasta seis veces a nivel mundial y América Latina ha registrado un incremento significativo y acelerado tanto de la incidencia como en el impacto negativo de las contingencias; esto ha ocasionado que los daños representen entre el 15 % y el 200 % del Producto Interno Bruto (PIB) anual de los países.

Ahora bien, además de tomarse en cuenta las altas pérdidas económicas es necesario subrayar las consecuencias psicosociales por las que atraviesa la población. Iniciando con que la tipología de los fenómenos condiciona la percepción de las personas y puede provocar un grado mayor de pánico y angustia a corto, mediano y largo plazo. De hecho, es una idea bastante común que los acontecimientos definidos como *naturales* son en general, de una violencia extrema, la percepción de la gravedad, a menudo, es asociada con la rapidez de estos sucesos como en el caso de los sismos, ya que concentran sus efectos en un limitado lapso y se caracterizan por manifestarse de imprevisto. Esto provoca una sensación abrupta de pérdida total y paraliza psíquicamente, tanto de manera individual como colectiva.

Para evaluar el impacto de los desastres se puede recurrir a estudios de poblaciones directamente afectadas y a encuestas de población. En el terremoto de 1985 en la Ciudad de México, por ejemplo, el estudio del entonces Instituto Mexicano de Psiquiatría, ahora Instituto Nacional y la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, tienen las siguientes conclusiones: en 32% de 524 sujetos evaluados, se diagnosticó trastorno por estrés postraumático

(TEPT). Un segundo estudio efectuado en una muestra de 641 personas en albergues de la Ciudad de México en el que 96% había sufrido pérdidas materiales, 28% de familiares y amigos y 8% había quedado atrapado; se encontró que 28% sufrió TEPT, 18%, ansiedad generalizada y 14%, estados depresivos graves (Tapia, et al, 1987).

Aunado a ello, es interesante evidenciar cómo las catástrofes de origen natural despiertan miedos ancestrales y religiosos provocando desorientación, shock, pánico y culpa; inducen de inmediato a reacciones instintivas y heroicas sin pensar en las consecuencias del acto, lo que conduce a un alto grado de riesgo y mayores pérdidas humanas (Ragone 2012). Si se pone la vulnerabilidad en los otros, y a esos otros se les llama “los afectados”, la sensación de omnipotencia del rescatista aumenta, provocándole un fuerte sentimiento de tranquilidad y fortaleza, e incluso de heroísmo, por lo que, el acto de ayudar se vuelve necesario en la mitigación del sufrimiento propio.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2006) en situaciones de desastres y emergencias complejas, se produce un incremento de los signos de sufrimiento psicológico, como la aflicción y miedo; se puede aumentar en cierta medida la morbilidad psiquiátrica y otros problemas sociales. Se estima que entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta (según la magnitud del evento y otros factores) sufre alguna manifestación psicológica; aunque debe destacarse que no todas pueden calificarse como patológicas, la mayoría debe entenderse como reacciones normales (comunes) ante situaciones de gran significación e impacto.

Durante el evento sísmico y tsunami de Chile en febrero de 2010, se hizo evidente cómo personas relativamente tranquilas se volvían agresivas y violentas, al punto de entrar a las tiendas por la fuerza, saquearlas y llevarse no sólo lo inmediatamente necesario para sobrevivir, sino también electrodomésticos y otros artículos (incluso innecesarios), ocasionando un enorme caos social y una gran dificultad en la reconstrucción psicosocial (Ulloa, 2011). Es importante entonces, tener en cuenta que en cada evento adverso que se presente (dependiendo de su

magnitud), éste generará una alta carga psicológica-emocional en la población que pueden propiciar diversos fenómenos sociales de contingencia.

La crisis es una de las principales manifestaciones luego de un evento como el sismo, se define como una alteración o desequilibrio en el estado emocional de las personas que se ven incapaces de recuperarse y salir de ella con los recursos de afrontamiento que habitualmente emplean. Las crisis relacionadas con la vivencia de desastres son situacionales y pueden ocurrir tanto a nivel personal como a nivel social, por lo general representan un cambio traumático en la vida o en la salud de las personas (Parada, E., 2004). Son temporales y usualmente devienen tras el evento traumático, sin embargo, pueden durar por horas e incluso presentarse durante varios días, se encuentran dentro de una fase aguda por lo que se espera que vayan disminuyendo en cuanto a intensidad y recurrencia a medida que transcurre el tiempo.

Otra de las principales reacciones durante las primeras horas que experimentan las víctimas luego del desastre, es la negación, el sujeto se rehúsa a seguir instrucciones y a creer que realmente está viviendo una crisis o que está en situación de riesgo, regularmente piensa al evento como una experiencia ajena, el cuerpo simbólico se desprende de la situación externa en un intento por mantener asegurado al yo, se huye del campo real hacia lo imaginario. Žižek (2016), plantea que existe un vínculo entre trauma y fantasía ya que una de las reacciones al trauma es escapar a la fantasía, imaginar el mundo fuera del propio horizonte subjetivo, observarlo en la condición de la no existencia del sujeto. Al imaginar el mundo sin un nosotros, los humanos quedan reducidos a pura mirada incorpórea que observa la propia ausencia: *“Ni siquiera me di cuenta de que tembló, veía que la gente estaba rara y asustada, pero siempre supe que a mí no me puede pasar nada”*, narra una mujer de 45 años tras preguntarle por su vivencia.

Esta negación actúa como mecanismo de anulación, permite que el sujeto omita el evento traumático y con ello se sienta seguro fuera de sí mismo, promueve la omnipotencia y con ello la fantasía de mantenerse eternamente a salvo; es un recurso protector típico que utiliza el aparato psíquico en la búsqueda de placer y

con el objetivo de lograr huir del pánico es, por lo tanto, un intento inconsciente para no llegar a la enfermedad (Freud, 2011). De este modo, permite que el sujeto escape parcialmente de la angustia que provoca la cercana mortalidad humana.

Sin embargo, aunque el sujeto consiga anular en un primer momento el trauma y sus consecuencias, éste mecanismo no es permanente, en algún momento (es incierto) reestablecerá el vínculo con la realidad externa, puede ser por un sonido, una narración, alguna imagen, cierto aroma, etc., y es muy probable que devengan todos los sentimientos de angustia y aflicción que estuvieron reprimidos; por ello, es común observar respuestas traumáticas a unos días, semanas o incluso meses después de la catástrofe.

A nivel social la comunidad se fragmenta, la identidad compartida que se construye mediante el espacio terrestre se ve gravemente afectada, bajo este panorama la tierra como enclave y piso de sostén o escenario para la existencia cotidiana deja de ser segura para volverse un peligro sobre el sujeto y la colectividad. La pertenencia al espacio está fragmentada, tiene grietas, se las ve y se les siente. *“Mi casa ya no es mi casa, es puro escombros ahora, ni siquiera puedo ir con mi mamá, su casa tampoco está bien”*. Cuenta una señora mientras se tapa los ojos con las manos.

Posteriormente, luego de dos o tres meses si el estado de tristeza persiste se habla de una depresión profunda, la Organización Mundial de la Salud (2020), la define como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave puede conducir al suicidio. Comúnmente deviene con manifestaciones somáticas, ansiedad crónica y pérdida de confianza en sí mismo y el medio inmediato; debido a dificultades en la adaptación o ante la falta de solución a sus problemas derivados del desastre el sujeto tiende a aislarse.

Es frecuente observar duelos patológicos, conductas que indican riesgo de suicidio, síntomas de estrés postraumático, fatiga crónica, inhabilidad para trabajar y apatía, usualmente la gente no desea volver a su antiguo hogar ni a su localidad puesto que ésta implica una amenaza constante o el recuerdo de la pérdida. Se presenta un miedo permanente porque la vivencia reaparezca y el trauma cobre vigencia (Bambarén, 2011). El temor principal ya no es al sismo, sino a la posición castrante (como significante) que el trauma dejó.

Sin embargo, a pesar de que cada año se incrementa el número de eventos por desastres naturales a nivel mundial (Según los datos registrados por Sigma/Swiss Re, 2013) y entendiendo las grandes dificultades psicosociales con las que se enfrentan las víctimas, son muchos los países de América Latina y el Caribe que presentan una baja cobertura y una pobre capacidad de respuesta de los programas y servicios de salud mental, tanto individuales como comunitarios (Organización Panamericana de la Salud, 2006).

Aunado a ello, luego de sufrir un sismo las medidas de prevención son ineficientes o inoperantes principalmente en contextos de pobreza y con gobiernos con altos índices de corrupción, tal como se presentó en el estado de Morelos en el pasado gran sismo; parece que tienden a olvidar rápidamente los eventos catastróficos, lo que deja a los seres humanos en situación de riesgo que, a menudo contribuye a producir efectos devastadores una y otra vez. Son eventos históricamente cíclicos que se repiten constantemente, poco se aprende del desastre y las pérdidas usualmente se vuelven a sufrir.

Según Lavell y Argüello Rodríguez la gestión del riesgo de desastre debe ser llevada al ámbito local, trabajar comunitariamente es necesario para no repetir los errores anteriores, entendiendo a la gestión de riesgos como un proceso social cuyo objetivo principal es la reducción, la previsión y el control permanente de dicho riesgo en la sociedad, en vinculación con el logro de pautas de desarrollo humano, económico, ambiental y territorial sostenibles (2003). Sin embargo, la gestión de riesgo implica una gran inversión y no sólo en terreno económico, también se necesita aumentar y trabajar sobre la información y sensibilización a la comunidad

sobre las causas y consecuencias de un desastre por evento natural, es un trabajo que debería ser cotidiano, sobre todo en zonas de mayor implicación de impacto, se sugiere trabajar desde la transdisciplina y abordarlo desde todas las áreas del conocimiento y operatividad.

En efecto, Cardona (2003) plantea que la ausencia de una teoría integral del riesgo, desde el punto de vista de los desastres, ha favorecido o contribuido en parte a que el problema creciera a una velocidad mayor que la velocidad de sus soluciones. Usualmente se trabaja sobre la infraestructura, pero se descuidan otras áreas igualmente valiosas, como la salud mental y el desarrollo de modelos de acompañamiento afectivos y de tratamiento psicosocial.

Sin embargo, aunque lento, ha habido cierto avance en los estudios de los desastres por evento natural. En la década de 1990, surge La Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina, fue en este momento cuando se empezó a trabajar bajo un enfoque integral e interdisciplinario, sin fragmentar el conocimiento en distintas áreas como se había venido haciendo antes, esto representó un importante avance en la investigación y, sobre todo, en el tratamiento de las consecuencias de las emergencias (Maskrey, 1998).

Si bien falta mucho por hacer en la reconstrucción luego de una catástrofe, las investigaciones y trabajos académicos han abonado en el entendimiento de los fenómenos psicosociales y su recuperación colectiva. Se necesita continuar esta línea interdisciplinaria que permita atender al sujeto en todas las áreas y trabajar en la recuperación individual y colectiva desde distintas perspectivas teóricas, prácticas, técnicas e investigativas.

Discusiones:

Las catástrofes por evento natural han estado siempre presentes en la historia del ser humano, evidentemente habitamos un planeta vivo, por lo tanto, se espera que sea dinámico, que presente cambios lentos y graduales pero también radicales y agresivos; que experimente sacudidas, derrumbes, cambios de temperaturas, inundaciones, modificaciones en su vegetación, transformaciones en sus superficies así como en sus profundidades más íntimas, que sus paisajes muten con el paso del tiempo (como cualquier otro organismo vivo) y debido también a la intervención humana. Sin embargo, lo que no se ha vuelto evidente aún es encontrar las vías de gestión de riesgo para movernos paralelamente con la tierra, para comprender que en algún momento el piso dejará de ser seguro y se volverá un escenario altamente peligroso e incluso mortal si las medidas de prevención no son adecuadas o no se ajustan a las demandas de cada sujeto, grupo y/o comunidad.

Nuestros septiembres nos han mostrado que las instituciones gubernamentales (como herramientas operativas del Estado) no han cumplido con su trabajo, con el objetivo de salvaguardar a sus habitantes en caso de una emergencia. Los protocolos de atención e intervención tienen muchas inconsistencias frente a las tragedias nacionales y los mecanismos de trabajo han estado desarticulados, descontextualizados; su operatividad no se ajusta a las necesidades reales de los pueblos afectados, por lo que su fracaso es una constante.

El gobierno estatal de Morelos condicionaba el apoyo a los damnificados, realizaba proselitismo político en zonas de desastre y lucraba con el sufrimiento de los ciudadanos. El apoyo (físico, económico y psicológico) que todo sujeto debe tener como parte de sus derechos individuales se vio transgredido por los organismos que dificultaron (y dificultan) la distribución oportuna de víveres, salud (física y mental), reconstrucción de hogares y todos los recursos básicos para tener una vida digna.

Privarles a los ciudadanos de elementos necesarios para vivir luego de una catástrofe por evento natural también es una forma de violencia estructural de parte del estado y hacia sus habitantes más vulnerables. Es *destinarlos* a una vida de precariedad e inseguridad crónica bajo condiciones cotidianas de marginación, lo que provoca un aumento en los problemas colectivos a corto, mediano y largo plazo. La pobreza aumenta drásticamente y con ella todas las consecuencias psicosociales negativas que desatan un grave malestar generalizado.

Así mismo, la impunidad sigue siendo una característica del gobierno mexicano en todos sus niveles, una alta corrupción manipuló cifras oficiales, divulgación de información y compra y reparto de víveres, servicios públicos y recursos humanos en su beneficio, se hizo desde el sismo de 1985 y se replicó en el de 2017.

Morelos es un estado pequeño que colinda con la capital del país, este detalle geográfico es relevante ya que provocó que el apoyo de organismos extranjeros y de la población de todo el país se concentrara en la Ciudad de México, la centralización de la ayuda impidió que muchas de las comunidades de Morelos recibieran atención y con ella la ayuda que necesitaban. Así la distribución de recursos alimenticios, de salud y humanos se aglutinaron en muy pocos municipios. Incluso hoy día se habla en artículos académicos y en estadísticas oficiales y no oficiales del daño sobre la ciudad de México, pero pocos datos se tienen sobre el impacto en otros lugares fuera de la gran ciudad. La comunidad local tuvo que buscar sus propios recursos y generar nuevas formas de reconstruir su entorno frente a la indiferencia burocrática que los dejó esperando apoyo.

Esta espera se volvió un tiempo indefinido de estrés y desesperación para la población de las zonas más vulnerables, mantenerlos esperando soporte gubernamental les resultaba frustrante, fue un proceso desgastante. Sin embargo, la situación de desamparo también sirvió para generar independencia en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones concretas de movilización ciudadana. La comunidad tuvo que organizarse con los limitados medios con los que contaba y generar espacios de gestión y autonomía. El sismo modificó decisivamente la vida

política y social de comunidades como Tetecala, Tecomalco, Chinameca, entre otras. Trabajaron colectivamente al margen de las instituciones, de formas imaginativas entablaron lazos con la gente que fuera de sus límites comunitarios ingresaban para apoyarlos en su reconstrucción; así se fueron configurando nuevos grupos y formas de trabajo compartido, se dejó de esperar y se comenzó un trabajo resiliente. El arte fue un elemento decisivo en este tránsito, sirvió como medio de enlace entre la gente de la comunidad y la que llegaba de otras partes del estado y del país, fue un encuentro que posibilitó nuevas experiencias y formas de replantearnos el paisaje, el trauma, el sufrimiento psíquico, la expresión del lenguaje no verbal, la recuperación de la confianza en el sí mismo y en un otro.

El sismo mostró que el Estado como órgano de gobierno no alcanza para garantizar bienestar a la población, brinda un discurso paternalista y empático en el registro de lo imaginario, pero no así en lo real, se vale de su poder para generar una metáfora de cobijo y protección, sin embargo, cuando ocurre lo trágico el velo cae y solo queda *darse cuenta* de que la vía de elaboración más eficaz, serán los lazos reorganizativos en común unidad.

“Llovió sobre mojado después de las fiestas de la patria”.

Juan Villoro.

“La efectividad de un servicio de intervención en crisis aumenta de modo directo en función de la proximidad, tanto al tiempo como al lugar de incidencia”.

Ley Hansel

Capítulo 3. POLÍTICAS PÚBLICAS ANTE EL DESASTRE POR EVENTO NATURAL: LA RESPUESTA EN SALUD MENTAL.

Los terremotos ponen a prueba el temple de la ciudadanía y la eficacia del Estado. La emergencia irrumpe y el mecanismo de protección principal debería encontrarse en las políticas públicas estatales, de no ser así, la catástrofe destruye abruptamente a la población desprotegida. Compasión, empatía, lealtad, hermandad, amistad y solidaridad son valores que, en el caso de la sociedad mexicana, afloran con magnanimidad. Ineficacia, letargo, negligencia, indiferencia y desorden forman parte del canceroso binomio mexicano: corrupción e impunidad, y con ello muestran la disfuncionalidad del gobierno en situaciones de crisis nacional (Viveros y Kraus, 2018).

En este capítulo se exponen las políticas públicas que el gobierno mexicano y específicamente el Estado de Morelos siguieron durante y después del sismo del 19 de septiembre de 2017 en materia de salud mental. Para ello, en principio se recurre al suceso telúrico que nos antecedió en la ciudad de México en 1985 y las experiencias que sirvieron o no, para implementar nuevos modelos de prevención, intervención, atención y seguimiento ante siguientes catástrofes por evento natural.

Aunado a ello, se analizan las políticas públicas de Chile y España para contrastar las medidas de gestión de riesgo, atención, planeación y seguimiento a víctimas durante y después de un terremoto con las políticas públicas mexicanas.

3.1 Retos y aprendizajes del sismo del 19 de septiembre de 1985

Los terremotos son desastres naturales relativamente frecuentes en México. Según el Cenapred (Centro Nacional de Prevención de Desastres, 2016), dos terceras partes del país tienen un riesgo sísmico significativo, por lo que la mayor parte de la población mexicana se encuentra expuesta a vivir una catástrofe por evento natural en cualquier momento. Las preguntas inmediatas ante esta cifra y frente a los hechos resultan recurrentes: ¿qué tan preparados estamos para hacer frente a un impacto telúrico? ¿qué políticas públicas sigue el estado ante tal emergencia para proporcionarnos seguridad y salud? ¿Cuándo se habla de salud, se incluye a la salud mental? ¿en los planes de acción de salud mental se contempla la dimensión individual y colectiva? ¿hemos aprendido de experiencias previas?

La guía técnica de salud mental en situaciones de desastres y emergencias (2015) es uno de los principales protocolos usados por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) actualmente, el cual plantea, que uno de los problemas más frecuentes que encontramos en situaciones de desastres y emergencias es que los sistemas de salud son débiles y no están preparados para enfrentar un evento traumático de gran magnitud; los recursos son muy limitados y en algunos casos inexistentes, la atención primaria que se lleva a cabo durante las primeras horas tiene poca capacidad resolutoria y el componente de salud mental no está integrado plenamente en la red de servicios de salud pública.

Es así como en el México de 1985 un gran sismo llegó como siempre aparecen: de imprevisto. Sin embargo, las políticas públicas tienen el objetivo de disminuir en lo posible la catástrofe y hacer de este momento repentino un suceso premeditado. En la ciudad de México el terremoto alcanzó 8.1 grados Richter y fue el más significativo y dañino en la historia del país, lo fue principalmente porque había una carencia generalizada sobre la cultura de la protección civil; los protocolos nacionales disponibles de intervención eran mínimos y se dirigían principalmente al

rescate de víctimas, por lo que los recursos resultaron insuficientes en materia de salud física y psicológica.

En esta década se implementó el plan estratégico militar Plan DN-III-E como principal respuesta ante el suceso, este se define como:

“El instrumento operativo militar que establece los lineamientos generales a los organismos del ejército y fuerza aérea mexicanos, para realizar actividades de auxilio a la población afectada por desastres de origen natural o humano, optimizando el empleo de los recursos humanos y materiales para su atención oportuna, eficaz y eficiente”.

Sin embargo, cabe mencionar que el plan DN-III-E, se enfoca en la búsqueda y rescate de vidas humanas, así como en la preservación del patrimonio nacional. Dentro del protocolo la salud mental está totalmente excluida, pese a que su objetivo general sea brindar actividades de auxilio. Esto muestra como la atención psicológica no forma parte de las prioridades del estado.

Aunado a ello, el gobierno encabezado a nivel federal por el entonces presidente Miguel de la Madrid Hurtado minimizó las consecuencias y no tenía cifras exactas ni transparencia en los procesos de acción, lo más cercano a la verdad se rotuló en estimaciones: 3 192 fue la cifra oficial de muertos. Mientras que datos no oficiales hablaban de alrededor de 20 000 fallecidos (Centro de Instrumentación y Registro Sísmico, 1985).

La situación vivida en las 48 horas siguientes al sismo fue de un caos generalizado, los hospitales y los centros de salud colapsaron, no existía capacidad de respuesta gubernamental y solo la sociedad civil pudo afrontar la crisis mediante la organización y el rescate, recurriendo a la asistencia y ayuda a los damnificados y heridos (Monsiváis, 2015).

La lentitud de las instituciones oficiales continuó hasta la fase de seguimiento a víctimas donde las tareas de rescate se prolongaron hasta el mes de octubre del mismo año, la remoción de escombros llevó hasta diez años después y aún, en 2015 el entonces jefe de Gobierno de la ciudad de México Miguel Ángel Mancera

seguía prometiendo viviendas dignas y reubicación a los damnificados que continuaban viviendo en casas de láminas y en zonas de riesgo (Pérez, 2015).

A partir de esta dolorosa experiencia colectiva se creó en 1986 el Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC) con el objetivo principal de efectuar acciones coordinadas, destinadas a la protección contra los peligros que se presenten y a la recuperación de la población, en la eventualidad de un desastre (SINAPROC, 2019). Así mismo, a partir de los daños se inauguró el Fondo de Desastres Naturales (FONDEN) que plantea tener el objetivo de atender los efectos de Desastres Naturales, imprevisibles, cuya magnitud supere la capacidad financiera de respuesta de las dependencias y entidades paraestatales, así como de las entidades federativas (FONDEN, 2019). Diez años más tarde en 1996, comenzó a trabajar el Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED), con la misión de salvaguardar en todo momento la vida, los bienes e infraestructura de las y los mexicanos a través de la gestión continua de políticas públicas para la prevención y reducción de riesgos de desastres, por medio de la investigación y el monitoreo de fenómenos perturbadores, así como la formación educativa y la difusión de la cultura de protección civil (CENAPRED, 2019).

Estos son los tres principales organismos gubernamentales que se encargan de salvaguardar la vida de los ciudadanos antes, durante y después de un desastre por evento natural. Se fundaron luego del terremoto de 1985 y ante el reconocimiento gubernamental de que no nos encontrábamos preparados para la tragedia que llega con un sismo. Sin embargo, a pesar de existir distintos organismos oficiales encargados de dicha prevención de catástrofes, los expertos afirman que más de uno de los edificios derruidos o dañados en el sismo de 2017 no fueron edificados de acuerdo con las normas de construcción diseñadas por estas instancias gubernamentales tras el terremoto del siglo pasado, ya que no debieron haberse colapsado (Viveros y Kraus, 2018). Un ejemplo de ello fue el colegio Enrique Rébsamen, Según la información oficial que difundió la Marina, un total de 37 personas quedaron atrapadas en el primer nivel y en la planta baja del edificio administrativo de la escuela. Once fueron rescatadas con vida y 26

fallecieron. Cabe mencionar que la mayoría de los alumnos que quedaron atrapados estaban en la escalera ubicada entre el edificio administrativo y la escuela, que servía como ruta de emergencia oficial en caso de temblor o incendio (Sánchez, 2018).

El costo de este fraude (como muchos otros registrados) se traduce en la pérdida de vidas humanas dejando con ello un sufrimiento profundo en la vida de los afectados, así como una fuerte desconfianza social hacia las instancias gubernamentales al no cumplir con el objetivo para las que fueron creadas. La corrupción del país sigue siendo más grande que cualquier institución gubernamental y el costo de ella rebasa la protección civil del mexicano promedio. Por ello, se espera que luego de un percance natural devenga un desastre psicosocial generalizado, las instancias oficiales y sus protocolos de intervención no han sido oportunos en el contexto donde han sido aplicados.

Estos datos inciden directamente sobre la salud mental poblacional, se puede observar con ello que las cifras del sismo de 1985 resultan alarmantes. Según el estudio de población del entonces Instituto Mexicano de Psiquiatría, (ahora Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz) que evaluó el impacto del sismo, encontró que el 32% de 524 sujetos evaluados fueron diagnosticado con trastorno por estrés postraumático (TEPT). Un segundo estudio efectuado en una muestra de 641 personas en albergues de la Ciudad de México donde el 96% había sufrido pérdidas materiales, 28% familiares y 8% había quedado atrapado, mostró que el 28% sufrió TEPT; 18%, ansiedad generalizada y 14%, estados depresivos graves (De la Fuente, 1986).

Sin embargo, no hubo un seguimiento de salud mental a víctimas, si bien se brindó atención psicológica en albergues y con población vulnerable de primer orden, los psicólogos que acudieron a trabajar (principalmente estudiantes de la UNAM) reconocieron que se vieron fuertemente rebasados por la contingencia, además de no tener capacitación en primeros auxilios psicológicos ni en psicología de la emergencia, por lo que la participación fue improvisada y desarticulada (Galindo, 2010).

El gran sismo de 1985 dejó grandes tragedias individuales y sobre todo colectivas, mostrándonos la fragilidad del ser humano frente a una catástrofe natural y de la necesidad de contar con dispositivos de intervención eficaces para aminorar el daño. Nos develó un organismo gubernamental desarticulado, desorganizado y principalmente deshonesto. La capacidad de respuesta surgió de la sociedad civil que frente al desamparo tuvo que aprender a organizarse con recursos propios y hacer frente al percance. El lazo social sirvió para sostener lo frágil y ayudar a los más vulnerables, también sirvió para entender que es necesario la organización y participación social en la reconstrucción de los paisajes colectivos, tanto físicos como metafóricos.

3.2 Políticas públicas de salud mental en Morelos

Cifras oficiales del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2018) indican que los sismos ocurridos durante el mes de septiembre de 2017 dejaron un saldo aproximado de 471 fallecidos, 7 594 casos de hospitalización y urgencias, 173 000 consultas médicas y alrededor de 14 000 personas tuvieron que ser desplazadas a albergues temporales en los 6 estados afectados. Como medida de prevención, se dice que se proporcionó atención psicológica inmediata a más de 53 000 personas con dificultades psicológicas y emocionales. Sin embargo, no existen cifras o estimaciones oficiales sobre la prevalencia de casos de trastorno por estrés postraumático (TEPT) en el total de la población afectada. El TEPT es definido como una afección de salud mental que algunas personas desarrollan tras experimentar o ver algún evento traumático, es una de las manifestaciones psíquicas más frecuentes luego de un sismo. Estudios epidemiológicos realizados en otras poblaciones en situaciones de desastre similares sugieren que aproximadamente 10-15% de las personas que viven un desastre natural desarrollan TEPT un mes después del evento.

A raíz de los desastres ocurridos el 7 y el 19 de septiembre de 2017, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz fue comisionado por la

Secretaría de Salud (SS) para coordinar la respuesta a la atención a la salud mental de las personas afectadas y para diseñar el Programa de Atención a la Salud Mental y psicosocial en situaciones críticas y desastres (Álvarez y Medina, 2018). El principal objetivo era atender los problemas en salud mental derivados del sismo, para ello se llevaron a cabo un total de 217 pláticas con más de 2 700 asistentes. Además, se brindó un total de 6 293 atenciones, de las cuales 3 402 fueron a adultos, 889 a adolescentes y más de 2 000 a niños. Se realizaron sesiones terapéuticas, de las cuales 673 fueron sesiones individuales, 162 familiares y 405 grupales. De esta población se diagnosticó y atendió a un total de 249 casos de ansiedad (26.4%), 202 de depresión (21.4%), 375 de estrés postraumático (39.8%) y 115 de trastorno mixto (12.2%) esto, de acuerdo con cifras oficiales del INSP (2018). Cabe mencionar que la gran mayor parte de la asistencia fue llevada a cabo en Ciudad de México, por lo que en Puebla y Morelos la ayuda se brindó principalmente por la secretaria de salud de cada entidad (Mora, et, al., 2018).

El plan de acción que el INSP Morelos siguió durante el proceso de acción y canalización a víctimas fue el propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, EDAN, 2015). Éste propone un abordaje psicosocial y escalonado, con el objetivo de prestar atención a la población de acuerdo con las necesidades y complicaciones en salud mental que demande la comunidad y que vayan surgiendo en cada una de las etapas que siguen a un desastre. Sin embargo, si bien se explican las fases que siguen al desastre natural no explican específicamente las estrategias de apoyo comunitario, por lo que estas parecen basarse principalmente en la intuición del psicólogo o trabajador de campo. Tampoco habla explícitamente sobre la capacitación previa con la que debe contar el psicólogo-terapeuta para poder realizar la labor psicosocial, por lo que el documento puede ocasionar ambigüedad durante su aplicación.

Así mismo, durante el desarrollo del plan, el INSP Morelos planteó que trabajó con distintos actores que prestaron atención a las poblaciones afectadas, como las instituciones de salud estatal, instituciones académicas, asociaciones profesionales, organizaciones de la sociedad civil y los organismos internacionales

(Álvarez y Medina, 2018). La información se concentró y analizó de acuerdo con las categorías propuestas en el documento “Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades de Salud Mental” (EDAN), documento que pertenece a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Entre las principales problemáticas detectadas se encontró que la prestación de servicios de salud mental y psicosocial se complicó debido a la participación desarticulada y desorganizada de múltiples actores (incluyendo voluntarios), sin que existiese un consenso acerca de los procedimientos para brindar atención psicológica, así como la deficiente capacitación de los prestadores de servicio en salud mental. Tampoco se presentó un mecanismo eficaz para la toma de decisiones o la distribución de los recursos humanos en zonas de desastre (Álvarez y Medina, 2018). En el cuadro I Álvarez y Medina (2018) resumen las necesidades en materia de prestación de servicios de salud mental y psicosocial a las poblaciones afectadas.

Cuadro I
NECESIDADES DETECTADAS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PSICOSOCIAL
EN LAS ENTIDADES MÁS AFECTADAS POR LOS SISMOS DE SEPTIEMBRE DE 2017.* MÉXICO

Respuesta institucional y recursos de las SSa federal y estatales

1. Necesidad de un programa nacional con referentes estatales, que establezca los lineamientos y principios para organizar la atención a la salud mental de las poblaciones afectadas por desastres y situaciones críticas.
2. Necesidad de nombrar un representante de la SSa estatal, que sea responsable directo para el seguimiento de la atención a la salud mental y psicosocial debido a los desastres del mes de septiembre de 2017.
3. Resulta necesario asignar a personal del área de salud para que de continuidad en la atención a la salud mental y psicosocial de las poblaciones afectadas.
4. Se requiere facilitar el acceso a psicofármacos en el primer nivel de atención.

Capacitación

5. Necesidad de continuar con la capacitación de los primeros auxilios psicológicos para los primeros respondientes, voluntarios y otros miembros de la comunidad.
6. Necesidad de continuar con la capacitación para el tratamiento de los trastornos en el primer nivel de atención.

Intervenciones

7. Se requiere fortalecer las acciones de atención médica y psicológica en el primer nivel de atención, ante la próxima pérdida en la continuidad a la atención a la salud mental en las comunidades afectadas que carecen de servicios especializados (debido al cierre de actividades de las ONG).
8. Existe la necesidad de continuar con las actividades de integración y fortalecimiento de la resiliencia comunitaria (debido al cierre de actividades de las ONG).
9. La atención a las comunidades con dificultades en el acceso a los servicios y que quedarán descubiertas requiere del inicio de servicios itinerantes de atención a la salud mental (por un periodo mínimo de cuatro meses).

Cuidado del personal de salud

10. Existe la necesidad de implementar programas para atender el desgaste del personal de salud encargado de dar atención a la población afectada.

* Las necesidades se evaluaron en la Ciudad de México, Morelos, Puebla, Oaxaca y Chiapas
 SSa: Secretaría de Salud

Fuente: Álvarez y Médina (2018, p. 55).

Así mismo la OMS (2013), muestra cómo el autocuidado, el cuidado comunitario informal y la atención de salud mental a nivel primario son una propuesta en la atención a víctimas (donde se encuentra la mayoría de la población). Plantea que un porcentaje menor necesitará servicios de mayor intensidad, y una fracción aún menor de quienes son diagnosticados con algún problema de salud mental necesitarán tratamiento psiquiátrico especializado, para ello se debe realizar un seguimiento con estos casos clínicos. Ver figura 1.



FIGURA 1. PIRÁMIDE ORGANIZACIONAL DE SERVICIOS PARA UN FUNCIONAMIENTO ÓPTIMO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL. OMS, 2013

Ahora bien, las líneas de acción clave del Programa se eligieron con base en las recomendaciones de la OMS y la OPS plasmadas en la “Guía Técnica de Salud Mental en Situaciones de Emergencia” (2015). De acuerdo con este manual, el plan de atención a la salud mental y psicosocial debe mantener una estrecha relación con las comunidades afectadas, sin embargo, dichas recomendaciones muchas veces se encuentran fuera de contexto y por lo tanto se vuelven difíciles o

imposibles de llevar a la práctica. Por ejemplo, para recaudar el tamizaje, Álvarez y Bucay (2018), proponen recurrir al listado de verificación de trastorno por estrés postraumático del DSM-5 (PCL-5). Esta última versión del instrumento fue desarrollada para diagnosticar TEPT de acuerdo con los criterios del DSM-5; por lo tanto, no existen baremos estandarizados actualizados. No obstante, se ha sugerido un puntaje mayor o igual a 33 para sospechar presencia de TEPT. Esta es una prueba de auto reporte, así que plantean que no es necesario el apoyo de evaluadores que la administren, ya que sugieren llevar este proceso a través de dispositivos electrónicos o por vía telefónica. Sin embargo, luego de un desastre por evento natural, las condiciones de luz y servicios básicos en general en las comunidades de Morelos se encuentran fuera de servicio, (incluso antes del sismo en algunas localidades no existían) y esta ausencia comunicativa puede durar semanas e incluso meses, tal como se vivió en el sismo del 19 de septiembre.

Pensar en una intervención usando herramientas virtuales para atender un desastre, es pensar en un sistema de salud coordinado y eficiente en un país desarrollado, que cuenta con procedimientos prácticos y, sobre todo, una población informada, capacitada, que tendrá disponibles dispositivos móviles y sabe cómo usarlos. Sin embargo, este panorama dista mucho de encontrarse en comunidades como Tepalcingo, Tetela del volcán, Tecomalco, por nombrar solo algunos.

Los mismos investigadores, Álvarez y Bucay académicos activos del Instituto de Salud Pública en México agregan que mientras se determinan las medidas de intervención, se recomienda el uso de grupos de desarrollo comunitarios que fomenten la resiliencia y los recursos de autogestión en las distintas comunidades (2018). Si bien el trabajo comunitario es fundamental en la reconstrucción luego de un sismo, las organizaciones gubernamentales tienen la responsabilidad de brindar elementos concretos y herramientas específicas para usarlas en comunidades locales inmediatamente después de un desastre, ya que esta es la función principal del Estado y sus organismos. Delegar la responsabilidad enteramente a las comunidades en los primeros momentos (los cuales son los más críticos) es provocar que el impacto nocivo se vuelva devastador.

Ahora bien, los manuales de los que la institución oficial hace uso son propuestas de otras naciones que no han sido contextualizados a comunidades locales pese a que en la mayoría de ellos se advierte que la información que en estos se encuentra debe ser adaptada a las comunidades a quien se dirige:

“Con esta guía se ha buscado llegar a un consenso amplio para disponer de materiales sobre primera ayuda psicológica para utilizar sobre todo en países de desarrollo económico medio o bajo. La información que proporcionamos aquí es tan solo un modelo. Tendrá que adaptarse al contexto local y a la cultura de las personas a las que haya que asistir”. (1ª ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo, 2012. OMS: Ginebra).

Esta es una de las posibles razones por lo que su aplicabilidad para los trabajadores de campo resulta ineficiente y ambigua, por lo que se llega a hacer uso de la improvisación constante sin seguir estos protocolos de atención.

Por otra parte, recomiendan dedicar los primeros meses a la actualización de psicólogos clínicos y psicoterapeutas, así como a la capacitación de voluntarios y terapeutas novicios en modelos terapéuticos efectivos. Esta recomendación es aún más importante para aquéllos asignados a trabajar en intervenciones de alta intensidad. Finalmente recomiendan contactar a organizaciones u organismos internacionales mejor entrenados que pudieran proporcionar capacitaciones poco desarrolladas en México (Álvarez y Bucay, 2018), cabe mencionar que no especifican a qué organizaciones o especialistas asistir en situación crítica, tampoco de qué nacionalidad o especificaciones técnicas ni metodológicas de dichos especialistas. Aunado a ello, buscar estas intervenciones y/o capacitaciones internacionales es una estrategia que bien puede apoyar durante la fase de acción y seguimiento (impacto), sin embargo, es importante que tales organismos extranjeros trabajen coordinadamente con gente local durante todo el proceso ya que, de no ser así, se corre el riesgo de que las diferencias culturales entorpezcan el trabajo y se alejen de los objetivos principales de apoyo a víctimas primarias y afectados secundarios.

Por lo tanto, resulta importante llevar a cabo una revisión minuciosa de los manuales de acción ante un desastre por evento natural, hacer un seguimiento detallado sobre su contenido teórico, práctico y técnico sin duda abonará en el ejercicio de una atención oportuna y coordinada cuando la situación de emergencia lo requiera.

La experiencia de los terremotos de 1985 y 2017 nos ha enseñado que, aunque es meritorio, no basta con volcarnos a las calles a ayudar. Una ciudadanía y sistemas de salud locales, estatales y federales preparados, informados, capacitados y organizados representan un apoyo real porque actúan con conocimiento en lugar de mera intuición (Fajardo, 2018).

Sin embargo, aunque se ha avanzado en políticas de protección civil, son poco diseminados los estándares de seguridad para la prevención de estos eventos y, cada año, en el mundo ocurren más de un millón de terremotos que producen enormes desenlaces en la morbimortalidad de las personas y particularmente tienen un efecto en la salud mental difícil de cuantificar (Lascano y Oropeza, 2018).

3.2.1 La Secretaría de Salud Morelos (SSM) y su asistencia en salud mental comunitaria

En Morelos existen de acuerdo con SINERHIAS (Subsistema de información de equipamiento, recursos humanos e infraestructura para la atención a la salud, 2013) 233 Unidades Médicas dedicadas a la atención de la salud de la población que carece de algún tipo de cobertura institucional; de estas unidades, 6 son de hospitalización general, 2 Hospitales de especialidad, 3 hospitales comunitarios, 15 unidades de Especialidades Médicas y 206 centros de salud que proporcionan servicios de consulta externa. Todas las Unidades Médicas se distribuyen en tres Jurisdicciones Sanitarias.

Con relación a los consultorios, se tiene un total de 617, de los cuales 448 se destinan a medicina general y familiar, mientras que 106 a otras especialidades; para salud mental se cuenta con 35 consultorios en el estado, lo que representa el

5.6% del total de consultorios en uso. Referente a la distribución de camas censables por especialidad se observa una concentración en las especialidades de gineco-obstetricia (24.6%), cirugía (11.45%), pediatría (15.68%) y medicina Interna (9.1%); otras especialidades el (6.45%), mientras que para psiquiatría no se cuenta con camas censables en todo el estado. En Morelos, el número de recursos médicos en contacto con los pacientes con el que opera el sistema de atención a la población no derechohabiente se encuentra representado en su gran mayoría por médicos generales (423), seguidos por 144 pediatras, 187 odontólogos, 86 anestesiólogos, 116 ginecólogos, 95 cirujanos, 29 urgenciólogos, 41 internistas y 118 con otras especialidades.

Con respecto a Psiquiatría y Neurología, se cuenta con 6 neurólogos y 4 psiquiatras dentro del estado, lo que corresponde al 0.80%; mientras que se tienen registrados 42 psicólogos, lo que representan al (3.38%) del total del personal médico. Cabe mencionar que, asignados al Programa de Salud Mental únicamente se encuentran el 0.77 %

En el año 2003, la Coordinación Estatal de Salud Mental, elaboró una aproximación diagnóstica de la atención a los padecimientos mentales en el Estado de Morelos, donde se encontró como resultado las siguientes debilidades centrales de los servicios de salud en la entidad:

- Falta de personal médico especializado en salud mental.
- Falta de infraestructura para la atención de padecimientos mentales.
- El alto costo para los pacientes foráneos provoca frecuentes deserciones que dejan inconclusos los tratamientos.
- No se cuenta en el Estado con camas de hospitalización para padecimientos mentales.
- No se cuenta con estrategias desarrolladas para la atención de padecimientos mentales graves como: intento de suicidio, psicopatologías del niño y el adolescente, trastornos de ansiedad, anorexia, bulimia, orientación a familias con pacientes con demencia, Parkinson, esquizofrenia o epilepsia.

- Carencia de servicio de salud mental en hospitales generales y por ende sub-utilización de recursos.
- Ausencia de seguimiento farmacológico en primer y segundo nivel de atención para padecimientos mentales.
- Ausencia de liderazgo institucional en el Estado en materia de salud mental.

Durante el año 2003 y el 2012 hubo un incremento significativo en los recursos humanos y la infraestructura relacionada con la salud mental dentro del Estado de Morelos (SINERGIAS, 2013). Ver figura 3.

Figura 3.

Año	Psiquiatras	Neurólogos	Psicólogos	Consultorios	Salud mental
2003	3	3	7	3	.06%
2013	4	6	42	35	5.6%

Fuente: Dirección General de Información en Salud (2013).

Si bien, se ha venido incrementando el contrato de especialistas en salud mental aún no es suficiente de acuerdo con el contexto de violencia y desastres naturales a los que el estado está sujeto. El aumento no es significativo de acuerdo con los índices de personas que solicitan y requieren atención psicológica de cualquier orden.

La demanda en salud mental comunitaria ha aumentado exponencialmente, sin embargo, no así la atención psicológica destinada por municipios y de manera personal y/o grupal. El objetivo de recibir un tratamiento psicológico oportuno, integral, con equidad y de calidad aún sigue sin cumplirse. La atención psicológica dirigida a la población es breve y espaciada, como consecuencia de esto, el usuario no atiende las manifestaciones y síntomas psicológicos por los que acude. En los

Servicios de Salud (SS) Morelos los servicios psiquiátricos y psicológicos no parecen ser suficientes de acuerdo con el porcentaje poblacional.

Por otra parte, los psicólogos que trabajan en esta instancia gubernamental no cuentan con capacitación pertinente en caso de ocurrir un desastre por evento natural, su intervención en el pasado sismo del 19 de septiembre de 2017 fue desatinada e incluso plantearon haberse sentido rebasados por la contingencia:

“A mí me dijeron que tenía que atender a las personas que estaban nerviosas por el sismo, pero yo no me sentí capaz cuando llegue al albergue, no sabía qué hacer, no se puede intervenir del mismo modo que cuando estas en la clínica, en la comunidad es otra cosa y la verdad nos quedamos cortos, yo fui porque tenía que ir, pero si por mí hubiera sido no hubiera vuelto al segundo día”. Plantea una psicóloga que intervino durante el sismo y trabaja en los servicios de salud Morelos.

“Es que sí tenemos capacitación, pero no para trabajar con las víctimas del sismo, eso es otro rollo, en esas circunstancias se actúa diferente y creo que es ahí donde aún no sabemos bien qué hacer”. Dice un psicólogo que trabaja en los servicios de salud Morelos.

Ante este panorama, resulta necesario invertir tiempo y recursos en el desarrollo de estrategias y modelos que permitan intervenir de manera oportuna en casos de desastre a nivel nacional y local. La psicología de la emergencia nos ha mostrado que proporcionar atención psicológica inmediatamente después de un desastre puede reducir el costo de problemas en salud mental hasta en un 35%, sin embargo, la atención debe proporcionarse de manera sistematizada en las primeras 72 horas del suceso (Ochoa, 2015).

Si bien se implementó atención en materia de salud mental y psicosocial en las comunidades afectadas por parte de las SS Morelos, una gran aportación de esta tarea recayó en los organismos humanitarios y asociaciones civiles (en su mayoría internacionales), de los cuales casi todos finalizaron su trabajo a tres meses

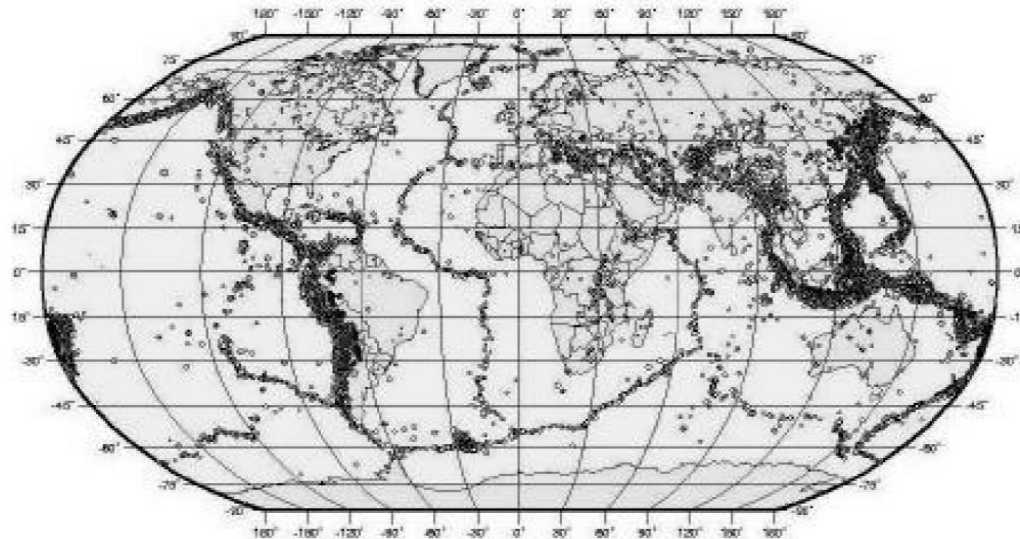
del sismo. Lo anterior supone el riesgo de que algunas de las poblaciones afectadas quedaran sin un sistema de atención continua y de seguimiento.

Es importante, por lo tanto, contar con un plan estructurado en la atención a la salud mental para incluirlo en el Programa de Acción de Urgencias Epidemiológicas y Desastres de la Secretaría de Salud del estado, ya que esto representaría una oportunidad para posicionar a la salud mental como una dimensión rectora dentro de los servicios de salud durante situaciones críticas y de desastres (Álvarez y Médina, 2018).

3.3 El afrontamiento de la catástrofe en otras naciones: una comparación en políticas públicas de salud mental

Según el Centro Nacional de Prevención de desastres (2014), a finales del siglo XIX y a principios del XX en varios países, incluido México, se establecieron estaciones sismológicas, mediante estos sismógrafos de diversos tipos se inició el registro instrumental de las ondas sísmicas generadas por terremotos, tanto de origen local como de todo el territorio. Esto permitió determinar la ubicación y la profundidad de los focos sísmicos con mayor precisión. Con el transcurso del tiempo se conformó un mapa bien definido de la distribución geográfica de los sismos. Desde el advenimiento de la sismología moderna a los investigadores les sorprendió que, en un mapa, al representar los focos de los terremotos registrados durante un periodo de tiempo dado, siempre éstos se concentraron a lo largo de franjas relativamente angostas, indicando zonas de alta sismicidad. A su vez, estas franjas limitan o separan grandes regiones oceánicas y continentales de actividad sísmica escasa o nula. Como se observa en el mapa de sismicidad mundial (Ver figura 2), la distribución de los focos sugiere la división de la superficie terrestre en una serie de placas.

Figura 2.



Fuente: Sociedad Mexicana de ingeniería Sísmica, (2018).

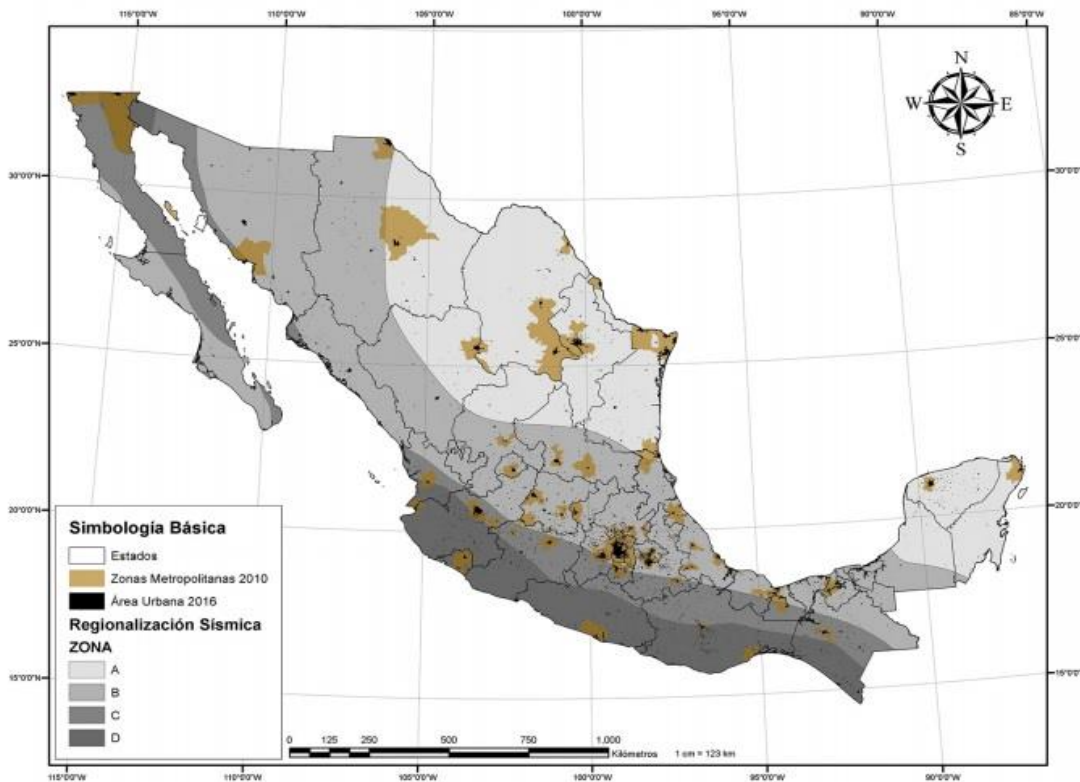
Se observa que la franja de sismicidad más importante se encuentra en la periferia del Océano Pacífico. Comprende Patagonia y Chile en América del Sur, Centroamérica, parte occidental de México, Estados Unidos, Canadá y Alaska, atraviesa las Islas Aleutianas, continúa por la Península de Kamtchatka, Japón, Islas Filipinas y termina en Nueva Zelanda, en el sur. Además, esta zona sísmica se caracteriza por una actividad volcánica intensa. Por esto se le conoce como Cinturón de Fuego del Pacífico, o simplemente Cinturón Circunpacífico (Velázquez, 2019). Es claro que, a escala mundial, la sismicidad se concentra en zonas bien delimitadas. En contraste, grandes regiones de la Tierra están libres de actividad sísmica de gran magnitud o en ellas casi nunca ocurren terremotos. Tal es el caso de Brasil, norte y centro de Canadá, Noruega, Suecia, oeste de África y gran parte de Australia (CENAPRED, 2014).

En la figura 4 se puede observar la prevalencia de sismos a nivel mundial así como la prevalencia de riesgo que tienen algunos países sobre otros, a partir de este conocimiento se pueden tomar medidas de prevención basadas en evidencia

científica y tomar decisiones que mitiguen la catástrofe una vez que suceda, porque si bien nunca se sabe exactamente cuándo y dónde ocurrirá, las políticas públicas pueden incidir directamente sobre la prevención del daño y el sufrimiento psíquico de sus habitantes.

México se localiza en una región con alta actividad sísmica, al respecto, el Servicio Sismológico Nacional (2018) clasifica al territorio nacional en 4 zonas (A, B, C, D) según su nivel de riesgo e intensidad de los eventos, sin embargo, es posible observar que alrededor del 68.32% del territorio se considera alto, correspondientes a los tipos B, C, D (Monroy, 2028). ver figura 3.

Figura 3.



Fuente: Monroy, et al (2018), basada en el Servicio Sismológico Nacional (2018), Inegi (2018).

Dados los problemas estructurales de la sociedad, existe una alta probabilidad de que los efectos de los desastres naturales afecten gravemente a la ciudadanía mexicana de formas físicas y territoriales; así como de manera psicosocial.

3.3.1. La respuesta en salud mental de Chile ante el riesgo por evento natural

A lo largo de su historia, Chile ha estado expuesto a numerosas y distintas amenazas, tales como sismos, erupciones volcánicas, tsunamis, sequías, entre otros fenómenos naturales devastadores. A ello se suman las amenazas originadas por la acción humana como incendios, accidentes industriales y similares. Agravando este panorama, han surgido en las últimas décadas los fenómenos asociados al cambio climático produciendo lluvias más intensas, períodos de sequía, olas de calor o frío más frecuentes (Departamento de Gestión de Riesgos en Emergencias y desastres, 2019). Todas estas amenazas, interactuando con diversas vulnerabilidades presentes en los territorios, han ocasionado importantes emergencias y desastres. Incluso, han ocurrido de manera simultánea, tales como los eventos del 2015, año en el que se sucedieron sismos de mediana y mayor intensidad, un tsunami, erupciones volcánicas y aluviones constantes; esto generó pérdidas de vidas humanas y un gran impacto psicosocial y económico de mediano y largo plazo en el país (Ministerio de Salud, 2019). La vivencia de un desastre genera cambios abruptos en diferentes ámbitos de la vida de las personas y comunidades, visibiliza problemas sociales y agrava la desigualdad, generando angustia y miedo frente a escenarios desconocidos. Particularmente para los grupos más vulnerables, si su situación no es reconocida y abordada de manera oportuna y adecuada aumenta la probabilidad de que surjan problemas graves de salud mental (Modelo de protección de la salud mental en la gestión de riesgo y desastres, 2019).

Frente a estos hechos Chile ha tenido que hacer y modificar políticas públicas de salud mental para poder tener una respuesta eficaz, primero creó un archivo histórico de sus principales sismos de los últimos 100 años, esto para evaluar el

presente (a partir del pasado) y evitar catástrofes a futuro, de ahí la importancia de conocer el o los sucesos telúricos y sus consecuencias particulares una vez que éstos sucedieron (Centro Sismológico Nacional, 2015). Cuantificar y cualificar los datos les ha permitido trabajar sobre una cultura de prevención de las catástrofes por evento natural, así como realizar investigación constante para difundir sus resultados y apoyar a otras naciones que han atravesado sucesos similares.

Cabe destacar que Chile ha sido de los primeros países en Latinoamérica en poner especial énfasis en el cuidado de la salud mental como parte del sistema de salud de sus habitantes luego de un percance natural, entendieron que las afectaciones luego de un suceso telúrico no solo provocan daños físicos graves, también devienen consecuencias a nivel psicológico que incluso resultan incapacitantes, lo que provoca una derrama económica y psicosocial anual de alto impacto (Urzúa, et al., 2015).

Así mismo, Chile ha buscado avanzar hacia un modelo de descentralización y diversificación de la atención a la salud mental, la cual incluye una red de centros de atención, tanto de salud general como de centros especializados. Se busca con ello integrar operativamente a la salud mental en la salud general, incorporar en los servicios de salud pública a la salud psicológica. Prácticamente la totalidad de los centros de salud urbanos y rurales del país programan, realizan y registran actividades de salud mental. De esta forma, han incluido la figura del psicólogo en todos los organismos de salud mental y forma parte del equipo de salud básico ante emergencias por evento natural (Informe de salud mental en Chile, 2007).

Aunado a ello, los centros de salud mental de tipo comunitario son fundamentales en la mitigación de los efectos del terremoto, no solo en la atención clínica de pacientes con síntomas psicológicos activados por los sismos, también, en la interacción con otros organismos de salud, así como en la coordinación de múltiples acciones de apoyo psicosocial con voluntarios; tanto de instituciones públicas como privadas y en la protección de la salud mental de los propios funcionarios de salud. Una red distribuida con dispositivos comunitarios podría ser más resiliente frente a desastres de gran magnitud (Erazo y Penjean, 2010).

Por otra parte, el modelo de intervención que sigue el gobierno chileno luego de un sismo realiza un trabajo focalizado en salud mental con grupos específicos (particularmente sobre los grupos socialmente más vulnerables) como lactantes, niños, adolescentes y adultos mayores. Las distintas condiciones de vida de las personas implican una mayor o menor vulnerabilidad en situaciones de desastres que deben ser consideradas al momento de diseñar, planificar y ejecutar programas y planes de intervención con comunidades y así garantizar la salud mental de los sectores más desprotegidos. El objetivo principal de esta división poblacional es desarrollar acciones focalizadas a lo largo de todo el ciclo de manejo del riesgo para el desarrollo de capacidades y fomento de la resiliencia de grupos específicos con la consecuente disminución de sus condiciones de vulnerabilidad, dado sus contextos y necesidades particulares (Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión de Riesgo de Desastre, 2019).

Por ello, los modelos y manuales de salud pública chilenos se centran en el trabajo con niños en tres tiempos de apoyo: prevención, intervención y seguimiento de crisis (Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión de Riesgo de Desastre, 2019). Ejemplo de este trabajo son los cuentos infantiles “Bruno y Violeta sobreviven al terremoto” y “cuando la tierra se movió”, los cuales son libros-cuadernos interactivos que tienen el objetivo de que los infantes hablen sobre el trauma con este recurso lúdico y literario. Los personajes principales son niños con los que se pueden identificar rápidamente y hacen uso de las redes de apoyo familiares y comunitarias para aminorar el dolor y buscar juntos una forma de sanar ante la pérdida.

Estos libros fueron difundidos en México luego del sismo del 19 de septiembre de 2017, se usaron fotocopias para repartir a los niños en albergues y bajo la supervisión de adultos capacitados, usualmente por especialistas chilenos de asociaciones civiles que replicaron el modelo de intervención en el trabajo con menores. A partir de este aprendizaje, un grupo de mexicanos se inspiraron para hacer una versión local de “cuando la tierra se movió” en conjunto con sus autoras chilenas para su distribución gratuita y con fines psicoterapéuticos.

Este libro nos muestra la importancia del trabajo local, la necesidad de elaborar intervenciones adaptadas al contexto particular y usando elementos culturales que identifiquen a la comunidad con su territorio, espacio, rituales y símbolos cercanos; con los que se sientan cercanos y les brinden familiaridad, de eso también depende el éxito de las intervenciones y las herramientas de las que se hace uso.

Así, uno de los puntos más valiosos detectados en zonas de catástrofes, radica en que los intervinientes sean capaces de valorar el conocimiento popular de las comunidades, haciéndolos partícipes de los planes de prevención y protección ante desastres socio-naturales. De esta manera, es posible articular políticas de gestión del riesgo de desastres con un enfoque participativo, intersectorial y coherente con las necesidades verdaderamente situadas en el territorio hacia donde se dirigen (Sandoval, 2015).

Otro elemento importante para considerar en las políticas públicas de Chile tiene que ver con la atención que se le brinda al cuerpo de brigadistas que participan activamente en la fase post-impacto, esto es, luego de situaciones de crisis en apoyo a los damnificados o grupos damnificados. Saber que la fatiga de compasión es un fenómeno psicológico que afecta a los que ayudan, es saber también que los intervinientes necesitan apoyo psicológico para no presentar un trauma secundario.

Es esta un área sensible, de primera importancia y habitualmente descuidada en las situaciones de emergencias y desastres. En 2008 el Ministerio de Salud elaboró el Plan Nacional de Protección de la Salud Mental en Situaciones de Emergencias y Desastres, allí se destaca la atención al equipo de intervención como una de las tres áreas centrales a trabajar. Ello parece haber sido una base de conocimientos y de toma de decisiones que explica que, en todos los servicios de salud afectados, los profesionales de la especialidad asumieran actividades de apoyo y/o capacitación del personal de la atención primaria respectiva. Desde las políticas públicas y con el apoyo de centros universitarios, de estudios y sociedades científicas; se desplegó un programa denominado "Intervenciones psicosociales y de apoyo al personal de salud", siguiendo sesiones únicas, centradas en la

identificación de factores de auto y mutuo cuidado presentes en los propios equipos de salud. Las sesiones o talleres se realizaron en los establecimientos donde se desempeñan habitualmente y alcanzaron a 2.622 trabajadores del sistema público de salud (Erazo y Permjean, 2010).

Pensar no solo en los afectados directos permite identificar las necesidades y requerimientos también de las personas que ayudan en la reconstrucción psíquica, realizar un trabajo sistemático promueve la salud mental en todas las áreas de intervención y no solo se centra en los albergues y con quienes tienen una exposición directa al trauma. Permite también entender que, en un trabajo colectivo, todos los actores son importantes; el contagio del sufrimiento puede dañar psicológicamente a todo aquél que se exponga a un discurso o escena trágica y en el objetivo de cuidar la salud mental se debe pensar en un trabajo colaborativo, cíclico y fenomenológicamente complejo.

3.3.2. La respuesta en salud mental de España ante el riesgo por evento natural

El CENAPRED (2013) en su curso en línea sobre los desastres y sus efectos psicológicos plantea:

“Algunos países como España y Estados Unidos, ponen particular interés en la especialización de grupos de respuesta formados por psicólogos, para abordar la emergencia. Por ejemplo: Grupo I.S.I.S. España (2004) o la American Red Cross (2005). Sin embargo, en nuestro país la carencia de profesionistas preparados en esta materia no se ha consolidado y esto provoca graves pérdidas”.

Como se menciona, la psicología de emergencias en México (o denominada anteriormente como psicología en crisis) ha tenido una inserción lenta y difícil debido a las condiciones socioculturales y económicas del país. Hay una gran diferencia en avances de intervención e investigación en comparación con otros países, entre los que se destaca España.

En este país europeo se ha realizado relevante investigación en el área de intervención en crisis y salud mental de las emergencias, han diferenciado las múltiples catástrofes por evento natural teniendo modelos de intervención especializados según sea el riesgo, consecuencias y dependiendo también del daño material y psicológico. Parten de una clasificación de las víctimas dividiéndolas según Taylor y Frazer (1998) en:

- Víctimas de primer grado a las que sufren el impacto directo de la emergencia o desastre, sufriendo pérdidas materiales o daño físico.
- Víctimas secundarias que serían los familiares y amigos de las anteriores.
- Víctimas de tercer grado que serían los integrantes de los equipos de primera respuesta.
- Víctimas de cuarto grado que sería la comunidad que se ve afectada en su conjunto.
- Víctimas de quinto grado o personas que se enteran de los sucesos por medio de los medios de comunicación.
- Víctimas de sexto grado son aquellas que no se encontraban en el lugar de los hechos por diferentes motivos y en ellos son los sentimientos de culpa, los principales causantes de los problemas psicológicos posteriores.

Esta diversificación de víctimas promueve una atención especializada según sea la pertinencia, los grupos de apoyo colocan énfasis en fenómenos psico-afectivos particulares y se lleva a cabo una intervención distinta de acuerdo con el nivel de exposición al trauma.

Aunado a ello, como parte del desarrollo de la protección civil española nos encontramos con la creación de los sistemas de protección civil autónomos y locales. Se descentraliza y coordina la toma de decisiones para lograr mayor eficacia, se hace una segmentación entre nivel estatal, nivel autonómico y nivel local/provincial para responder de forma estratificada y de acuerdo con las comunidades específicas brindar una respuesta más rápida, ya que frente a una

situación de emergencia el tiempo es nodal (Sistema Español de protección Civil, 2019).

Así mismo, en España se ha colocado gran énfasis en la especialización de los profesionales que se dedican al trabajo en situaciones de crisis y emergencias, se ha abierto una nueva especialización dentro de la salud mental llamada “psicología de la emergencia” llevada a cabo por psicólogos emergencistas, su conocimiento versado en crisis ha hecho que formen parte del cuerpo de urgencias básico dentro de hospitales e instituciones públicas y privadas. Así mismo, se considera a la salud mental como parte de los primeros auxilios que se brindan a cualquier persona en situación crítica, este tipo de intervención promueve un avance significativo en la restauración del trauma, así como en la prevención de las secuelas. Es una forma práctica y eficaz de colocar a la salud mental en primer orden y con ello prevenir futuras psicopatologías, es un mensaje claro y determinante de que incluir a la salud mental dentro de las políticas públicas estatales es necesario y a largo plazo menos costoso.

Según el Consejo Nacional de Psicología España (2016), plantea que en 1999 el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid constituyó un grupo de expertos/as en intervención psicológica en emergencias y catástrofes, justo pocos años después de que unas lluvias torrenciales arrasaran un camping en Huesca, catástrofe natural en la cual murieron 87 personas y contaron numerosos heridos. La tragedia del camping supuso un punto de inflexión en la intervención psicológica en catástrofes en España, ya que acudieron al lugar numerosos profesionales de la psicología, así como voluntarios desde distintos puntos del país para ayudar y colaborar, siendo esta la primera vez que se organizó una intervención psicológica en una situación de esa naturaleza. El impacto que tuvo dicha tragedia en la sociedad y medios de comunicación hizo que instituciones públicas y privadas se plantearan por primera vez la necesidad de crear grupos permanentes de atención psicológica en desastres.

Es así como se han consolidado diversos grupos interdisciplinarios de apoyo en situaciones de catástrofe que nacen usualmente en las universidades españolas,

las principales funciones que atienden son: recepción de familiares, acompañamiento en reconocimiento de cadáveres, asesoramiento y apoyo psico-emocional, búsqueda de soluciones y toma de decisiones, distribución de recursos humanos, gestión y coordinación en grupos de intervención y seguimiento, además del trabajo de investigación y difusión de conocimiento (Consejo Nacional de Psicología España, 2016).

Aunado a ello, se han articulado mecanismos para coordinar la actuación en salud mental ante las grandes catástrofes, principalmente con la red de universidades públicas dentro del país, lo que promueve una constante investigación (pre, durante y post-emergencia). La universidad juega un rol fundamental en la intervención en crisis, han abierto centros de investigación transdisciplinarios haciendo uso de las distintas áreas del conocimiento, por ejemplo, la Unidad de Crisis en Barcelona, la cual es un centro de abordaje integral de situaciones de crisis, estrés y conflictos, integrado al SIPEP (Servicios y proyectos Estratégicos en Psicología) que pertenece a la Universidad Autónoma de Barcelona. En el SIPEP trabajan expertos de distintas áreas sobre intervención, gestión e investigación y se encuentra abierto al público en general.

Paralelamente, la Universidad de Barcelona diseñó un programa de capacitación en línea de forma gratuita para aprender primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis. La plataforma está diseñada para tener libre acceso a ciertos materiales e información relevante sobre catástrofes por evento natural, puede acceder cualquier persona desde un dispositivo conectado a internet ya que incluso está traducido a varios idiomas (incluyendo idiomas locales).

En lo que respecta al documento oficial del CENAPRED sobre primeros auxilios psicológicos en México (2016), el curso fue replicado de la Universidad de Barcelona, España (específicamente de la unidad de crisis), el contenido del documento es prácticamente el mismo: mismo uso de temas, subtemas, orden de ideas, autores citados, protocolos de intervención, incluso el material visual como fotografías de catástrofes de otros países (entre ellas de Nepal y Brasil) son copiadas de la plataforma extranjera. Esto nos muestra la incapacidad de nuestro

gobierno y sistema de investigadores para realizar un trabajo original y adaptado a las necesidades locales, pensado desde un contexto mexicano particular, tanto a nivel comunitario, estatal como nacional.

Lo mismo sucede con los protocolos de acción durante una emergencia, en nuestro país se usan principalmente los protocolos ABCDE de la Universidad de Chile y el protocolo ACERCARSE de la Universidad Complutense de Madrid, España, se replican arbitrariamente sin adecuarlos a contextos específicos de nuestro país, sin tomar en consideración nuestras limitaciones tecnológicas, económicas y de cuerpos especializados en catástrofes. Además de no incluir en el abordaje fenómenos fundamentales como son, culturales, etnográficos, sociales y afectivos, lo que provoca una intervención descontextualizada, tal como se observó en las intervenciones del pasado sismo del 19 de septiembre de 2017 en muchas comunidades perjudicadas.

Discusiones

Comenzar a reconocer que la Reducción del Riesgo de Desastres (RRD) es una inversión rentable en la prevención de pérdidas futuras, tanto materiales como humanas es un primer paso significativo en la intervención en catástrofes, sin este conocimiento básico las consecuencias en situación de emergencia serán repetitivamente devastadoras. Reducir el riesgo favorece el desarrollo sostenible de cualquier país y mejora activamente la salud mental de las comunidades.

Por ello, llevar a cabo una mayor inversión en la reducción del riesgo es una forma más eficiente, oportuna y económica de minimizar pérdidas e impactar positivamente en la salud mental una vez que la emergencia haya ocurrido. En el caso de México se puede observar que estamos en una zona con una alta y constante probabilidad de sufrir un desastre a causa de un movimiento telúrico, por lo que prevenir una catástrofe (desde sus múltiples causas) tendría que ser prioritario en la agenda de salud pública.

Comenzar con programas de educación y sensibilización a la población, hablar sobre el impacto psicoafectivo que provoca una catástrofe y encontrar mecanismos de afrontamiento ante la contingencia es menester en cualquier población del país, puesto que la mayor parte del territorio está en situación de riesgo.

Aunado a ello, es necesario hacer intervenciones en salud mental que se ajusten a contextos locales, comunitarios y a espacios particulares, segmentados por regiones, estados de la república y un sistema nacional que trabajen coordinadamente y pueda tomar decisiones de acuerdo al lugar o a las exigencias particulares, (desde aspectos generales como edad, número de habitantes, actividades productivas principales, etc., hasta elementos simbólicos como sus rituales de despedida, medios expresivos y afectivos de apoyo, contención, etc.), esto promovería el trabajo con los agentes comunitarios sin esperar decisiones tardías que entorpezcan la reconstrucción. Resulta importante puesto que dentro del país hay grandes diferencias no solo territoriales, también socioculturales que inciden directamente sobre el comportamiento individual y colectivo de cada región afectando positiva o negativamente en la gestión de riesgo, así como en la atención durante y post emergencia.

Así mismo, la investigación en salud mental durante una emergencia en nuestro país es escasa, tanto en instancias públicas como privadas, la existente se basa principalmente en modelos y manuales importados, donde prácticamente se replican intervenciones de otros países que resultan ineficaces en muchas áreas del nuestro. Existe muy poca generación de conocimiento, este no es original ni basado en aprendizajes y experiencias propias, por lo que cuando se lleva a la práctica es rebasado por escenarios reales que no se ajustan a situaciones o territorios teóricamente deseables.

Existe mucho material de asociaciones civiles, comunidades y público en general que participa activamente en situaciones de desastre, el cual evidentemente resulta necesario para pensar sobre intervenciones y modelos viables basados en contextos nacionales, sin embargo, éstas usualmente no son tomadas en

consideración por la academia para hacer estudios científicos relevantes, existe un cierto *divorcio* entre el conocimiento comunitario con el conocimiento académico, no se ha logrado establecer una relación entre iguales para hacer prácticas colectivas, parecen dos entidades dicotómicas que incluso llegan a ser antagónicas. La figura del investigador en el sismo del 19 de septiembre no resultó ser fundamental en la intervención y reconstrucción del sismo, la gente se sentía desconfiada e incluso usada. Se observó un fuerte extractivismo científico (principalmente los primeros días luego del sismo), estudiantes y académicos realizaban encuestas a las personas; se les pedían datos, nombres, vivencias, ejemplos, sin embargo, poco se les devolvía, cuando llegaban les ofrecían despensas o ropa usada y en cuando obtenían la información por la que estaban allí no se les volvía a ver más, las promesas que hacían se quedaban sin cumplir. Esto provocó una gran desconfianza de parte de los afectados, muchas veces la gente de las comunidades no quería participar cuando ciertos colectivos tenían una intervención bien planeada, costó mayor trabajo integrarse con la gente y tener una respuesta activa.

Por otra parte, las políticas públicas nacionales no incluyen a la salud mental cuando a salud se refiere, se sigue pensando únicamente sobre el organismo físico sin considerar el cuerpo psíquico, no entender la relación íntima que tiene el aparato psíquico y el organismo dificulta la respuesta e impide atender integralmente a los afectados, no se consigue llevar a cabo un trabajo oportuno, relevante e interdisciplinario.

Por ello, la figura del psicólogo, terapeuta, artista, antropólogo de la salud o cualquier profesional que trabaje en salud mental no se integra al cuerpo de auxilio luego de una tragedia, existen escasas especializaciones oficiales y gratuitas en las universidades públicas e instancias gubernamentales. El Estado no está capacitando a su personal de salud mental para atender una catástrofe por evento natural, tampoco está incluyendo otras disciplinas para el trabajo interdisciplinario, y peor aún no se integran otros profesionales en el personal básico en situaciones críticas.

Cuando se habla de salud usualmente se piensa en médicos (as) y enfermeros (as), el psicólogo (a) no se encuentra en las salas de urgencias, tampoco acompaña a los familiares de las víctimas, no brinda noticias de pérdida o hace un trabajo de intervención y seguimiento ante una crisis pese a que pueda estar capacitado para ello. Dichas actividades a pesar de que se consideren necesarias como parte del trabajo del psicólogo clínico no se realizan en hospitales públicos o privados, tampoco el psicólogo forma parte del equipo de paramédicos para brindar primeros auxilios psicológicos o intervención en crisis cuando se presenta una situación de emergencia (ni dentro de hospitales ni tampoco donde ocurre el percance).

Esto nos muestra que las políticas públicas no se interesan en la salud mental de su población, no consideran relevante el cuerpo psíquico ni las consecuencias nocivas que se desatan luego de un evento traumático, no se inscribe la atención psicológica como parte del protocolo de emergencias y esto lleva a graves consecuencias individuales y colectivas. El *destino* del mexicano promedio es padecer una y otra vez el sufrimiento sin encontrarle elaboración. El Estado no provee de suficientes mecanismos y medios para hacer frente a una emergencia nacional y no ha entendido que prevenir el sufrimiento psíquico es parte de su responsabilidad y labor.

-Lisa, ¿pero ¿qué diablos sucedió ayer?

-Pues sucedió lo que sucedió

-¡Eso es horrible! ¡Qué crueldad!

Fiodor Dostoievski

“Usamos nuestras mentes no para descubrir hechos,
sino para ocultarlos”.

Antonio Damasio

Capítulo 4.- EL TRAUMA TRAS EL DESASTRE

Morales plantea, el trauma está configurado por dolor, el cual no tiene medida, se trata de un juicio de lo incomparable. No hay medida o peso que lo contenga, entonces, no remite a cosa alguna, sino a un juicio que no puede buscarse fuera de lo que se ha nombrado. Es sentido como oscuridad y la oscuridad es la tintura de la ausencia, de la muerte (2015). El negro es la ausencia de color, del luto, de la pérdida de objeto en las sociedades occidentales. Así, el silencio es la fuga del sonido y la soledad la llaga del abandono. El dolor en el trauma se impone contra la voluntad del sujeto. Es un poder, una fuerza extranjera, es la violencia de lo desconocido que se vale de la pulsión de muerte para satisfacerse parcialmente en la destrucción.

El trauma es un evento fuertemente disruptivo en el cuerpo psíquico del sujeto, no se puede metabolizar puesto que pertenece al campo de lo terrible, de lo inasible, es un concepto complejo y fundamental en la biografía individual y colectiva; luego de la catástrofe del 19 de septiembre devino el trauma y con ello múltiples síntomas que imposibilitan la restitución del individuo, de su grupo y su comunidad de pertenencia. El trauma psíquico es un puente en la interdisciplina, teje perspectivas que permiten analizar el fenómeno desde múltiples manifestaciones y observar al sujeto en su vulnerabilidad y desvalimiento.

En este capítulo se habla sobre el concepto del trauma en el sujeto desde la perspectiva freudiana, se define al sujeto, así como el proceso de elaboración ya que son constructos secundarios anudados al trauma. Así mismo, se expone un acercamiento al trauma compartido desde la visión de Martín Baró, entendiendo que el dolor es un evento que por sus características se vive en solitario; pero también se identifica en los otros, se inscribe en el campo del sujeto y también del grupo y la comunidad.

Aunado a lo anterior se habla sobre el concepto de fatiga por compasión y se identifica en los intervinientes que trabajaron en Morelos luego del sismo del 19 de septiembre, se pone énfasis en el '*contagio*' del sufrimiento como parte de las implicaciones del trauma indirecto; se abordan, tanto las posibilidades empáticas que tiene la ayuda humanitaria, así como el riesgo psíquico al que se somete el que presta apoyo en una catástrofe.

4.1 El concepto de trauma

Se sabe que los terremotos a través de la historia han provocado pérdidas humanas y han tenido un severo impacto económico, social, en la salud física y mental de la vida individual y colectiva (Sánchez-Vidal, 2002), destruyendo todo a su paso en términos literales, pero también en el campo simbólico y metafórico. Morelos es considerado un estado localizado en una zona de alta sismicidad, ha tenido innumerables sismos en distintos municipios y con diferentes consecuencias a lo largo del tiempo, sin embargo, nunca se había registrado un terremoto tan devastador en toda la historia de la entidad (López, 2017). El sismo del 19 de septiembre de 2017 abrió una herida que por su alta carga de intensidad provocó una ruptura en el cuerpo psíquico generando un trauma que desató diversos estados mentales mórbidos.

El trauma es un concepto complejo que abarca toda la obra de Sigmund Freud, el psicoanálisis expone en principio que el trauma es inherente a la estructura

misma del aparato psíquico, este entendido como fundamento de la mente humana y la conformación del cuerpo psíquico. Dicho aparato demuestra que el sujeto está constituido en una relación conflictiva con la realidad, hay una radical inadecuación de lo psíquico con el mundo externo (1920). Por ello, en el campo real el organismo aparece inapropiado para encontrar el equilibrio con lo que lo rodea, así en el principio está el conflicto porque dicha realidad es precaria e insatisfactoria, por ello constantemente se busca (de manera inconsciente) el principio del placer; para aminorar el displacer y poder llegar a un equilibrio parcial, quizá utópico.

Sin embargo, en 1915 durante las conferencias de introducción al psicoanálisis Freud plantea: “llamamos así [se refiere al traumatismo] a una vivencia que, en un breve lapso, aporta un exceso tal en la intensidad de estímulo que su tramitación o finiquitación por las vías habituales y normales fracasa, de donde por fuerza resultan trastornos duraderos para la economía energética” (Freud, 1991, pp. 112).

Por ello, cuando se presenta un evento fuertemente disruptivo en el aparato psíquico (como un terremoto), este tiene una fisura, una grieta afectiva que se expresa como entidad terrorífica: traumática. De ella deviene un dolor extremo, es un acontecimiento atípico por la gravedad del suceso, el trauma es una gran tragedia para el sujeto. Žižek plantea que este acontecimiento no es un mero cambio de planteamiento, es la destrucción del planteamiento como tal, por lo tanto, designa una nueva revelación de gran trascendencia del ser, un horizonte de significados en el que aparecen todas las entidades; el acontecimiento es un cambio radical de la realidad en sí misma (2016).

Sotelo (2007), afirma que hay dos dimensiones importantes sobre el trauma a considerar: el trauma estructural (constituyente) y el trauma como acontecimiento imprevisto que introduce lo inasimilable a través del encuentro con una contingencia. El trauma como acontecimiento imprevisto no hace sino reduplicar el trauma estructural por el hecho de ser sujetos hablantes. Así, el trauma psicológico es un impacto extremo de un estresor debido a un incidente crítico, que afecta al individuo en sus funciones tanto psicológicas como biológicas debido a la intrínseca

relación entre lo somático y lo psíquico; tanto en el animal como en el hombre existe una interacción recíproca (Freud, 1991).

Freud continúa (1926), la situación traumática nombra la emergencia de lo que se llamará angustia automática también conocida como angustia traumática que emerge en la situación de peligro. La cual es vivenciada como estados de desvalimiento, desamparo e indefensión. Estas connotaciones permiten cualificar los estados afectivos de la vivencia traumática tales como susto, terror, horror, espanto, pánico y con un carácter especial lo ominoso o siniestro. El *choque* es tan grave que el sujeto puede llegar a la muerte psíquica.

El trauma no se transforma ni se debilita, aparece y reaparece como percepción del cuerpo. La psique no logra identificar la tensión que provoca el evento traumático por lo que deviene el sufrimiento constante. La experiencia traumática no se integra a la historicidad del sujeto, por lo tanto, lo que lo vuelve traumático no es el suceso en sí mismo sino la incapacidad de sintetizarlo e incorporarlo a la vida psíquica de quien lo experimenta. El trauma se repite una y otra vez en un intento por volverlo decible y nombrarlo ya que en el trauma el recurso de la palabra falla.

Lacan (1975) agrega:

“El trauma, en tanto que cumple una acción represora, interviene a posteriori. En ese momento, algo se desprende del sujeto en el mundo simbólico. A partir de entonces esto ya no será algo del sujeto. El sujeto ya no hablará más de ello, ya no lo integrará. No obstante, esto permanece ahí, en alguna parte, a través de algo que el sujeto no domina. Será el primer núcleo de lo que luego habrán de llamarse los síntomas” (p. 283).

Los síntomas aparecen para darle al sujeto una posición de doliente (como aquél que sufre psíquicamente), ante la incapacidad de recordar conscientemente el suceso se presenta el síntoma como acto, el sujeto no recuerda nada de lo olvidado o reprimido, sino que lo vive de nuevo, en un síntoma, en una enfermedad, en dolor, lo repite sin saber, naturalmente, que lo repite (Freud, 1997).

“El temblor me dejó con vértigo, ahora no puedo caminar sola, ni tampoco andar en carro o ver para abajo, me mareo, siento que me caigo o algo peor”. Dice una mujer mientras agarra fuertemente el brazo de su hijo mayor.

En la urgencia generalizada (provocada por el sismo) se habla de un traumatismo tanto a nivel singular como colectivo, donde se encuentra la impotencia del discurso al momento de intentar interpretar el acontecimiento (Sotelo, 2007).

Ahora bien, Torres (2010) afirma que los rasgos centrales de una respuesta traumática ante una adversidad extrema son, sentimientos de derrota, congelamiento de afectos (aparente incapacidad de sentir), con la subsiguiente pérdida en la modulación afectiva (sentimientos opuestos expresados al mismo tiempo) y alexitimia secundaria al trauma. Cabe señalar que la alexitimia hace referencia a un estado neurológico que consiste en la incapacidad del sujeto para identificar las emociones propias y, consecuentemente, la imposibilidad para darles expresión verbal, el trauma al ser un proceso difícil de tramitarse psíquicamente provoca enfermedad en el cuerpo psíquico y físico. El término se agregó recientemente a los manuales de psiquiatría y trastornos mentales (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2015).

En 1980 se introduce en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) el concepto de trastorno por estrés postraumático (TEPT) para dominar a la gama de reacciones que ciertas personas padecían después de presenciar escenas traumáticas de naturaleza trágica y violenta (Figley, 1995).

Según el DSM-V el trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un tipo de trastorno de ansiedad caracterizado por la aparición de síntomas que siguen a la exposición ya sea directa o indirecta (escuchar narraciones o ver imágenes) a un evento estresante y extremadamente traumático (muertes, amenazas a la integridad física, etc.). La persona responde con temor, desesperanza u horror intensos. El acontecimiento traumático es re-experimentado a través de recuerdos o a menudo en sueños recurrentes e incontrolables (intrusos) que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones de catástrofe que provocan terror.

“Después del temblor no pude dormir los siguientes dos días, sentía que si cerraba los ojos ya no los volvería a abrir, me daba mucho miedo. Ya no pude volver a dormir igual, ahora me despierto en la noche o con cualquier ruidito se me espanta el sueño”. Narra una mujer cuatro meses después del sismo.

Sobre los sueños Freud (1920), nos explica que el trauma reconduce al sujeto una y otra vez a la situación de angustia de la cual despierta con renovado pánico, es un ciclo intenso que toma vigencia a cada momento y del cual se intenta huir sin éxito. Esto no provoca el suficiente asombro: se cree que si la vivencia traumática lo asedia constantemente mientras duerme, ello prueba la fuerza de la impresión que le provocó. El sujeto está, por así decirlo, fijado psíquicamente al trauma.

Lo anterior produce un malestar tan intenso que lo desgasta psíquicamente, el gasto de energía psíquica es económicamente tan alta que se observa cansancio extremo, embotamiento (debilitamiento) mental y respuestas fisiológicas de activación; estas respuestas aparecen especialmente cuando la persona se expone a estímulos (internos o externos) que simbolizan o le recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. La activación fisiológica es tal que produce irritabilidad crónica, ataques de ira, dificultades para concentrarse y respuestas exageradas de sobresalto.

Así mismo, la hipervigilancia es un síntoma que se presenta como un estado de guardia y alerta continua, como si se estuviera a la espera de algún peligro. Hay una hiperactivación del sistema nervioso central por lo que la persona no puede relajarse ni sentirse tranquila (Royal College of Psychiatrists, 2010). Todas estas alteraciones se pueden prolongar por más de 1 mes y provocar malestar clínico significativo y/o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del afectado, pueden ir en aumento de frecuencia o gravedad y en casos más graves ocasionarle discapacidad física o psicológica al sujeto de manera permanente.

Diversos estudios señalan que la prevalencia de este trastorno después de un terremoto es de entre un 10,3 % y un 30 % en adultos, dependiendo de ciertas características particulares de cada evento además de la situación socioeconómica

de cada país, así, en los países latinoamericanos el trastorno TEPT u otras consecuencias psicopatológicas se presentan en un alto número de personas que fueron afectadas por una catástrofe y sólo un pequeño grupo tiene acceso a atención psicológica, lo que provoca desórdenes mentales graves a corto, mediano y largo plazo (Leiva-Bianchi, M. 2011).

Por tanto, el trauma es solo el comienzo de problemas psicopatógenos más profundos y complejos que afectan al sujeto, a su grupo de referencia y a la comunidad debido a que las consecuencias del trauma se multiplican, se *'contagian'*. En un grupo familiar, por ejemplo, cuando una persona presenta desajustes psíquicos, los miembros se sienten perjudicados directa e indirectamente (dependiendo de la historia familiar), se sufre al contemplar el dolor de quien se ama, se sufre por la pérdida de la persona que existía antes del suceso y que parece haberse ido, un duelo sin muerte, de ahí la dificultad de superar el suceso traumático puesto que se vive una presencia ausente.

Frente a esta situación la desesperación es una constante en la cotidianidad del grupo (principalmente si no se cuenta con una red de apoyo), los desequilibrios emocionales provocan conductas erráticas dentro de la familia que usualmente desencadenan ira, depresión, ansiedad, adicciones, peleas constantes o estados patológicos más graves como fragmentación del aparato psíquico (psicosis) o ideación-actos suicidas en uno o más miembros familiares (Karl, 1988).

“Desde que tembló mi mamá no quiere salir a la calle, ya ni hace de comer ni habla con nadie, quiere estar nada más durmiendo, mi papá le dice que se pare, pero ella no le hace caso, algo tiene y es muy feo”. Narra un adolescente de 15 años a 2 meses del sismo.

Aunado a ello, los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de sufrir un trauma y/o agudizar sus consecuencias son: vínculos sociales escasos, lazos familiares fragmentados, enfermedades físicas y/o padecimientos psíquicos anteriores y una historia previa con eventos traumáticos (Flannery, 1990). Sobre esta última característica surgen muchas preguntas; entre ellas, ¿con qué historias nos tomó el sismo? ¿qué nos hizo recordar? ¿qué grietas se abrieron con el

suceso?, puesto que un trauma devela los traumas anteriores del sujeto, hay un regreso abrupto a la angustia infantil y probablemente a la castración simbólica, se puede hablar entonces de la catástrofe como evento detonante de catástrofes personales anteriores.

Bleichmar (1986) agrega: “Un traumatismo puede ser muy severo en su significación para un sujeto, por su estructura y su historia, y no para otro” (p.102). En todos los casos el impacto subjetivo es muy potente, pero las defensas que se implementan en la respuesta varían, pueden ser adecuadas o arcaicas, de esto depende la preservación del yo y sus principales manifestaciones sintomáticas.

Belmar, et al., (2012), plantean que dentro de dichas manifestaciones que devienen tras el trauma se destaca el fatalismo por agudizar un panorama desastroso, este definido como un fenómeno psicológico que incluye la aceptación resignada y pasiva del sujeto hacia un destino (que se piensa) irremediamente trágico, estos sentimientos de derrota se conciben como castigo de alguna fuerza divina o voluntad sobrenatural (Blanco y Díaz, 2007), determinando una forma de vida que se traduce en conformismo ante cualquier circunstancia, el fatalismo se presenta principalmente en personas con depresión profunda y esta posición de fracaso empeora su condición de desamparo; el sujeto no intenta salir de su estado de tristeza, el panorama le parece desolador y siente una aparente necesidad de huir de la vida mediante la muerte.

“Nada tiene caso, siempre me pasan desgracias y esta es la peor, mi abuelito se cayó y ahora está en cama, yo no creo que se reponga, está muy viejito, yo ya no quiero ir a la escuela, me da hueva, seguro hasta se nos caen los escombros encima y luego mi mamá que todo le vale ni cuida a mi abuelito, ¡ya nos va a cargar a todos!”. Narra un estudiante de secundaria a tres meses del sismo.

Freud intentó dar explicación a estas manifestaciones y describe en 1920 sobre la pulsión de muerte, plantea que esta dirige todo su esfuerzo en eliminar aquello que aumenta la tensión psíquica, tratando siempre de reducirla al mínimo. Así, la pulsión de muerte busca la satisfacción constante, esa que de forma completa solo le es posible a través de la muerte: el grado cero de la tensión. Lo

que mejor caracteriza a la pulsión de muerte es que obra en silencio y es opuesta a toda actividad de simbolizar, de localizar, de ligar y de significar, por lo tanto, pertenece al campo de lo indecible. La pulsión de muerte (antagónica en este momento de la pulsión de vida) se manifiesta luego del trauma como una posibilidad de huida frente al dolor.

Otro fenómeno que se presenta como manifestación de la pulsión de muerte, es el aumento en el consumo de fármacos tras el impacto de algún evento traumático, ya sea de forma auto recetada o bien bajo la prescripción de un médico o psiquiatra. Flannery (1999), dice al respecto que la medicación es una forma paliativa ante la angustia psicológica con drogas o alcohol para calmar el malestar psicológico y somático. Dicha estrategia fracasa a largo plazo y puede complicar aún más la vida del sujeto.

Un hombre de 35 años narra: *“¿Se dieron cuenta que después del temblor la gente estaba afuera de las casas tomando casi todos los días?, yo no entiendo por qué, pero me pareció muy raro, en la tienda llegaban con sus cascos de caguamas o a pedir cerveza en lata para llevar.”*

Ahora bien, en el trauma psíquico siempre hay una interacción entre lo intrapsíquico (que pertenece al aparato psíquico) con el medio externo y viceversa, es un proceso dinámico y mutuamente influyente. La psicología clínica tradicional ha abordado el trastorno y la salud mental tomando como marco de referencia y unidad de análisis a un sujeto aislado de su medio. Durante el proceso de diagnóstico, intervención y seguimiento se piensa poco sobre la comunidad y la necesidad de un trabajo en colectivo. Frente a este paradigma, la perspectiva psicosocial ha señalado la importancia de atender el sufrimiento y sus consecuencias más allá de la unicidad del individuo, donde aspectos sociohistóricos particulares sean tomados en constante consideración durante el proceso de reconstrucción (Blanco y Díaz, 2004).

Las prácticas de apoyo psicosocial afirman que el trabajo comunitario es un elemento fundamental para la protección a la salud mental de los afectados directa e indirectamente, por ello, resulta importante que los procesos de activación

comunitaria surjan en situación de emergencia y contingencia social, son ellos los que pueden generar dispositivos y herramientas de apoyo afectivo de acuerdo con su historia, identidad y anclaje cultural.

Así, por ejemplo, 'el susto' y 'el espanto' son conceptos usados habitualmente en estados como Puebla, Morelos, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, entre otros, para designar "un estado crítico que surge como consecuencia de una fuerte impresión, debida a innumerables factores de distintos órdenes: real, soñado, pensado; algunos dirían divino o sobrenatural" (Castaldo, M., p. 32). El susto es una emoción altamente intensa con consecuencias mórbidas, se presenta de manera súbita y es la propia persona la que asume la condición. Muy parecido a lo que conocemos en la literatura psicopatológica como trauma.

Padecer de susto o estar asustado, se basa en el entendimiento común de que un individuo se compone de un cuerpo y una sustancia inmaterial, una esencia, que puede separarse del cuerpo o bien quedar cautiva de fuerzas sobrenaturales. Esta esencia puede abandonar el cuerpo al dormir y también es causada por una experiencia perturbadora (Rubel, A., et. al 1995).

Se vuelve necesario, por lo tanto, el trabajo local en cada grupo afectado ya que las características que cada comunidad posee hacen del desastre una vivencia única que no necesariamente cabe en diagnósticos homogéneos preestablecidos. Es así como el susto o el espanto son eventos en la vida espiritual de ciertas comunidades en México y de ellos se desprende las formas de tratamiento empleados; son medios de tránsito entre aspectos materiales e inmateriales que son cruciales en la recuperación de la salud mental de la población.

Durante una grave inundación en Puerto Rico un gran número de afectados fue diagnosticado por médicos y psiquiatras extranjeros con psicosis esquizofrénica según criterios del CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), usaron la medicación como principal medio de tratamiento en algunas comunidades. Sin embargo, médicos locales estaban en contra de dichos diagnósticos argumentando que el lenguaje fue decisivo para tal confusión, así como expresiones regionales que los extranjeros

categorizaron como delirios (Beristain, 1999). Esto muestra la importancia de tomar en cuenta el conocimiento cultural para entender la respuesta ante el desastre y así organizar la asistencia o el tratamiento.

Otro ejemplo importante en nuestro país es el terremoto de 1985 en la Ciudad de México, Galindo (2010) plantea: “El terremoto nos tomó a los psicólogos mexicanos totalmente desprevenidos. No había referencia inmediata acerca de qué estaba sucediendo ante nuestros ojos y la necesidad de actuar inmediatamente nos empujó a hacer lo que parecía más urgente en el momento, sin embargo, hubo muchas fallas y la intervención de la comunidad fue decisiva en la reconstrucción de la ciudad” (p. 15).

Por lo tanto, una de las principales críticas al TEPT es que generaliza el síndrome a todo tipo de poblaciones mundiales, lo traslada de occidente a comunidades de América, África y Asia (Beristain, 1999), esperando que muestren la misma sintomatología para brindar el mismo abordaje clínico e incluso farmacológico, por lo que el fracaso es muchas veces inminente.

4.1.1 El sujeto de trauma.

Para Lacan hay una socialización primordial de lo mental, por ello, el individuo en su completa individuación es sólo una ficción. El inconsciente escapa por completo al círculo de certidumbres mediante las cuales el hombre se reconoce como yo (Lacan, 2003). Así, el sujeto no es el individuo de la autoconciencia que cuenta con el control pleno de sus actos, pensamientos y fantasías. Lacan plantea que el yo es el otro. Sin desconocer la función del yo en la constitución subjetiva, Lacan la ubica en el lugar del desconocimiento, la ilusión, el espejismo (Castro, 2014). El sujeto está sujetado por un otro que lo constituye y determina en términos inconscientes.

El sujeto del psicoanálisis es aquel que hace su aparición en el lapsus, el chiste, el acto fallido, el sueño. Es el sujeto que no sabe siempre lo que dice y que dice siempre más de lo que quiere decir (Castro, 2014).

El yo se forma en lo que Lacan denomina *el estadio del espejo*, cuando el infante asume con júbilo la imagen que el espejo le refleja. Este proceso de identificación con la imagen especular resulta decisivo en la construcción del sujeto, quien en ese momento carece de potencia motriz y se halla en un momento de absoluta dependencia respecto del otro cuidador. El yo-ideal que le refleja el espejo lo sitúa en una dimensión ficticia porque le anticipa la gestalt de un cuerpo que el infante aún no tiene. Lacan ubica la instancia del yo en lo que él denomina el registro de lo imaginario, ya que es el producto de la identificación con una imagen especular (Lacan, 2003). Por lo tanto, el sujeto se inscribe en el orden simbólico y está determinado por el lenguaje y la cultura (Naranjo, 2005).

4.2.2 La elaboración traumática.

Freud (1914), usa el término compulsión a la repetición para denominar aquellas repeticiones de vivencias dolorosas, dañinas o patológicas que producen resistencias y un alto sufrimiento psíquico constante. Así mismo, Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996) plantean que la compulsión a la repetición es un proceso inconsciente y como tal innominable que lleva al sujeto a repetir secuencias (actos, sueños y pensamientos), que en su origen generaron displacer y momentos altamente dolorosos, su génesis, por lo tanto, pertenece a la entidad traumática. Esto provoca una reproducción del dolor que no logra ser ligado al campo de las representaciones y por ello, hay un eterno retorno de lo mismo. El síntoma predomina en la vida psíquica del sujeto y con ello un malestar cíclico.

En la vida anímica la compulsión a la repetición es primitiva, elemental y pulsional, la libido se coloca sobre el síntoma, sin embargo, cuando llega un proceso terapéutico se logra un desplazamiento de dicha libido para poder colocarla sobre un objeto externo y poder así eliminar el conflicto psíquico, lograr representar el

síntoma para volverlo parte de la historia del sujeto es uno de los principales objetivos de los dispositivos psicoterapéuticos.

Para ello, el psicoanálisis recurre a lo que nombra: elaborar. La elaboración es un término introducido por Freud en su texto Recordar repetir y elaborar, parte del trabajo psíquico para convertir las excitaciones primordiales en procesos de pensamiento (López, 2009). Es un proceso donde comienzan a caerse y desanudarse las resistencias ya que los recuerdos comienzan a surgir y a representarse sin dolor psíquico. La elaboración es entendida como tratamiento para superar las resistencias que perduran durante un proceso terapéutico, la elaboración busca disminuir las resistencias del aparato psíquico y encontrar una reacción de los afectos reprimidos.

Darle expresión y representación al evento traumático es el inicio del proceso de elaboración, hay un retorno al recuerdo inconsciente, el recuerdo reprimido se vuelve consciente y con ello se busca su significado, encontrar el recuerdo traumático y nombrarlo permite ligarlo a una representación simbólica. La elaboración entonces consiste en integrar una representación donde el sujeto derive esta investidura traumática y logre incorporarla y asociarla al resto de sus vivencias, de modo que se integre a la vida biográfica del sujeto con otra significación (Echeburúa y Amor, 2019).

En la elaboración se ejecutan procesos de resolución del exceso de estímulos generados por acontecimientos potencialmente amenazadores. Se menciona también la acepción de procesar a través del trabajo, modificar mediante la vinculación y de la conexión con otros objetos. La transformación de material original ocurre por disolución y absorción o por alteración estructural (Rodríguez, et, al, 2018).

El trabajo de elaboración psíquica posibilita la subjetivación de la urgencia y una posible salida de ella. De acuerdo con Sotelo una urgencia ha finalizado cuando esta se ha subjetivado, es decir, cuando la urgencia o crisis ha dejado de ser algo ajena para el sujeto, ubicándola en el lugar de la causa (Sotelo, 2015).

Cuando el sujeto transfiere a un otro su sufrimiento, propicia en ese otro un valor de intervención, lo acoge en los primeros momentos del trabajo elaborativo. El valor de este acto en su aparente sencillez se manifiesta en sus efectos: la reducción de la angustia y en algunos casos una modificación de la posición del sujeto en relación con su padecer (Rodríguez, et al, 2018). Elaborar psíquicamente implica otorgar un nuevo significado a los hechos traumáticos para lograr una nueva perspectiva de estos eventos: reorganizarlos desde otro entendimiento.

El recuerdo de vivencias traumáticas individuales y colectivas debe servir no solo para elaborar las heridas y los resentimientos del pasado, sino también para impedir que estos se repitan constantemente. Elaborar implica hacer un trabajo en la reparación de un trauma, suprimir las resistencias, redirigir la libido sobre el síntoma y detener la compulsión a la repetición.

4.2 El trauma compartido: el terror reactivo a escala colectiva

El concepto de trauma psicosocial fue propuesto por Ignacio Martín-Baró (1990), tiene la intención de generar un marco conceptual más adecuado para abordar los problemas psicológicos y sociales que se derivan de determinados contextos sociohistóricos compartidos. Este autor plantea que el sujeto es “un ser histórico cuya existencia se elabora y realiza en la telaraña de las relaciones sociales” (2000, p. 5). La persona vista como ser sujetado (sujeto) se vincula necesariamente al grupo, a la comunidad y sociedad, pertenece a sistemas que se encuentran en constante interacción y cambio, cualquier movimiento brusco y disruptivo provocan desequilibrio y malestar psíquico en el cuerpo individual pero también en el marco colectivo.

Por ello, el trauma psicosocial es producto de un fuerte conflicto social o una vivencia intensa, dolorosa y necesariamente compartida que afecta a los integrantes de la comunidad y como resultado se genera un dolor colectivo constante, relaciones sociales basadas en la opresión, la destrucción y deshumanización

dentro del territorio en particular. Este tipo de relaciones interpersonales afectan directamente la convivencia y la dinámica social parcial o permanente (Martín-Baró, 2000).

Por ello, Baró plantea tres aspectos principales del trauma: su carácter dialéctico, integrando la dimensión histórica y dinámica, la necesidad de identificar las causas que lo originaron y mantienen actualizado y cómo la presencia del trauma afecta las relaciones sociales y se vigencia a través del tiempo. El autor enfatiza en el origen social del trauma y la continuación de este por diversas mediaciones institucionales, grupales e individuales que se construyen y afectan dialécticamente.

Jacques Lacan en “la psiquiatría inglesa y la guerra” afirma que se ponen en marcha mecanismos de defensa que pueden transmitirse de generación en generación y que muchas veces es lo que *esconde* la llamada locura. Cuando esto pasa, el lenguaje se interrumpe, sólo se puede mostrar a través de actuaciones (acting out), de pasajes al acto o simplemente mediante el silencio. El trauma compartido es una depresión reactiva a escala colectiva y es vivenciado como un destino que se transmite a las generaciones sucesivas (Lacan, 2012).

Así mismo, Davoine y Max Gaudillere (2011) consideran que el campo de la locura y el campo del trauma son el mismo en el sentido de que el síntoma intenta hacerse reconocer, es una búsqueda para inscribir lo que ha sido censurado y porque en ambos casos es un campo que tiene que ver con la traición de la palabra dada y también la traición de los suyos. Sostienen que el lazo entre locura y trauma no es del orden de la causalidad, ya que el pasaje del pasado al presente no puede efectuarse cuando el impacto del desastre ha inmovilizado el tiempo. Las historias que cuentan los pacientes transmiten pedazos de temporalidad congelados y la dificultad en la clínica está en reconocer que esos momentos recortados de la historia se actualizan en el presente del trabajo psicoterapéutico. Claro está que el *loco*, así como la *locura*, no son diagnósticos diferenciales, sino un reconocimiento de una parte dinámica activa y productora del lazo social. La *locura* es movimiento. El movimiento de la locura viene de algún lado y va hacia algún lado; es decir, hacia

la inscripción y al reconocimiento de sucesos y acontecimientos donde hay que ubicar el origen y entenderlo.

Por su parte, los teóricos Stolorow y Atwood (2004) agregan una teoría de campos o de sistemas en la que se busca la comprensión de los fenómenos psíquicos no como productos de mecanismos psicológicos internos y aislados, sino como elementos subjetivos en constante interacción. Para ellos, el trauma se desarrolla dentro del contexto formativo relacional. Bajo esta condición una experiencia dolorosa se vuelve traumática cuando el entorno no brinda una respuesta empática que permita tolerar, contener y aliviar el impacto doloroso. El grupo y la comunidad deben servir como punto de apoyo unos con otros, debe poder sostener a sus miembros en situaciones críticas ya que de no hacerlo está destinado a desaparecer.

Sin embargo, es importante subrayar que el concepto de trauma social tiene también una variabilidad cultural única que es indispensable a tomar en cuenta para entender la profundidad de cada evento traumático y dependerá de dichas variables el éxito o no del proceso de reconstrucción social e individual (Beristain, 1999). El trabajo comunitario dirigido a curar las heridas psíquicas no se puede pensar de forma replicable, los manuales de salud pública son sólo guías que brindan herramientas teóricas y técnicas importantes, sin embargo, el valor más importante es el trabajo directo en la comunidad y con sus miembros.

Se dice que existen en el grupo y la comunidad diversos comportamientos frente a un desastre por evento natural, estos dependen de diversos factores como la edad, el sexo, la magnitud del desastre, la información de sus integrantes, los hábitos y valores culturales locales, etc. Entre la respuesta de la comunidad se han encontrado diferentes fases de afrontamiento colectivo tras el trauma, “la fase de alerta” es la primera y está delimitada por el anuncio del peligro y la aparición de la catástrofe, aquí se encuentran las señales de alerta y se experimenta ansiedad generalizada que resulta útil para huir o sobrevivir. Sin embargo, si no hay instrucciones claras o medidas de protección preventivas puede ocurrir el pánico y provocar mayores daños. La segunda fase corresponde con el choque: es breve e

intenso, corresponde a un estado de estrés colectivo, alteración afectiva y sensación de irrealidad, suspensión de la actividad y también falta de atención. Es la fase de la conmoción, inhibición y estupor, la gente no puede pensar con claridad, algunas personas se quedan paralizadas (en shock). Seguida de ésta la tercera es la fase de reacción: se caracteriza por la continuidad de conmoción, inhibición y estupor, pero también por la huida, agitación y pánico, es muy breve y no sobrepasa regularmente algunas horas. En el momento de los hechos predomina en las víctimas el miedo, la impotencia o la ira, pero también son frecuentes los actos de apoyo y solidaridad (Beristain, 1999).

Durante estas fases las personas se sienten mutuamente identificadas, presentan sentimientos intensos, reaccionan en grupo y por lo tanto, pareciera como si el colectivo fuera un solo cuerpo, el sujeto suelta su individuación para volverse parte de un organismo más grande, que se comparte y se vive en plural. *“Durante el terremoto yo no dejaba de abrazar a mi compañera, casi no la conozco, pero sentía como si me diera fuerza, la apretaba y ella a mí, luego cuando sentí, la maestra Jaqui y Ian también nos apretaban”*. Cuenta una adolescente sobre su vivencia durante el sismo.

Finalmente, en la fase de resolución, se presenta un periodo de lucidez y reestructuración social que se asocia a la disminución del pánico y agitación, así como la aparición de conductas adaptadas de ayuda, de socorro y de salvamento. La gente puede presentar ansiedad, un intenso contacto social y pensamientos repetitivos sobre lo ocurrido. Durante y después de esta fase es frecuente que aumenten los síntomas psicosomáticos y los problemas de salud mental como las pesadillas, las discusiones y las conductas disruptivas (Beristain, 1999).

“Yo no podía moverme, aunque ya había pasado el temblor, mis piernas no me respondían y era como si me hubiera quedado muda, quería gritar, correr, pero solo no podía hacer nada, hasta que mi amiga me sacudió es cuando pude ir recobrando la consciencia, es como si hubiera estado desmayada pero despierta, muy raro”. Cuenta otra adolescente sobre su vivencia durante el terremoto.

En las situaciones traumáticas colectivas se producen pérdidas tan severas que pueden poner en juego el mantenimiento de la continuidad del sí mismo. Por lo tanto, situación traumática, trauma, pérdida y duelo constituyen un proceso casi indivisible con múltiples articulaciones. Los dispositivos multipersonales, en particular los dispositivos grupales, constituyen un instrumento privilegiado para el trabajo elaborativo del impacto traumático ya que permiten tramitar el trauma mediante mecanismos colaborativos eficaces (Bleichmar, 1986).

El trauma compartido va a poder tramitarse en acercamiento constante con los que antes se pensaban como *los otros* pero que son tan cercanos luego de una vivencia disruptiva colectiva, estos otros dejaran de ser ajenos para adherirse al campo del yo y poder conformar un solo cuerpo metafórico, que hable, sienta, simbolice y plasme el dolor en inscripciones plurales.

4.3 Sobre el contagio del sufrimiento: La fatiga de compasión

Según la Organización Panamericana de la Salud (2010), en las últimas décadas ha habido en Latinoamérica un alto incremento en la atención de pacientes que han experimentado circunstancias de índole traumática, dado el alarmante aumento de violencia (física y psicológica) en los diversos sectores poblacionales, así como también a consecuencia de desastres por evento natural.

Moreno, et, al. (2004), distinguen dos tipos de exposición al trauma: primaria y secundaria, el primera corresponde con la exposición directa al suceso, cuando una persona está durante el momento en que sucede una tragedia y la vive directamente. La exposición secundaria se caracteriza por una forma indirecta de vivir el acontecimiento traumático, esto es, escuchar relatos detalladamente o interactuar por tiempos prolongados con personas afectadas por un evento intensamente estresor; muchas actividades y profesiones requieren que el sujeto se exponga a un trauma secundario constantemente, tal es el caso de paramédicos, psicólogos, enfermeros, bomberos etc. Sin embargo, cuando sucede una

contingencia (como el caso del pasado sismo del 19 de septiembre), la población que participa en la reconstrucción se enfrenta de forma abrupta con una carga de contenido traumático de la que no se tenía previo registro psíquico.

Esto propicia un fuerte choque psicológico entre brigadistas y voluntarios, principalmente cuando no se recibe capacitación previa ni existe organización civil o gubernamental que informe, sensibilice y atienda a las personas que participan en la contingencia.

Esta diferenciación entre los tipos de exposición al trauma es muy importante para contar con estrategias de afrontamiento más específicas. En las últimas dos décadas también se han ido desarrollando términos que permiten la distinción entre los efectos de la exposición directa e indirecta a eventos traumáticos, tales como estrés traumático secundario, fatiga de compasión y traumatismo vicario, volcando de este modo la atención en los intervinientes; ya sean terapeutas, psicólogos, psiquiatras, médicos, enfermeros, sociedad civil, entre otros (Rothschild, 2009). Con esto se destaca que la comunidad se ve afectada significativamente a pesar de no haber vivido directamente el evento estresor.

Barahona (2013) plantea:

“El impacto existe y claro que se presenta porque al escuchar atentamente un relato cronológico de hechos traumáticos, tanto el sujeto que lo transmite como quién lo escucha se van formando una serie de imágenes mentales que hacen revivir el suceso y generan una afectación en cada uno de los sujetos (p. 2)”.

Así mismo, Figley en 1995 introduce el término “fatiga de compasión”, esta se refiere a un sentimiento de profunda empatía y pena por el que se está sufriendo, acompañado de un fuerte deseo de aliviar el dolor o resolver sus problemas, presentándose entonces una emoción intensa y agotadora que se origina por una continua compasión por quien está en crisis. Los deseos por ayudar a quien sufre son apremiantes, la gente por ello pasa mucho tiempo apoyando en brigadas de

socorro y rescate, por lo que, su salud física y mental se encuentran fuertemente comprometidas.

De este modo, la fatiga de compasión puede considerarse como el desgaste emocional e intenso que puede surgir en las personas al escuchar relatos que detallan situaciones traumáticas (Figley, 1995). Es importante señalar que el hecho de que alguien presente dicha fatiga de compasión no depende únicamente de las características del evento traumático, también de la profunda empatía que se tenga por aquella persona que está relatando su dolor teniendo, por lo tanto, mayor probabilidad de que esta se presente en personas que comparten la misma comunidad y/o identificaciones culturales, históricas y afectivas o incluso, ciertas características de personalidad (Moreno et al., 2004). Mientras más cercana se sienta a la persona que sufre, la empatía aumenta y el trabajo de apoyo se vuelve más urgente. Lo mismo sucede dentro de la familia, cuando un miembro es afectado los demás a pesar de no vivir el suceso traumático de forma directa se sienten conmovidos e incluso culpables por no haber podido aminorar el dolor de quien sufre.

Una brigadista a dos días del desastre narra: *“Llevo aquí dos días, pero no puedo irme, yo sé que mi familia me espera, pero es que la gente de aquí me necesita más, cómo los voy a dejar ahora que sus casas se cayeron, que perdieron a un familiar o sus cosas. Yo me voy a quedar aquí hasta que sea necesario, aunque no duerma y mi hijo se enoje”*.

Según Barahona (2013), se pueden observar diversas manifestaciones de la fatiga de compasión principalmente en síntomas psicológicos; existen fuertes emociones tales como la tristeza, el enfado, la culpabilidad y la inquietud generalizada. Se presentan pensamientos extraños, tales como imágenes estresantes o pesadillas, se tiene la sensación de adormecimiento o congelación, se evita a la familia, amigos, colegas y personas cercanas. También pueden presentarse dolencias somáticas (trastornos gastrointestinales, fatiga crónica, insomnio, etc.) ansiedad o agitación; la fatiga de compasión llega a vivirse de modo

tan intenso que el afectado puede presentar los mismos síntomas de quien vivió el trauma directo.

Pfaff, et al. (2017), agregan a los síntomas de la fatiga por compasión la erosión emocional, poca o nula energía para laborar o realizar actividades cotidianas, dolores físicos diversos, ira, pensamiento intrusivo, evitación de pacientes (en caso de ser psicoterapeuta), lucha con pensamientos propios, incapacidad para establecer conversaciones habituales o huidas de situaciones similares a las vividas por el paciente. Se reconoce que los principales síntomas propuestos por los autores en mención son a nivel emocional y somático que afectan sin duda el rendimiento como profesionales de la salud mental, así como su estabilidad emocional personal.

Así mismo, Méndez (2015) plantea que tres de los principales síntomas son la hiperactivación, evitación y reexperimentación, teniendo características específicas cada una de ellas. Ver la tabla 4.

Tabla 4. Características y signos de la Fatiga por Compasión

Hiperactivación	Evitación	Reexperimentación
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de sueño. • Irritabilidad. • Estallidos de ira. • Hipervigilancia. • Incremento de ansiedad. • Impulsividad. • Reactividad. • Aumento de percepción de exigencias y de amenazas. 	<ul style="list-style-type: none"> • No querer volver al escenario laboral. • Deseo de evitar los pensamientos. • Evitación de sentimientos. • Evitación de conversaciones asociadas al dolor del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos intrusivos. • Sueños intrusivos. • Distrés psicológico y/o fisiológico. • Pensamientos e imágenes asociadas con experiencias traumáticas de los pacientes. • Pensamientos y sentimientos de falta de

•Aumento de la frustración.	•Evitación a la exposición del material traumático del cliente. •Pérdida de energía. •Evitación de salidas extra-laborales con los compañeros y amigos. •Auto-medicación y/o adicciones.	idoneidad como profesional de asistencia.
-----------------------------	---	---

Fuente: Campos, R. (2015).

El comportamiento que presenta la fatiga por compasión se muestra compulsivo y/o adictivo, Freud (1920) lo llama compulsión a la repetición y plantea que el sujeto se somete a sentimientos desagradables y pensamientos recurrentes una y otra vez, de forma pulsante, afectándolo fuertemente en su desempeño cotidiano y en sus vínculos afectivos. La compulsión a la repetición se encuentra al servicio de la pulsión de muerte, por lo tanto, es incontrolable y está fuertemente ligada al sufrimiento, a la culpa recurrente y al remordimiento (Schreck, 2011).

“Yo estuve días enteros ayudando en las carpas a los damnificados, no dormía bien, no comía bien, sólo quería apoyar en lo que más pudiera, el problema fue que después de dos semanas tan duras ya no podía, me sentía muy cansado, ya me dolía todo y cuando volví a mi casa ya no fui el mismo, pasó algo que no sé qué es, pero me puse triste, triste”. Cuenta un brigadista 6 meses después del sismo.

Por lo tanto, aquellas personas que trabajan con víctimas después de un desastre pueden experimentar profundos efectos psicológicos de carácter destructivo y doloroso que pueden persistir por meses e incluso años después del trabajo directo con personas traumatizadas, si no se atiende pueden devenir a mediano y largo plazo trastornos graves de la personalidad tales como depresión profunda, ideación suicida, psicosis o ansiedad generalizada (Figley, 1995).

Marchiori (2008), habla sobre su experiencia de trabajo con personas traumatizadas y menciona que: “Trabajar con personas profundamente heridas con eventos que cambiaron sus vidas como la guerra, raptos, accidentes y catástrofes naturales trajo una labor penosa a nuestro cuerpo y nuestra mente y cambios en la forma en que veíamos el mundo, a las otras personas y a nuestra propia identidad” (p.12).

“Yo creo que al principio piensas que estás preparado, te dices: pues ya casi soy psicólogo y puedo ayudar a gente que lo necesita y vas y andas de aquí para allá en lo que puedas; se te va el tiempo rápido porque hay mucho que hacer y la ayuda no es suficiente, pero luego, cuando regresas después de unos días te das cuenta que ni estabas tan preparado y que a lo mejor hasta hiciste las cosas mal, porque te enfermas y en mi caso, ya no quería comer, bajé de peso y me sentía triste, no dejaba de pensar en la gente que dejé en el albergue”. Narra un estudiante de psicología que se unió a una brigada de apoyo.

Es importante mencionar que, si bien la exposición al trauma puede llegar a generar toda una gama de alteraciones antes mencionadas, siempre se debe considerar que no todas las personas expuestas a contenido traumático en el discurso de otro serán impactadas de la misma forma, por lo que la aparición o no de estas alteraciones dependerá de la historia personal del brigadista, rescatista o cualquier ciudadano que apoye en situación de crisis, así como de factores psicológicos y sociales (Ponce, 2012).

En este sentido, la psicoterapia individual ha sido el principal recurso psicoterapéutico en personas que trabajan con víctimas, sin embargo, este tipo de técnica no permite su implementación práctica en zona de desastre por lo que, el uso de modelos terapéuticos grupales aparece como una opción para la prevención, tratamiento y seguimiento (Shedler, 2010).

De este modo, el tratamiento terapéutico resulta relevante no solo para los afectados directamente, sino también para los que llegan a sufrir fatiga por compasión por lo que tratar el trauma luego de una catástrofe es una tarea social indispensable. Según Pichón Riviére (1975), la atención psicológica resulta ser

efectiva si se trabaja en grupo(s) y mediante la operatividad de una tarea enfocada en mejorar la salud mental de los integrantes. El grupo aloja los aspectos del sujeto en situación de sufrimiento, de indefensión. La construcción imaginaria grupal y en ella, los otros participantes pueden contener la angustia del sujeto.

Discusiones

El trauma es un choque crítico de un suceso terrible del mundo externo contra el aparato psíquico, el intenso dolor lastima la salud del ser humano en todas sus formas, así, sus manifestaciones físicas se presentan sobre el organismo traduciéndose en síntomas como: dolores localizados, malestares musculares, presión arterial alta y/o baja, aumento repentino del nivel de azúcar en la sangre, urticarias, taquicardias, infecciones, paros cardiacos, etc. el cuerpo se enferma; se encuentra fuera de equilibrio y con ello devienen las enfermedades agudas y/o crónicas, el trauma por lo tanto, es capaz de transformar al cuerpo físico.

Sin embargo, el aparato psíquico también es fuertemente herido por un suceso traumático, las dolencias son de tipo subjetivas y simbólicas (únicas en cada sujeto), éstas dependen de su experiencia traumática e historicidad y resultan igualmente nocivas para quien las sufre, así como para el grupo de referencia y comunidad cercana. Por lo tanto, el trauma actúa como mecanismo relacional puesto que se vincula con un otro (ya sea de forma directa e indirecta), provocándole también sufrimiento psíquico, incapacidad de adaptación y en casos graves estados mórbidos de la personalidad.

En hechos como el sismo del 2017 se observa que el trauma es un evento individual pero también un suceso colectivo, no solo quienes lo vivieron directamente pueden quedar expuestos a un estrés postraumático, también las personas que trabajan en apoyo a los damnificados y víctimas, aquellos que asisten a los enfermos o los escuchan contar sus experiencias trágicas, por lo que el dolor psíquico puede volverse un fenómeno *contagioso*; así un desastre por evento

natural desata desastres en el terreno psíquico y subjetivo a gran escala, se vuelve una contingencia y forma parte de las consecuencias graves sobre la salud, de ahí la importancia de su oportuna atención en cualquier nivel. Por ello, resulta necesario incluir a la salud mental dentro de las políticas públicas estatales en una emergencia, puesto que la figura del agente psi es importante en cualquier situación de crisis y reconstrucción social.

Sin embargo, la recuperación de un trauma no es lineal como cuando (usualmente) se habla de la salud física, el sismo afecta de formas distintas al organismo como al aparato psíquico, por ello, las herramientas de tratamiento son mecanismos diferentes. Cuando se habla de trauma se plantean elementos complejos, la psique es un entramado de huellas mnémicas, instancias de la personalidad, procesos inconscientes, mecanismos vinculares, adaptativos, pulsionales y muchos otros fenómenos más que hacen de una circunstancia terrible una elaboración lenta y particularmente simbólica. Pensar, por lo tanto, en la farmacologización o psicoterapias individuales luego de una tragedia sísmica es un abordaje limitado, insuficiente e incluso poco viable en tales circunstancias; en primera instancia porque no hay medicamentos al alcance de las comunidades afectadas, tampoco personal especializado suficiente para hacer un trabajo individualizado y, además, los medios físicos no permiten la implementación de un consultorio tradicional.

Lo observamos inicialmente en el sismo de 1985 y nuevamente en el 2017 cuando los psicólogos, psicoterapeutas y voluntarios brindaron asistencia individual con modelos teóricos y técnicos tradicionales que no se ajustaban a las necesidades particulares de escenarios en zonas de desastre. Testimonios de psicólogos que participaron en ambos sismos han mostrado que no sabían cómo trabajar y muchos de ellos reconocieron no haber hecho una intervención eficaz en campo. Frente a estas fallas algunos grupos y colectivos reajustaron su trabajo de acuerdo con su experiencia directa con las víctimas, aprendieron a trabajar multi e interdisciplinariamente y se entendió que cada área estaba rebasada por una trágica realidad. Por ello, había que ajustarse a nuevas formas de intervención y tratamiento

del trauma, abordajes desde la creatividad, imaginación y elementos donde coincidía la psicología, la antropología, la medicina tradicional, el arte, la filosofía, el juego, la artesanía, etc. Mediante el uso de la interdisciplina se podrán unir las representaciones traumáticas a una actividad reparadora y lograr así una transformación en el campo simbólico.

Sin embargo, se sabe que no se puede solo *borrar* el sufrimiento que deviene como consecuencia del trauma (eso sería anulación), pero sí se puede intervenir para que ese dolor se ligue con elementos ritualísticos, lúdicos, expresivos y colaborativos (como es el caso del arte,) permite al sujeto doliente colocarle símbolo expresivo a lo indecible y sacarlo del cuerpo físico como síntoma y del aparato psíquico como miedo; permite además, una conexión entre los supervivientes y los códigos que los unen, un reencuentro con su territorio, “su tierra”, su identidad para poder recobrar la seguridad que el trauma parece llevarse.

Elaborar el sufrimiento no significa que el sujeto vuelva al estado en el que se encontraba antes del suceso traumático, se trata de que encuentre un nuevo lugar a partir del aprendizaje que le dejó el dolor, que invente un nuevo sitio de estar y existir a pesar de las pérdidas y las vivencias de horror, así la elaboración intenta no el borramiento o anulación; persigue la resignificación del malestar y la integración y síntesis de esta a la experiencia de quien lo vivió.

Las tragedias nacionales luego de movimientos telúricos nos han mostrado que el trabajo sobre trauma es un lazo para la interdisciplina, no alcanzan los marcos teóricos reduccionistas, las intervenciones aisladas o las técnicas unidireccionales para abordar un tema tan complejo, se debe incorporar la perspectiva de distintas áreas del conocimiento para generar un trabajo eficiente en el tratamiento del trauma. En países como el nuestro donde los recursos económicos y humanos son escasos se debe pensar en el trabajo en grupos o equipos interdisciplinarios, de esta forma se alcanza a un mayor número de personas y se puede hacer una labor prolongada con ellos, incluso el objetivo es que los damnificados o personas en situación vulnerable se cohesionen al grupo y formen parte del mismo, modifiquen el trabajo para conveniencia de quien lo

compone, atiende sus necesidades, requerimientos de manera autónoma y organizada.

Esta visión integral permite tramitar el trauma en dispositivos grupales y logra hacer una elaboración compartida desde diversos enfoques, sin este aprendizaje nuestros derrumbes habrán sido solo un registro histórico más del fallo en las disciplinas; en su práctica e intervención.

“No está lejos el día en que los trastornos psicológicos serán tratados no en hospitales o clínicas de higiene mental, sino en centros de aprendizaje holísticos, donde los clientes serán considerados no como pacientes que sufren patologías psíquicas internas, sino como personas responsables que participan activamente en el desarrollo de sus potencialidades”.

Bandura A.

Capítulo 5. – SALUD MENTAL COMUNITARIA

Chao (2001) plantea, que por millones de años hemos sido grupo, clan, tribu, ciudadanos, hemos hecho el pan y el amor cotidianos juntos; sin embargo, la tendencia, la imposición y la colonización nos dicta que las mayorías debemos aislarnos, solo la cúpula de poder puede reunirse, congregarse para orientar a las masas, el sujeto aislado acata y vive dicha promesa de felicidad individualmente, esa (nos dicen), es la meta del ser humano triunfador.

Frente a las pérdidas y catástrofes no podemos desvincularnos del otro, vivir aisladamente no permite la reparación ni individual ni colectiva. Hay una necesidad de proteger y ser protegidos frente a la tragedia, buscamos el grupo para sentirnos fuertes, cobijados, pertenecientes y reconocidos, si nadie nombra al sujeto, simplemente este no existe, puesto que quien estructura al “yo” es el *gran otro*.

Cabe mencionar que los orígenes del uso generalizado del término de Salud Mental Comunitaria se remontan apenas al año 1953, donde un informe de la OMS utiliza el término comunitario para referirse a aquellos hospitales mentales en los que se realizan no solamente ingresos hospitalarios sino donde también se desarrollan servicios ambulatorios. Asimismo, se ha empleado para referirse a reformas estructurales en las políticas de salud mental en diversas partes del mundo y a su vez como estandarte de movimientos en pro de la desinstitucionalización del hospital psiquiátrico, sin embargo, los alcances reales de su significado aún continúan esclareciéndose, dejando en el contexto actual de la salud mental la necesidad de conjugación de la praxis, pensamiento, acción y reflexión (Moreno, 2002).

En Latinoamérica los modelos de salud mental son comúnmente escasos y no están al alcance de la mayoría, solo algunos pocos tienen la posibilidad de poder asistir al encuentro con *un agente psi* (psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas). Estar en análisis o psicoterapia se ha cerrado a un círculo de intelectuales o personas con un alto poder adquisitivo, dejando así a un amplio sector poblacional sin acceso a este servicio.

Las instituciones gubernamentales y sus programas en materia de salud no operan integralmente y excluyen a la salud mental del rubro de la salud, por ello, los hospitales no cuentan con el personal especializado en el área, no se invierte en psiquiatras, psicólogos o psicoanalistas para el trabajo cotidiano con personas derechohabientes a cualquier seguro médico. Aunado a ello, el mito del *loco* se ha vuelto tan popular que la población teme asistir a un espacio psicoterapéutico y tener esa estigmatizada “etiqueta”.

Sin embargo, no podemos quedarnos esperando el soporte institucional, ni encerrarnos en la imposibilidad de toda acción participativamente social y relevante, se debe construir con “el otro” y mediante símbolos de vinculación espacios donde cada persona problematice su situación afectiva, principalmente cuando ésta se comparte con el colectivo. Solo así se generará un campo de elaboración plural y autogestiva, una alianza productiva que siga la vía del campo simbólico.

5.1 Crítica de la razón psiquiátrica

Históricamente al hablar de conflictos psíquicos o enfermedades mentales, pensamos al sujeto de forma individual y prácticamente aislada, el imaginario colectivo deshecha de su proximidad todo tipo de afecciones afectivas, pensamos tradicionalmente a los estados psicopatológicos como entidades mórbidas que pertenecen a la categoría de lo siniestro, deben ser atendidas bajo modelos médicos orientados (casi) exclusivamente mediante la medicalización. Los medios

publicitarios contribuyen tácitamente al retrato estereotipado del “loco” como figura peligrosa e incluso inhumana.

Aquellos que tienen el poder construyeron hace tiempo una representación mental colectiva dirigida a las masas y dividida en dos principales categorías: los normales y los anormales. A la mayoría de la población la hicieron sentirse identificada con la primera, pese a presentar *ciertas* manifestaciones de sufrimiento psíquico, usualmente plantean no tener ningún problema de orden afectivo. En la segunda categoría, sin embargo, están *los locos*, sujetos desorientados, delirantes, sucios, descolocados de la norma que no tienen remedio y que incluso no tienen nombre, no se les llama (puesto que no son familiares), son simplemente ajenos, se les mira de lejos o bien se les anula completamente.

Esta dicotomía que además es mutuamente excluyente ha venido cambiando con el paso del tiempo, actualmente se habla de múltiples categorías dentro de la enfermedad (locura). Así mismo, para poder sostener este aparente avance científico se han creado distintos manuales psiquiátricos que han inventado un sinnúmero de enfermedades mentales, en ellos se describen ambiguamente la tipología, gnoseología y análisis diferencial de cada una de las entidades. Esto, por su puesto, ha inspirado no solo desconfianza sino incluso temor ya que entonces, se debe cuestionar el quehacer psiquiátrico y psicológico, así como la veracidad de los supuestos profesionales en la salud mental. Hace suponer entonces, que las enfermedades no son manifestaciones naturales sino conceptuales, al nombrarlas hace a la cosa que designa: funciona, así como un performativo (Braunstein, 2013).

En psiquiatría no hay conocimiento de las causas y por eso las instituciones clasificadoras han optado por eliminar todas las teorías en beneficio de datos observables o registrables y así sostener sus débiles argumentos. En realidad, estas instituciones persiguen otros intereses que responden a demandas principalmente económicas, a causas de la expansión capitalista y a la conveniencia de segregar a los sujetos en las sociedades disciplinarias, así la psiquiatrización es un movimiento que corre detrás de la progresiva tecnificación, burocratización y

medicalización que debe adecuarse a los fines de la sociedad de control: post-moderna, post-industrial, post-capitalista (Braunstein, 2013).

Iván Illich (1975) plantea, que la medicina institucionalizada ha llegado a convertirse en una grave amenaza para la salud, argumenta que hay evidencia de que durante los últimos cien años los médicos no han influido sobre la cura más profundamente que los sacerdotes en épocas anteriores. Las epidemias han llegado y se han ido sin ser afectadas por ellos. La práctica de la medicina fomenta las dolencias reforzando a una sociedad enferma que no sólo preserva industrialmente a sus miembros defectuosos, sino que también multiplica exponencialmente la demanda del papel de paciente.

Así, la dependencia respecto de los profesionales que atienden la salud influye en todas las relaciones sociales. En los países ricos, la colonización médica ha alcanzado proporciones morbosas: en los países pobres está rápidamente ocurriendo lo mismo. Hay por supuesto, un carácter político en este proceso: medicalización de la vida. El sujeto ya no puede curarse a sí mismo ni modelar su ambiente o cuerpo, existe un monopolio médico al servicio de la industria y no así del ser humano (Illich, 1975).

Por ello, el cuerpo ha dejado de ser propio para volverse solo un organismo ajeno. En el ser humano la estructura psíquica tiene una influencia directa sobre el organismo y esto da como resultado, el cuerpo. Se debe entonces considerar al cuerpo no solo como organismo biológico, sino como efecto del lenguaje sobre lo viviente (Rivera y López, 2002).

Ahora bien, este cuerpo del que habla el psicoanálisis tiene un lenguaje propio, dotado de simbolismos, significantes y de representaciones corporales particulares, estas se expresan en la enfermedad somática, específicamente en el síntoma. Sin embargo, la medicalización anula este lenguaje del cuerpo, lo reprime y adormece, por ello, no entendemos la génesis del malestar y de qué medios expresivos valernos para elaborarla; para adherirla a la biografía del sujeto y poder encontrarle trámite sublimatorio. “La falta de lenguaje condena al sujeto al grito o al silencio” nos recuerda J. Cueli (2002).

Los médicos y psiquiatras en las últimas décadas no le preguntan al paciente sobre sus dolencias y malestares, el tiempo no alcanza para eso. Ahora se entregan formularios con preguntas cerradas que se responden con tildes y así se decide el diagnóstico, el nivel de gravedad del trastorno e incluso el tratamiento con medicalización a considerar (Braunstein, 2013). Es un proceso de desubjetivación donde se calla al cuerpo para dopar al organismo.

Sin embargo, durante la década de 1960 se produjeron diferentes movimientos y experiencias que cuestionaron tanto a las instituciones encargadas de la salud mental como a los argumentos teóricos de los que se sostenían. Poco a poco se fueron integrando saberes y profesionales multidisciplinares que no necesariamente pertenecían a la ciencia médica; psicólogos, docentes, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, entre otros (Sacristán, 2009). Este proceso produjo un reordenamiento que se expresó en el surgimiento de Políticas en Salud Mental que incluían un abordaje psicoterapéutico diferente e incluyente.

Fue así, como los psicólogos latinoamericanos se comenzaron a interesar por reorientar la investigación psicológica en contextos comunitarios ligándolos hacia problemáticas del desarrollo social. El objetivo fue hacer una psicología socialmente relevante. Esto llevó al compromiso político, a la investigación-acción participativa, al desarrollo de la psicología social- comunitaria y finalmente a la psicología política. Logrando con ello, profesionales interdisciplinares que trabajaban de forma crítica y realizaban contribuciones a la salud mental comunitaria, así como a la forma de abordar las problemáticas mentales de cada región utilizando nuevas propuestas de trabajo: modelos artísticos (psicodrama, sociodrama y teatro del oprimido), anti psiquiátricos transculturales, propuestas latinoamericanas como el grupo operativo de Pichón Riviére en Argentina y la psico-comunidad de José Cueli en México, que involucran directamente a la colectividad y a los grupos (Ahumada, et al, 2012).

Pichón-Riviére (1975) plantea que: “la salud mental se mide en la calidad del comportamiento social, sus causas, relaciones, factores y estructuras externas que pueden producir el cambio” (pp. 60). De este modo propone el grupo operativo como

técnica didáctica y terapéutica que puede aplicarse en cualquier grupo o comunidad, facilita la comunicación, el esclarecimiento y la resolución de tareas que permiten al grupo alcanzar sus objetivos.

Pichón-Riviére continúa explicando que el grupo operativo es el resultado de la asociación de un conjunto de personas con un objetivo en común, se reúnen por una realidad compartida que intentan abordar, operando como un equipo de trabajo, y a partir de una posición afectiva con que confrontan una crisis o problemática social, por lo que, la estructura dinámica del grupo solo es posible, a través de la operatividad de la tarea, misma que debe enfocarse en cómo mejorar la salud mental, y no en la posición ideológica de enfermedad (1975). De este modo la operatividad estará conformada por la rotación de roles entre los diferentes participantes y se caracterizará por un incesante cambio de punto de vista, dialectización y aprendizaje (Jasiner y Woronowsky, 2003).

Por otra parte, José Cueli propone la psico-comunidad como método y técnica a aplicarse en comunidades rurales y zonas urbanas marginadas. Su propuesta nace desde las zonas más vulnerables de la Ciudad de México en los años setenta. Cueli (1990), plantea que los miembros de comunidades marginadas viven situaciones traumáticas desorganizantes, por ello, tienden a recurrir una y otra vez a pautas culturales transgresivas. La psico-comunidad intenta reestablecer esos vínculos personales que se encuentran rotos o fragmentados. La constancia objetal grupal, por lo tanto, es un símbolo familiar que permite que los miembros del grupo inicien un proceso regresivo terapéutico.

Es ahí donde inicia el tratamiento, por medio de la relación grupal que en casos exitosos llega a la cohesión. Los elementos (procesos primarios) de los miembros de la comunidad marginada que surgen en el grupo y que son excluyentes, son la madre invisible que los separa. El grupo terapéutico frustra los intentos de desintegración de tales miembros (cuando aparece en estos una fuerte disminución en la autoestima), al permitirles expresar sus carencias y sus sentimientos dolorosos (incluida la repetición de situaciones traumáticas), así se

elabora lentamente la pérdida y surge un impedimento para la expresión de las funciones agresivas y de escape (Cueli, 1990).

Este enfoque, busca ser un método comprensivo, holista y sistemático que pretende una redistribución del poder y, en consecuencia, una nueva forma de liderazgo y de transacción entre los grupos humanos; un cambio social que, sin utilizar conductas violentas, busca el bienestar personal y comunitario mediante el establecimiento de la justicia y la igualdad, una reorganización y valoración de los propios recursos y una organización basada en la autodirección constructiva sin la necesidad de depender de una intervención externa.

El punto nodal de estas propuestas es devolver al grupo el poder de sanarse entre los miembros que lo componen, crear espacios dedicados a hablar en pluralidad para llegar a establecer lazos cercanos, generar un dispositivo simbólico grupal; que siente, sufre, se angustia y tiene la capacidad para restituirse luego de un trauma o un suceso trágico. Gestionar nuevos recursos simbólicos es fundamental para poder elaborar duelos y cerrar heridas psíquicas compartidas, al generar estos espacios de escucha y habla se produce autonomía y con ello, una vida digna que persiga el ejercicio de los derechos ciudadanos.

5.2 La propuesta del modelo anti-psiquiátrico

Desde el siglo XIX los psiquiatras y psicoanalistas se mostraron interesados en observar la producción artista-plástica de los internos de hospitales psiquiátricos; facilitaron su producción, los coleccionaron e incluso los estudiaron. Más tarde, David Cooper en su libro *Psychiatry and anti-psychiatry* crea el término antipsiquiatría para designar un movimiento político de impugnación radical del saber psiquiátrico, que se desarrolló entre 1955 y 1975 donde se había institucionalizado a la psiquiatría como único saber regulador de la normalidad y la anormalidad (Vásquez, 2011).

Foucault (2005), sitúa la hipótesis de que la época de la antipsiquiatría comienza cuando se tiene la sospecha de que el poder del médico era lo que producía la realidad de la enfermedad mental. En relación con ello distingue dos procesos: el que denomina un movimiento de des-psiquiatrización y la antipsiquiatría propiamente dicha. La des-psiquiatrización podría manifestarse a través de dos formas, ambas conservadoras del poder: por un lado, la vertiente de la psicocirugía y de la psiquiatría farmacológica, prácticas que coinciden en obturar la verdad del sujeto, anularlo y con ello deshumanizarlo. Por otro lado, la vertiente psicoanalítica que coloca el poder en el psicoanalista mediante su control transferencial. Para Foucault la antipsiquiatría se opone a ambas formas de psiquiatrización. Esta propuesta no sólo subraya las relaciones de poder entre el agente psi y su paciente, sino que las pone en el centro de lo que debe ser problematizado y cuestionado. Se trataría, entonces, de devolver al que sufre el poder de producir su cura y con ello, la eliminación de sus síntomas.

Basaglia por su parte, plantea que debe haber un cruce entre el campo de la salud mental y el campo político: “pienso que, en algún sentido, la lógica terapéutica y la lógica de la lucha de clases son dos cosas muy cercanas y que solamente con pasos hacia adelante en la lucha de clases, se podrá crear un nuevo código para una nueva ciencia, una ciencia que esté al servicio del enfermo” (2008, pp. 47). De este modo se propone incluir a la salud mental dentro de un modelo crítico, que revele las condiciones psicosociales de marginación en la que los sujetos se encuentran sometidos y que inciden directamente sobre el sufrimiento psíquico de la mayoría.

Paralelamente, en Gran Bretaña, Ronald Laing abonó a la deconstrucción del concepto de enfermedad mental junto con los trabajos de Thomas Szasz (Vásquez, 2011). La antipsiquiatría desde su nacimiento ha tratado de revolucionar los hospitales psiquiátricos comenzando por transformar las relaciones entre el personal y los internos, desmonta la figura del *experto* para intentar mantener relaciones humanas horizontales, descoloca al agente psi de su gran poder sobre

los pacientes y les devuelve a éstos la capacidad dinámica de transformar profundamente su condición dolorosa sobre sí mismos y su grupo.

Aunado a ello, la antipsiquiatría intenta expresar la tarea compleja e inacabada del desarrollo del conflicto mental busca, por lo tanto, abrir los puntos de controversia, ampliar los espacios de debate, empujar el desarrollo de reformas y fortalecer la construcción de alternativas. Estas, son las iniciativas principales que dan cuenta de su potencialidad histórica en el cuestionamiento hacia la psiquiatría clásica dominante y con base en ello es posible reconocer su vigencia y vitalidad (Vásquez, 2011).

Ahora bien, el modelo anti psiquiátrico se ha valido del arte como herramienta útil en el proceso de elaboración del sufrimiento psíquico, intenta mediante la expresión artística hacer un trabajo en red, una producción colectiva que ligue el síntoma con una actividad estética, bajo este medio simbólico los resultados pueden ser igualmente observables, eficaces y en muchos casos duraderos. Un ejemplo reciente de ello se encuentra en el hospital psiquiátrico José T. Borda en Buenos Aires, Argentina, donde el arte es un elemento fundamental en el trabajo cotidiano, los internos simbolizan mediante la pintura, el teatro, la danza y la radio procesos mentales difíciles de expresar mediante otra vía (Ferigato, et al, 2011).

Así radio “Colifata” surge por la necesidad de darles voz a aquella población que históricamente se encuentra reducida al estigma de la locura. Es la primera emisora del mundo dirigida y protagonizada por los propios pacientes del hospital. Cuando el proyecto inició en 1991 se pensaba utópico, sin embargo, pocos años después la radio ha podido generar procesos reparadores entre sus participantes y se ha vuelto un referente teórico, práctico y metodológico en salud mental. En este proyecto, se hace uso de la imaginación mediante narrativas fantásticas, cantos, poesía, pero también se exponen en duras críticas a las instituciones gubernamentales y la carente respuesta en salud mental comunitaria. De este modo, bajo el lema “rompiendo muros” los internos hablan libremente e invitan a los que los escuchan a alzar la voz, a compartir la protesta y expresarse sin tabúes.

Así, en uno de tantos sábados de radio se dijo: “La locura es perder el equilibrio para moverse dentro de una sociedad llamada cuerda, uno pierde el equilibrio y no se puede defender ya” (Mar, 2008).

5.3. La comunidad como vínculo

El sujeto pertenece a una comunidad y con ello, a una historia milenaria donde la condición ontológica resulta fundamental debido a su cultura, es decir; se torna central valor al ser como parte de un sistema más grande que interactúa y se configura a partir del contacto con el organismo grupal. La esencia, la función y la trascendencia de lo humano residen en la vida comunitaria. Los sujetos en su individuación estamos solos, separados, nos volvemos vulnerables y frágiles; perdemos la referencia, el reconocimiento y la identidad. La separación provoca sentimientos de pérdida, de desvalimiento, así en las guerras como en los desastres cuando hay una fragmentación del vínculo comunitario (o éste es amenazado) el sujeto se ‘rompe’ y deviene el sufrimiento intenso. Sin embargo, la misma comunidad puede ser una herramienta decisiva para restaurar la herida e intentar devolver la estabilidad mental a sus miembros.

Causse (2009), define a la comunidad como:

“grupo humano enmarcado en un espacio geográfico determinado, que comparte comunión de actitudes, sentimientos y tradiciones y unos usos y patrones lingüísticos comunes correspondientes a una lengua histórica o idioma; con las características propias que le permiten identificarse como tal” (p.14).

Agregando a ello, Chao (2001) dice que la salud mental comunitaria desde siempre ha estado vinculada a las concepciones de algunos sujetos instalados en organizaciones de poder, ya sea por mandato divino (iglesia) y/o por su dominio económico (dueños de los aparatos productivos e ideológicos del Estado). Usualmente son ligados con la ciencia y muchas otras veces escudados en ella, así

han logrado que se establezcan criterios de normalidad que rigen el orden social establecido y dictan la vida grupal-comunitaria.

El discurso de poder ha promovido el narcisismo exacerbado en el hombre posmoderno, cuanto más se encierra en su lógica individualista, más se aleja de la idea de sujeto y de lazo social, más se aparta del sostén simbólico que la sociedad y su ley deberían brindarle y así convivimos aisladamente; con crueldad y al mismo tiempo con temor del otro. Es un malestar hecho cultura y el sujeto que convive con lo intolerable deja de ser fuerte, se vuelve vulnerable y cumple la función del síntoma (Lamovsky, 2005). De este modo, los saberes comunitarios se debilitan, los grupos se deshacen y el sujeto intenta responder las exigencias sociales en solitario, así vive sus pérdidas y fracasos aisladamente.

Cuando las comunidades se fragmentan sus miembros comparten una sensación de indefensión y a pesar de no hacerlo de forma voluntaria tienden a recurrir una y otra vez a pautas culturales para intentar reestablecer el vínculo social. Dicha vinculación incluye no solo dar y recibir, sino estar, como parte de un proceso de constancia objetal. Los afectos se comunican por canales preverbales: el timbre, la intensidad y el tiempo de los mensajes verbales y los modificadores como la gesticulación, las risas y otros ruidos compartidos (Luza, 2005).

La restitución del lazo social es un procedimiento que se asemeja al proceso psicoterapéutico, la técnica de la que ambos se valen es la expresión (en cualquiera de sus formas) y la escucha como herramienta introspectiva y empática como método de elaboración.

El vínculo comunitario, por lo tanto, se refiere a la formación de lazos simbólicos que operan dentro de cierto grupo social y que funda un lazo solidario profundo y de compromiso con el sí mismo y el otro (Lamovsky, 2005). Es un trabajo constante y en plural. Contrario a lo que plantea Buzzaqui, al decir que “en los vínculos sociales (en la masa, en los grupos) es la relación con el líder el elemento fundamental y no las relaciones entre los iguales” (1998, p. 165). Se debe apostar por una convivencia horizontal, fuera de relaciones jerárquicas de poder y dominación.

El lazo social no proviene de un instinto natural, sino que es el efecto de la moderación de una agresividad instalada en el deseo humano y que es mucho más que la simple reacción de defensa propia del individuo en peligro. Para Freud esta agresividad es el instrumento y la causa de un goce al que sólo es posible aproximarse mediante la transgresión de los límites del principio del placer, principio del equilibrio y la armonía (Gerber, 2005).

El vínculo con la comunidad trata de hacer un trabajo colectivo con la intención de producción simbólica (que evita hacer masa), fundando lazos que dan lugar al grupo anudado, estas experiencias posibilitan la novedad de hacer con los otros espacios que habiliten la producción de subjetividad. Realizar mediante el vínculo social espacios expresivos y de palabra, así como estimular el pensamiento y procesos reflexivos en un debate de ideas y de movilización de afectos (Lamovsky, 2005). Algunas comunidades, sus prácticas y formas tradicionales de vida contribuyen a mantener la salud mental de sus miembros aun cuando ésta no sea la intención explícita del grupo. Sus rituales, sus usos con la naturaleza y el lazo solidario con el grupo de referencia generan espacios autogestivos, de apoyo y acompañamiento.

No es un psicólogo quien con su intervención brindará la salud mental a un paciente; es el trabajo, la participación, el proceso organizado de los miembros de cierto grupo o comunidad la que propiciará su derecho propio, un compromiso introspectivo y crítico que logre niveles de desarrollo personal y grupal con o incluso sin la ayuda del agente psi.

El lazo social articula saberes (académicos y populares), liga experiencias, pensamientos, recuerdos y emociones del grupo para hacer un propio cuerpo simbólico que sostiene a sus integrantes frente a la tragedia o el caos. El dispositivo grupal permite construir un lazo libidinal que se anuda mediante la reciprocidad y la empatía.

5.3.1. El vínculo social articulado a partir del 19 de septiembre

Dos sismos ocurridos el mismo día en diferentes años, el primero en 1985 con tal intensidad que destruyó mucho más que edificios de concreto; dejó en la memoria colectiva una huella psíquica con tal intensidad que resultó incluso indescriptible para aquellos que lo vivieron. Un segundo terremoto en 2017 ocurrido justo a las 13:14 horas centro que reavivó el trauma y con ello, el terror de quien experimentó el movimiento telúrico en los 80's.

“Escuché el mismo ruido que en el temblor del 85, es un ruido que se siente venir, como un rugido debajo, es inexplicable; pero sabes en cuanto lo escuchas que va a temblar, cuanto yo lo escuché grité: ¡va a temblar!, yo lo supe, aunque obviamente mis hijos no, ellos no sabían porque no pasaron el temblor anterior, pero yo sí y por eso sentí cuando ya venía”. Cuenta una mujer su experiencia.

La memoria colectiva recordó las escenas del pasado sismo e inmediatamente respondieron con las emociones que parecían haberse disipado, pero que inminentemente se encontraban en alguna parte del aparato psíquico, esperando. Una repetición que revivió el horror, memorias del pasado desenterradas; levantadas de la tierra mientras ésta se abría.

La tragedia volvió, desafortunadamente las instituciones gubernamentales nuevamente resultaron ser insuficientes para el rescate psicosocial de los tres principales estados afectados. La corrupción provocó que el recurso económico se desviara y no llegara a los más afectados, los damnificados tampoco recibían todas las despensas que habían sido previamente donadas por organismos no oficiales y sociedad civil, éstas se resguardaron ilícitamente en bodegas del gobierno estatal, esperando ser usadas para otros fines igualmente turbios (Allier, 2018).

Mientras tanto, los miles de afectados se encontraban fuertemente lastimados, estaban en zonas incómodas y bajo condiciones insalubres (físicas y psíquicas), los protocolos oficiales no encajaban con los escenarios derrumbados por lo que, resultaron ineficaces ante la emergencia, principalmente en comunidades rurales e históricamente empobrecidas.

Sin embargo, frente a este panorama la sociedad civil no se quedó como inmóvil espectador, todo lo contrario, hubo una respuesta de apoyo y rescate, la gente local y foránea se movilizó para ayudar a quien se encontraba bajo los escombros, atrapados, sin techo o incluso sin vida. El liderazgo surgió espontáneamente frente a la exigencia de poder y deber ayudar al otro ante la situación de derrumbe. No importó la edad, género, ocupación ni clases sociales, solo se perseguía un fin en común: el apoyo.

“La verdad me sorprendió mucho ver gente de fuera entrando al pueblo, venían en carros y camionetas, y ya sabes: se sabe que no son de aquí. Pero se portaron muy bien, nos trajeron muchos pañales, agua, comida y hasta ropa, yo agarré lo que pude porque sabía que en mucho rato no le iba a poder comprar ropa a mis hijos y por eso hasta tallas más grandes agarré”. Narra una vecina de Tecomalco.

Así la sociedad civil logró conmovirse frente a la tragedia y reaccionó mediante la organización grupal y colectiva; se organizaron por barrios, colonias, comunidades, usaron medios clásicos como reuniones presenciales, también echaron mano de mecanismos virtuales como las redes sociales y el teléfono:

“¿Recuerdan que en la época de la revolución los rebeldes usaron los trenes de la burguesía para movilizar sus mensajes y armas? Se valieron de sus propias herramientas para voltearlas en su contra. Lo mismo estamos haciendo nosotros: nos dieron Facebook y what’sapp para mantenernos quietos y dominados, pero ahora los estamos usando para organizarnos y denunciar las porquerías del gobierno, ¿paradójico no?”. Plantea una docente universitaria a sus estudiantes durante una brigada de apoyo.

La sociedad se replanteó el poder comunitario y la capacidad de organización con el que contaban. Si bien la respuesta del gobierno fue lenta y ciertamente desarticulada, la sociedad civil tuvo una participación activa y raramente protagónica; los espacios públicos como plazas cívicas, canchas y calles fueron usadas por la población, estas se apropiaron de modos diversos y el arte fue decisivo en el proceso. En la calle se llevaron a cabo talleres, actividades recreativas

y lúdicas. Los colectivos artísticos reunían a la población y los hacían hablar mediante un lenguaje estético, corporal y crítico.

El lazo social fue anudado por distintos factores, pero sin duda el movimiento artístico provocó un sostenimiento colectivo que permitió que sus participantes se encontraran en el dolor y la desesperación de ver ruinas y con ellas parte de su historia. El arte promovía solidaridad y éste propició una toma de poder personal, grupal y comunitario. No se tenía que llorar en soledad, el acompañamiento de los otros permitía la catarsis, la palabra, el movimiento, el grito, la libidinización grupal y con ello; el desahogo, la contención emocional, la elaboración traumática y quizá también la cura.

“Recogimos la sombra, de los que ya no están, de los que se fueron con la tierra, porque al fin de cuentas la tierra se los llevó; por eso les cantamos, les regalamos flores y oramos porque tuvieran un descanso eterno, su sombra ahora también está con ellos”. Cuenta una participante luego de un psicodrama.

Discusiones

Durante las últimas décadas se ha producido en el mundo una patologización y medicalización del sufrimiento psíquico. Esto ha generado un proceso de individualización de los procesos de salud-enfermedad-atención que resta capacidad de autocontrol sobre las personas afectadas, aislándolas del resto y provocando que vivan su malestar en solitario o peor aún, con temor, culpa y/o vergüenza. Patologizar la subjetividad del que sufre es una forma agresiva e invasiva de quitarle su historia, sus desplazamientos, sus causas, sus defensas e identificaciones; es arrancarle al sujeto parte del yo, del sí mismo y por lo tanto, de su propia capacidad para elaborar su sufrimiento.

La producción capitalista ha creado un alto mercado de consumidores de medicamentos para *‘la felicidad’*, dejando de lado las posibilidades humanas de sanar mediante el afecto, la escucha, la sensibilidad, el arte, el tiempo, el

acompañamiento comunitario y el apoyo social. Tener un medicamento que adormezca al organismo permitirá deshacerse del cuerpo simbólico y con ello, de sus posibilidades concretas de organización colectiva, de quitarle el poder que puede obtener con y mediante los otros y así despolitizarlo.

Por ello, resulta fundamental pensar a la salud mental bajo otras formas y modelos teóricos, de maneras críticas y autogestivas, donde la participación colectiva disminuya los daños psíquicos dentro de la comunidad (o haciendo comunidad), saber que existen distintos medios de intervención frente el dolor psíquico es la primera respuesta de atención al problema.

Cuidar al otro implica cuidar del sí mismo, es una forma empática de hacer un encuentro y posiblemente una alianza, donde la reciprocidad funcione de forma terapéutica sin la necesidad de acudir a fármacos, al aislamiento o la reclusión.

Ahora bien, el diálogo entre saberes comunitarios y saberes '*expertos*' debe ser un espacio necesario para crear posibilidades dialógicas de reconstrucción colectiva luego de una catástrofe. Trabajar unidireccionalmente la salud mental va a tener un campo de acción reduccionista y probablemente ineficaz; resulta menester apostar por la escucha horizontal y tejer lazos colaborativos, posiblemente esta sea la forma más importante de disminuir la distribución desigual del sufrimiento psíquico.

Trabajar en la interdisciplina es una forma integral de tener mayores herramientas técnicas, teóricas, epistémicas e investigativas, donde convergen distintos saberes de maneras diversas pero coordinadas. Encontrar el punto de unión es importante para abonar en la reconstrucción social, se necesitan múltiples formas de pensar para actuar incluyentemente. La organización misma es ya una forma resiliente y al margen de las instituciones que permite el trámite desde espacios compartidos.

Por lo tanto, la libidinización es un acto fundante del lazo social, por ello, dicha libidinización se vale del arte escénico para cohesionar un grupo; es un encuentro con el otro que promueve la escucha del sí mismo, en el otro me encuentro, en el

otro existo puesto que el otro es el que me nombra, me mira y me coloca en un lugar valioso. El yo y los otros constituyen el grupo y el dispositivo grupal podrá contener y sostener el sufrimiento psíquico.

Los colectivos artísticos luego del sismo se organizaron a partir de la pérdida, del malestar cultural, de síntomas psicosociales, se valieron de la libidinización para lograr su constitución y mantener su vigencia. Para ello, hicieron uso del movimiento corporal, de la danza, el tambor, el canto, el llanto, la caricia, el tacto, la poesía y la escucha; fue a partir de estos elementos que se consiguió la unión y permanencia en el grupo y poder así avanzar hacia el trámite del trauma. Hubo un tránsito grupal de estados críticos hacia momentos autosustentables.

“La locura, a veces, no es otra cosa que la razón presentada bajo diferente forma”

Goethe.

"El ser humano puede verse en el acto de ver, de obrar, de sentir, de pensar.
Puede sentirse sintiendo, verse viendo y puede pensarse pensando.

¡Ser humano, es ser teatro!"

Augusto Boal

Capítulo 6. EL ARTE COMO HERRAMIENTA DE ELABORACIÓN DEL TRAUMA

El arte tiene una infinita capacidad creadora y reconstitutiva, es un medio de expresión universal dotado de símbolos y usos diversos, entre ellos el dispositivo terapéutico. Gilles Deleuze en 1987 afirma que “el arte es lo que resiste a la muerte”, puede ser porque es un medio de permanencia atemporal o puede ser también porque es lo que permite estar más cerca de la pulsión de vida; de la creación, la imaginación y las manifestaciones sensitivas más genuinas del ser humano, esto lo mantiene vigente, lo mantiene vivo por lo que se puede volver una herramienta de apoyo y de soporte psíquico frente a actos disruptivos y terroríficos.

Este capítulo habla sobre la importancia del arte en la elaboración traumática, tanto individualmente como de forma colectiva, compartida. Describe la incidencia que el arte tiene como dispositivo psicoterapéutico, brinda algunos ejemplos en Latinoamérica que han trabajado con esta herramienta como medio de cura psíquica, así también, observa el arte en el espacio público como un acto político de disidencia, como una acción colaborativa donde la participación en común propicia la cura frente al dolor y se mantiene al margen de las instituciones oficiales.

Ahonda específicamente sobre el psicodrama, sociodrama y el teatro del oprimido desde el modelo de Augusto Boal y Jacov Levi Moreno; técnicas que se valen del movimiento corporal como principal medio expresivo, tanto de emociones como de pensamientos reprimidos o anulados. Se analizan las intervenciones

corporales artísticas como fuente de comunicación, empatía, solidaridad y apropiación del cuerpo físico y con ello también del cuerpo psíquico. Así mismo, se describe la forma en que la salud mental está imbricada con el arte y sus manifestaciones a partir de una catástrofe.

6.1 El arte como dispositivo terapéutico

El aparato psíquico busca intensamente satisfacer una moción de deseo frente al displacer. El objeto que pudiese satisfacer dicha moción de deseo está perdido, escondido o velado, por ello su constante búsqueda. Así mismo, el principio de placer busca disminuir el dolor con cualquier objeto, sea alucinatorio o creado; entonces, el arte forma parte de esta creación imaginativa y puede servir como vía de descarga pulsional, disminuyendo así la angustia y encontrando parcialmente el placer. El arte entonces puede otorgar oportunamente una compensación frente a un evento traumático e innombrable (Morales, 2015). Así la sublimación se presenta frente a la pérdida para saldar los daños e intentar mitigar la pérdida.

El arte es una fuente de encuentro, con el sí mismo, la historia, la cultura, el otro y otros; es también un reflejo y una construcción identitaria tanto personal como colectiva (Ruíz, 2013). El arte también conforma aquellas emociones, saberes y vivencias que recorren el pasado y el futuro de las sociedades. Estas no son fruto únicamente de un público, ya que responden a condiciones socio-histórico-cultural de las comunidades. El arte, por lo tanto, refleja la infinita capacidad del ser humano para asociarse con los demás, de compartir experiencias e intercambiar ideas (Hernández y Ullán, 1996).

Francés e Imberty (1985), plantean que el fenómeno artístico debe ser abordado mediante un análisis social, de modo que se puedan comprender los mecanismos y procesos colectivos implicados en el mismo. Así, la producción artística se sitúa en el punto de articulación de lo social a lo individual y viceversa.

Diversas actividades artísticas se han utilizado para potenciar la expresión humana, así como para que los individuos logren sensibilizarse, interactuar, comunicarse con el mundo e identificarlo dentro de sus actividades cotidianas (Munevar y Díaz, 2009). Por ejemplo, el performance se relaciona también con teorías del drama social, las prácticas de performance cambian la finalidad; a veces artística, a veces política, a veces ritual. Lo importante es resaltar que el performance surge de distintas prácticas artísticas, pero trasciende sus límites; combina muchos elementos para crear algo inesperado, chocante, llamativo, crítico, con profundidad comunicativa.

Estudiosos del performance hablan sobre los individuos y los grupos sociales como agentes que escenifican su subjetividad misma, donde se representan y tratan de mejorar sus circunstancias mediante estos actos expresivos. El modelo dramático también enfatizó los componentes lúdicos y estéticos de los eventos sociales, y la ansiedad que se vive en momentos de crisis o transición vividos como tiempos “liminales” entre ruptura y reorganización (Taylor y fuentes, 2011).

El cuerpo no necesariamente se vale de las palabras para relacionarse con el entorno, ni para expresar sus sentimientos y emociones más genuinas; el cuerpo es capaz de construir procesos comunicativos igual o más efectivos que la expresión oral y esto es posible a través del lenguaje artístico (Schinca, 2000). El arte, por lo tanto, abre múltiples posibilidades de aplicación, uso y estudio, es un saber infinito que teje puentes entre seres humanos y comunidades enteras. Sus alcances pueden llegar al descubrimiento de la condición humana más profunda, a sensibilizar, a realizar momentos catárticos, de creatividad y también de sanación psíquica, por ello, el arte tiene potencia terapéutica.

Dicho uso del arte como técnica psicoterapéutica se volvió una opción floreciente cuando los tratamientos psiquiátricos y el uso de los fármacos eran insuficientes e incluso inhumanos. Aunado a ello, el psicoanálisis tampoco era una posibilidad viable, ya que el uso del diván no podía aplicarse a situaciones particulares de emergencia, debido entre otras cosas; al costo, duración,

pertinencia, metodología y sobre todo, a la creciente demanda de atención psicológica. Es aquí cuando surgen nuevas propuestas de intervención, algunas bajo la influencia de la escuela anti-psiquiátrica, entre las que destacan: las terapias de grupo, familiares, el psicodrama, musicoterapias (pasiva o activa), danza terapia, terapias por expresión plástica, entre otras (Paín y Jarreau, 1995).

Por lo tanto, hablar mediante expresiones artísticas de aquello que con palabras no alcanza, comenzó a ser una técnica de trabajo importante en la salud mental. Incluso se comenzó a conceptualizar el término arteterapia, definida como el proceso creativo para mejorar y realzar el bienestar físico, mental y emocional de sujetos de todas las edades. Basada en la creencia de que dicho proceso creativo ayuda a resolver conflictos psíquicos, desarrolla habilidades interpersonales, permite un mayor manejo de las emociones, reduce el stress, aumenta el autocontrol y logra procesos introspectivos profundos y complejos (Badilla, 2011).

Es necesario subrayar que no importa la corriente teórica que utilice el terapeuta o artista en su trabajo, tampoco que los usuarios deban tener una experiencia previa o habilidades en el campo artístico, el psicoterapeuta o artista no se ocupa de hacer una evaluación estética o un diagnóstico de la imagen, el objetivo general del terapeuta-facilitador es permitir que el paciente-usuario efectúe un cambio y crecimiento a nivel personal a través del uso de materiales o actividades artísticas en un ambiente seguro y cómodo (Badilla, 2011).

En América Latina, ha proliferado el trabajo con herramientas artísticas para uso terapéutico, principalmente con población en situación de vulnerabilidad como es la violencia social. Varios ejemplos de estas intervenciones se encuentran en Colombia donde la expresión corporal y la danza ha sido una herramienta esencial para mejorar las condiciones de vida de población en crisis, como en niños y niñas en condiciones de pobreza y desplazados por la violencia (Beltrán, et al., 2014). Otros países, como Cuba, Argentina y España, han utilizado expresiones corporales y artísticas como el hip hop, la danza folclórica, la música, el teatro y el clown para desarrollar actividades que estimulen la salud y la prevención de enfermedades físicas o psicológicas (Angert, 2001).

Estas y otras intervenciones han corroborado la importancia de trabajar con el arte en la reparación colectiva tras eventos traumáticos ya que se ha observado cómo las actividades artísticas incentivan procesos de socialización, integración y cooperación (Molina et al, 2009). Así mismo, facilitan la relación con las personas, los objetos y el espacio, aportando numerosos beneficios personales y comunitarios; tales como mejorar las vías de comunicación, el conocimiento cultural, el fortalecimiento identitario, el fomento de la creatividad e imaginación, la expresividad compartida, el autoconocimiento y el conocimiento del otro (Moreno, 2010).

Existe una clara necesidad del trabajo emocional con población en riesgo tras sufrir un trauma, es importante el acompañamiento social, principalmente en situaciones de desastre, en donde un lenguaje indirecto y simbólico propio de la expresión artística ayuda en la recuperación de la salud mental (Beltrán, et al., 2014). Ante la pulsión de muerte no se puede guardar silencio ya que ésta es el silencio, sin embargo, existe la posibilidad de la sublimación, este ejercicio de integrar a la psique los restos traumáticos mediante la creatividad y la imaginación permite canalizar las pulsiones desde el territorio del deseo hacia otro terreno, donde estos sean viables y repositivos.

Los dispositivos artísticos que habilitan un espacio de expresión ofrecen posibilidades de contener y “ligar”, personal y grupalmente, todos aquellos elementos traumáticos que fueron un factor disruptivo de la realidad psíquica. Por dispositivo entendemos el conjunto de condiciones normativas de la tarea a desarrollarse: número de integrantes, tiempo de las reuniones y frecuencia de las mismas, duración limitada o ilimitada del funcionamiento del grupo, pero especialmente los significados, los contenidos de la escena dramática sobre los que se trabaja; las construcciones y representaciones que se producen, así como el tipo de intervenciones pertinentes en este trabajo. Sea cual sea el dispositivo este favorecerá la emergencia de determinadas producciones psíquicas necesarias para trabajar una tarea específica y buscar soluciones plurales (Edelman y Kordon, 2018).

Este paradigma pone énfasis en la creatividad como un factor de inclusión social y de desarrollo comunitario, propone intervenciones en zonas de exclusión y marginación. Todo ello, lleva a la construcción de nuevas arquitecturas y geografías sociales en las que nacen discursos críticos, se descubren miradas que dejan de ser invisibles para volverse una opción de fácil acceso.

El arte convoca y permite organizar prácticas artísticas colectivas, combate la fragmentación social mediante la participación directa. Se puede plantear como uno de los propósitos principales alcanzar un resultado bello, pero lo importante será el proceso comunitario que haya generado hasta llegar a esto. Esa es la clave y esa es la transformación. Se trata de movilizar a la comunidad en torno a una preocupación o problemática común y para ello es necesario primero conmoverse-sensibilizarse, organizarse y comunicarse para llegar a generar un compromiso comunitario mediante la suma de creatividades (Carnacea, 2012).

6.2 El arte en el espacio público: apropiación colectiva del lugar

Se sabe que las creaciones artísticas son innumerables, que estas trascienden más allá de circuitos artísticos convencionales, estas también pueden ser espontáneas, autogestivas, críticas, contestatarias y resilientes. Entre ellas se encuentran las intervenciones urbanas o el arte en el espacio público, las cuales se destacan por llegar a espacios únicos, teniendo a la calle como soporte y a sus habitantes como principales espectadores, creadores y participantes. El arte en el espacio público se genera usualmente al margen de las instituciones oficiales, tiene un carácter de apropiación del espacio; su uso, por lo tanto, sirve útilmente como plataforma expresiva de la comunidad.

El espacio público es entendido como el conjunto de inmuebles públicos, elementos arquitectónicos y naturales de los inmuebles privados, destinados por su naturaleza y por su uso o afectación a la satisfacción de necesidades urbanas colectivas que trascienden, por lo tanto, los límites de los intereses individuales de

los habitantes (Gama y León, 2016). El arte en el espacio público se mantiene en los márgenes, en las fronteras, fuera del arte tradicional que se exhibe en galerías o museos y que por su alto costo está dirigido a un público reducido y elitista.

El arte en la calle alude a un modo de expresión artística que pone en juego diversas técnicas y materiales que incluyen desde plantillas, pósteres, pegatinas, murales, teatro, danza, performance, manifestaciones musicales, entre muchas otras; se vale de la espontaneidad para emerger y de la resistencia comunitaria para su vigencia (Herrera y Olaya, 2011). El arte en el espacio público está marcado con el signo de movimientos sociales, con nuevos lenguajes y expresiones puestas en la trama urbana (Corneta, 2011). Busca nuevas narrativas, memorias, genealogías que apelan a estructuras del sentir, significados y valores tal como son vividos y sentidos activamente, a estructuras de la experiencia, que también son sociales y necesariamente políticos (Williams, 2000).

En el arte público se entremezclan multiplicidad de aspectos que han llevado a complejizarlo, o por lo menos, a darle nuevas interpretaciones y medios de estudio, esto, no solo en sus posibilidades técnicas, también en sus medios de expresión simbólica, formas identitarias y de apropiación colectiva. Es un escenario que se construye a partir de la interacción de los que habitan un grupo o comunidad con los artistas urbanos que crean la escena (Cuenca, 2002).

Duque (2011), define al arte en espacios públicos como un arte comprometido con la ciudadanía, que puede expresar conflictos sociales sin adoctrinamiento, es un arte del lugar y de su tiempo que rechaza la imagen de una esfera pública pacífica o estática para interesarse en exponer mediante el lenguaje visual y/o musical contradicciones que adoptan una relación estrecha con el público al que se dirige, así como el espacio en que se manifiesta. Es claro que hay una necesidad de la existencia de canales de expresión en medios de comunicación alternativa, que se propongan desde ámbitos urbanos.

Los medios de comunicación procuran divulgar o comunicar aspectos de la sociedad, situaciones y acontecimientos dentro de la misma, pero ligados a una restricción comunicativa, a sitios disciplinados y dominados que impide en muchas

ocasiones se exprese lo que realmente acontece tanto individual como socialmente (Silva, 2014).

El arte en las comunidades integra elementos en lugares públicos y transitados, pretende lograr una participación directa, un vínculo cercano, un cruce de múltiples saberes para lograr una práctica crítica. Suele tener un mensaje llamativo que invita a la lucha social, a la crítica política, a la organización comunal o simplemente a la reflexión introspectiva. Contribuye de este modo a co-producir el sentido del lugar (Arias, et. Al., 2012). El arte urbano posibilita la apropiación del espacio público al uso del colectivo, su funcionamiento se rige por la decisión de quienes lo habitan y la expresión artística se vuelve un medio de comunicación-organización permanente.

Aunado a lo anterior es importante destacar que el arte en el espacio público no se regula por ningún organismo institucional, su proceso pertenece únicamente a las y los artistas y la comunidad; se encuentra al margen de la publicidad cotidiana y su permanencia es usualmente efímera, por lo que los espacios para su expresión son cerrados o negados por la autoridad oficial, regularmente tiene un contenido político y de protesta (Azas y Guérin, 2006).

La relación dicotómica entre el/la artista y la comunidad, por lo tanto, es inseparable y mutuamente complementaria, el apego al lugar, la identidad del barrio o comunidad, la identificación social-urbana o el espacio simbólico urbano son elementos indispensables en el proceso que da cuenta de la interacción de las personas con los entornos y sus principales efectos-afectos (Pol y Vidal, 2005). El uso social de un espacio marca los bordes dentro de los cuales los usuarios familiarizados se auto reconocen y el arte público es clave en este proceso, en el sentido en que la creación contemporánea urbana nos invita a cambiar nuestros modos de ver, de pensar y sentir. Esto lleva a descubrir nuevas posibilidades humanas de interacción (Silva, 2014). La expresión artística pública es un sistema de representación mediante el cual se estructura la experiencia del grupo o colectivo, da cuenta de los símbolos compartidos mediante imágenes, movimientos y ritmos.

Domínguez (2010), añade que el arte urbano abre espacios de proximidad comunitarios al margen del discurso institucional de poder donde el arte contemporáneo institucionalizado es aquel que se da en espacios cerrados y dirigido a una minoría en relación con su educación o economía; responde a criterios estéticos o temáticas lejanos al interés general y no a inquietudes de la sociedad actual. Por su parte, el arte en el espacio público nace de los anhelos de los grupos integrantes de la sociedad como reflejo de su naturaleza y tratando de expresar con imaginación sus sentimientos, sueños, realidades y catástrofes; todo para ser disfrutado o expresado por la mayoría, sin la necesidad de apoyarse en criterios estéticos convencionales.

Por ello, el espacio intervenido mediante esta expresión artística es una herramienta social de reivindicación cultural donde se construyen representaciones y significaciones locales, es válido pensar que estas intervenciones son parte de la construcción comunitaria ya que se pueden considerar como un acontecimiento cultural que expresa lo concerniente a la ciudadanía y a sus problemáticas locales (Gama y León, 2016). Dentro de dichas problemáticas se encuentran fines estéticos, imaginativos, contestatarios, políticos e incluso psicoterapéuticos y rehabilitatorios. Es así que observamos como luego de catástrofes naturales el espacio público se vuelve escenario donde convergen múltiples manifestaciones artísticas con objetivos de apoyo y sanación en cadena.

Así mismo, se debe considerar a las formas estéticas no sólo como objeto de estudio de las artes ni como material metodológico exclusivo de artistas, sino también, como formas de producción de pensamiento social, de significados y significantes en plural donde se mezclan experiencias y sentimientos que estructuran un lugar (físico y simbólico). Por ello, se debe intentar incorporar en las producciones artísticas relatos críticos que, desde un margen cronotopológico, nos permitan fracturar y diluir las dicotomías arte/ciencia; forma/contenido; teoría/práctica; imagen/letra. Para esto, es necesario inscribirnos en una tradición: trazar una genealogía, narrar desde el margen en tanto espacio de creación capaz de habilitar nuevos saberes, Fischetti y Chiavazza (2017).

En palabras de Foucault:

En realidad, se trata de hacer entrar en juego los saberes locales, discontinuos, descalificados, no legitimados, contra la instancia teórica unitaria que pretende filtrarlos, jerarquizarlos, ordenarlos en nombre del conocimiento verdadero y de los derechos de una ciencia que está detentada por unos pocos. Las genealogías no son pues retornos positivistas a una forma de ciencia más meticulosa o más exacta; las genealogías son precisamente anti-ciencias (Foucault, 1980, p. 138).

6.3 Intervenciones terapéuticas con herramientas escénicas: Del teatro del oprimido al psicodrama

Se ha observado que en las experiencias traumáticas quedan emociones y sensaciones que no tienen acceso a la palabra, eventos que muchas veces son parcialmente silenciados mediante la represión. El relato de una experiencia traumática implica un cierto grado de elaboración (por mínima que ésta sea), es una evocación de la situación que se vale del habla y la memoria. Sin embargo, hay restos traumáticos que no se expresan mediante el discurso oral, sino con gestos, haciendo uso del lenguaje corporal o bien en actos o actuaciones. En la Grecia antigua por ejemplo, se utilizó el teatro, la puesta en escena de las tragedias, como un modo de elaboración de las situaciones traumáticas sociales y en general de los grandes conflictos del ser humano y su cultura (Edelman, L. y Kordon, D. 2018). Las personas tienen en muchos casos necesidad de hablar, de compartir sentimientos y recuerdos que se ubican en las adyacencias de lo traumático pero que por su alto grado de dolor el único acceso disponible es la expresión artística, y con ella, el movimiento del cuerpo, el acto escénico, la máscara, el símbolo y la metáfora.

Augusto Boal (1989), propuso un teatro político que confrontará al público y lo motivará a asumir una actitud y participación críticas, que no sólo lo llevará a pensar, sino que también actuará de forma directa, esto es, a intervenir. Con esto

daba una nueva mirada al teatro como herramienta pedagógica, social, política, cultural e incluso psicoterapéutica; pensaba que el teatro es un arma muy eficaz y poderosa y esta, puede servir socialmente como un mecanismo de liberación, he ahí la importancia de la expresión corpórea. Sin embargo, el teatro también tiene su lugar fuera del escenario oficial; en las calles, en las plazas públicas, en el espacio colectivo. El arte plantea Boal, debe ser visto y actuado por cualquiera y en cualquier sitio, trascendiendo y derrumbando los muros físicos y metafóricos que impiden que esta expresión escénica camine libremente por barrios, ciudades y pueblos. El teatro no tiene un destino fijo, es itinerante, nómada y éste debe propagarse como medio de divulgación y expresión comunitaria.

Boal (1989), también nos habla sobre derrumbar la propiedad privada de los personajes y colocar en su lugar a actores individuales (comodín), que asuman su función protagónica en el teatro y en la sociedad; el teatro, por lo tanto, no es más que un ensayo previo a la verdadera puesta en escena que es la acción participativa de los ciudadanos en su medio próximo, hacia sí mismos y con los demás. El personaje principal que propone Boal es aquel sujeto comprometido en transformarse y modificar la sociedad a la que pertenece, pensando que el teatro es un artefacto de movimiento que permite la crítica, el análisis, la dialéctica y la solidaridad.

Para ello, el sujeto se vale de su propio cuerpo en equilibrio con el sonido, el movimiento y el ritmo, el cuerpo deja de ser un organismo ajeno para volverse territorio de descubrimiento, la reapropiación del cuerpo permite una liberación psíquica que desata lenguaje y por lo tanto comunica, esto permite que el objeto pase a ser sujeto y el espectador se vuelva actor, con ello, la responsabilidad de los movimientos y los actos debe ser asumida y propositiva.

En el teatro del oprimido no hay parlamento fijo a pesar de que hay obra, la improvisación es una constante, lo que permite la catarsis y la exploración de sentimientos y pensamientos inmediatos, se depende del estado de ánimo de los participantes para guiar las escenas, así la expresividad es libre y la comunicación entre los participantes se hila instantáneamente. Este ejercicio escénico remite

inevitablemente a la técnica proyectiva de asociación libre propuesta por Freud, definida como cualquier conexión entre elementos narrativos que constituyen una o varias series de cadenas asociativas; las asociaciones rigen el curso de las representaciones y son vínculos entre lo manifiesto y lo latente (1970). En este caso el mecanismo de represión se reduce a medida que se dan más asociaciones en la cadena asociativa, ya que el individuo puede recordar episodios dolorosos por las conexiones e incluso llegar al análisis profundo de su sufrimiento. He aquí un cruce fundamental entre la psicoterapia con el teatro del oprimido, un puente que une la aplicación de la teoría clínica con la práctica escénica.

Por ello, el teatro comunitario restaura el orden psíquico colectivo al ser una herramienta introspectiva profunda, es un fluir cooperativo, que no intenta resolver los conflictos psíquicos en solitario. La misma biología se rige por un sistema cooperativo que busca el equilibrio en cadena. Así, en el trabajo intersubjetivo se produce un movimiento permanente entre el nivel regresivo que se vale de la memoria y en el que circula la fantasmática y un nivel reflexivo; conceptualizador, que utiliza el lenguaje simbólico-artístico para comprender lo que ocurre en la vida imaginaria del grupo y poder así construir un trabajo elaborativo que brinda nuevos sentidos y significaciones (Edelman y Kordon 2018).

El teatro como posible ritual, es un metalenguaje actuado, un mecanismo simbólico que actúa en grupo(s), contribuye en la reconstrucción parcial o permanente del sujeto y su entorno, desenmascara el dolor y el duelo que la comunidad atraviesa, se vuelve un espacio de apertura y escucha permanente, donde hay nacimiento y duelo. Permite una regresión de los miembros a estadios primarios fugaces donde el medio lúdico resiste a la pérdida, da voz al arquetipo del niño interior; el arte escénico como medio lúdico sostiene a ese niño que es el yo, todos sabemos jugar y jugar es sanar.

Sánchez (2002) plantea que las representaciones teatrales son un símil del juego infantil, éstas se encuentran entre la pulsión de vida y pulsión de muerte, producen una ligazón exitosa entre ambas, realizan una alianza entre el recuerdo de una impresión traumática (próxima a la muerte) y una dramatización

metamorfoseada sobre un escenario, así logra ligar las pulsiones mediante un trabajo metafórico.

Por lo tanto, no resulta raro que la propuesta artística de Boal proponga observar y acercarse a la práctica del psicodrama y del sociodrama de Jacobo Levy Moreno, quien en 1926 llevó el arte teatral a un ámbito de cura no experimentado hasta entonces, éste coloca a un actor-paciente en un escenario teatral, dramatiza sus malestares y sus vivencias frente a un público conformado por pacientes que también se interesan en los problemas que afectan a los grupos sociales. Aquí el protagonista forma parte del grupo y moviliza al colectivo a participar activamente (Beliza, 2013).

En su libro “Psicodrama” (1993), Moreno describe la espontaneidad como base para una teoría de la personalidad. Según él, la espontaneidad surge desde el nacimiento del niño, como respuesta rápida y automática a un medio novedoso y extraño, es la réplica del sujeto frente a situaciones nuevas. De la espontaneidad surge el psicodrama como una herramienta de creación y modificación de roles y de los vínculos en los que dichos roles se inscriben. El axioma elemental de su conceptualización es que los sujetos estamos constituidos a partir de roles, desde los más primitivos (psicosomáticos) hasta los más complejos (sociales), así los roles son acciones vinculares; por lo que el psicodrama es la exploración a nuevas búsquedas objetales (Moreno, 1993).

En el psicodrama es el mismo grupo el que asume el lugar de auxiliar terapéutico. Los espectadores no sólo cumplen la función de testigos o espectadores, también son participantes activos de lo que ocurre en escena. La participación de la audiencia viene dada por la selección espontánea del protagonista, quien llama al escenario a aquellas personas que puedan desarrollar mejor los personajes y las problemáticas con las que se identifican (Beliza, 2013). Moreno propone una proyección identificatoria para abordar el conflicto psíquico, explica:

“Y cuando estés conmigo, yo te sacaré los ojos de tus cuencas y los pondré en lugar de los míos y tú me arrancarás los míos y los pondrás en lugar de

los tuyos, para mirarte con tus ojos y que tú me mires con los míos” (1970, p. 81).

De este modo, intenta lograr una genuina empatía entre los miembros del grupo psicodramático, entender profundamente al otro permite también entender al sí mismo, las narrativas se comparten puesto que las vivencias también se experimentan desde un carácter grupal. Observar y escuchar para entender el comportamiento del que sufre es un trabajo de acompañamiento mutuo que permite transitar durante y después de la tragedia.

El átomo social es otro de los conceptos básicos en los que se centra la teoría moreniana, este lo define como “...el núcleo de todos los individuos con quienes una persona está relacionada sentimentalmente, o que están vinculados con ella al mismo tiempo” (Moreno, 1972, p. 12). Está conformado por grupos familiares, laborales, académicos o artísticos a los que el individuo ha tenido que unirse. La conducta del individuo depende, por lo tanto, de las interrelaciones con su átomo social, así como de los roles que desempeña en cada grupo. Dichos roles sociales usualmente son lugares fijos e inamovibles que no le permiten al individuo pensarse desde nuevas posibilidades existenciales, su funcionamiento se vuelve predecible y robótico orillándolo hacia el conflicto psíquico y con ello, al sufrimiento.

Aunado a ello, el sitio estático del cual parece que la persona no puede escapar tampoco permite entender al otro de manera auténtica, ya que ese otro también pertenece al campo categórico de lo sujetado, su espacio es muy estrecho y es dictado mediante un nombre permanente: padre, madre, esposo, estudiante, malo, bueno, etc. Estas *etiquetas* anclan a las personas y los grupos y no les permiten explorar nuevas formas de conocimiento, esto según Moreno, es un principio terrible que rige las relaciones humanas.

Por ello, plantea que la representación escénica, los juegos dramáticos y la intervención psicodramática albergan el sentido lúdico y pedagógico de la comunicación grupal, ya que permiten la libre expresión y la comprensión de las personas facilitando la exploración y la exteriorización a través de lo vivencial y lo corporal. Moreno (1970), señala la importancia del espacio psico y socio-dramático

porque permite el acercamiento profundo a la “plataforma social” donde el individuo entra en contacto directo con su átomo social y éste puede analizarlo, asumirlo o bien, modificarlo.

El sociodrama surge del supuesto de que el grupo está organizado por los roles tanto sociales como culturales que comparten todos los miembros de la cultura a la cual pertenecen. Con el método socio dramático se estudian las interrelaciones culturales. El grupo va a ser el protagonista, el único sujeto del sociodrama y de la realidad compartida en la que el grupo vive y se identifica, a partir de ella se extraerá aquella información que va a servir como fuente de canalización de la problemática social. El sociodrama debe tener un director del proceso ayudado por un equipo de auxiliares que pondrá en acción todas aquellas experiencias que sus informantes (el grupo), han ido reelaborando de su propia experiencia. La representación dramática de esta extracción del contexto social tiene como objetivo fundamental ahondar en el conocimiento de dicha realidad difundiendo de manera crítica aquello que el grupo vive como modo natural de existencia (García, 1998).

Los participantes de un sociodrama son al mismo tiempo sujetos de experimentación y experimentadores en acción y pasan de ser sujetos pasivos de la realidad a ser individuos dinámicos que buscan transformarla. Es así, como se amplían las perspectivas y percepciones, se analizan los sentimientos y emociones al adquirir más conocimientos por medio del proceso socio dramático. Por ello, se llega a alcanzar un cambio en el análisis y la reflexión de la realidad al ver al grupo actuar teatralmente y manifestar los conflictos que los agobian. Aquellas causas determinantes de la situación problemática que en la vida cotidiana no se perciben cobran relevancia al ser expuestas en escena, se comparten, se dramatizan y se buscan posibilidades de elaboración (Ojeda, 2009).

La práctica corporal representa el drama social, cada acto está fuertemente cargado de significados y significantes que irrumpen en la vida individual y social de los actores puesto que moviliza, des-sujeta y promueve la crítica intra e intersubjetiva. Sin movimiento introspectivo no hay posibilidades de

autoconocimiento y, por lo tanto, los roles sociales se afianzan fijado al individuo a la reproducción automática e insatisfactoria.

Bochar (2017), nos explica:

“El sociodrama es un método que favorece que los sujetos se apropien de su historia personal, social y cultural. Desde una concepción de sujeto autónomo y capaz de transformar sus condiciones de vida. Es una forma de intervención psicosocial que permite que los sujetos se responsabilicen como actores de sus condiciones de existencia, como protagonistas de su propia historia, transformando las instituciones y construyendo subjetividad. Sujeto activo y participante, sujeto que crea y que produce. He aquí el objeto de la intervención socio dramática: el sufrimiento colectivo, el sufrimiento social, o aquello que Freud llamó el malestar en la cultura (pp. 178).

Sobre esto, el psicoanálisis plantea que el domeñamiento de las exigencias pulsionales, se puede generar a partir de actos creativos e imaginativos que promuevan la canalización del sufrimiento. La representabilidad, por lo tanto, cumple el objetivo de ligar lo somático con lo psíquico mitigando así la violencia perseverante de dichas pulsiones (Edelman y Kordon, 2018). Así mismo, durante la ruta hacia la satisfacción directa estas pueden ser interceptadas por el mundo del arte y sus expresiones, de forma que la meta pulsional quede anudada a la representabilidad y sea subordinada a los intereses vitales del yo. Solo mediante esta vía, el trauma y el dolor podrán mitigarse y se integrarán al aparato psíquico sin destruirlo.

Nos dice Safouan (2005) que lo vital no consiste en expulsar a la muerte, sino en reintegrarlo a lo humano a través de la simbolización. Para ello, es necesario gestionar nuevos símbolos psíquicos de expresividad y organización colectiva, donde el caos pueda crear y no destruir; suturar el dolor con medios artísticos antes de que éste se invierta sobre el sujeto y produzca enfermedad.

Lo fundamental entonces, no es volver al *‘lugar’* donde se estaba antes de la catástrofe, sino reinventarnos a partir del evento traumático y pensar a la herida

psíquica como una posibilidad de resignificación. Žižek plantea que lo interesante sobre la noción de la ruptura de simetría es que proporciona una respuesta a cómo algo surge de la nada mediante una redefinición de esta nada. Las cosas surgen cuando el equilibrio se destruye, cuando algo desaparece (2016).

Discusiones

El arte escénico fue una herramienta indispensable en el trabajo con los afectados luego del sismo de 2017 que las comunidades usaron en su propio beneficio y al margen de las intervenciones oficiales, el Estado no se ocupó de la reconstrucción psíquica y subjetiva de sus ciudadanos, por lo que ciertos colectivos artísticos tuvieron que organizarse con sus propios medios para trabajar desde sus posibilidades, fue así, que se valieron de la imaginación, el afecto y la empatía para realizar una labor colaborativa.

Al inicio había parlamento a pesar de que no había obra, por lo que la improvisación fue una constante en la producción de catarsis y exploración de emociones y sensaciones inmediatas, comenzar el trabajo teatral provocaba entre los participantes la posibilidad de contar su historia, el momento en que tembló, la forma en la que se impactaron por el suceso, sus primeros pensamientos, sus más grandes miedos, sus reacciones de pánico o angustia y también la fantasía *de “estar soñando o no haber vivido un terremoto”*. Esto abrió la herida psíquica a la que la gente con mayor vulnerabilidad estaba expuesta, el llanto, la risa descontrolada, el mutismo, el grito y la ira fueron los primeros en aparecer a escena y se mostraban de formas repetitivas e incontrolables. Fue un primer acercamiento consigo mismos (quizá el más arcaico), los participantes mostraban sus impresiones ante la tragedia de manera repentina e intensa. Este desdoblamiento emocional en los sujetos inauguró el grupo como dispositivo psicoterapéutico y con ello su proceso de elaboración del trauma.

El arte por lo tanto, permitió unir un afecto con una representación, se creó una ligadura entre elementos intra psíquicos con estímulos externos-escénicos, de esta forma se transformó el afecto descualificado en un sentimiento nombrable, la angustia encontró descarga y pudo transformarse paulatinamente en odio, amor, miedo, culpa, remordimiento, etc. este proceso dinámico permitió a los dolientes tener mayor control de sí mismos al saber qué es lo que realmente sienten cuando los invade el malestar psíquico, poder nombrar un sentimiento es también poder buscar su origen e historia en la biografía de quien lo reconoce y es una primera forma de integrarlo al yo.

Haciendo teatro los sujetos asociaban libremente, el parlamento basado en la improvisación les permitía decir lo primero que pasaba por su mente, hablar sin censura fue la regla (igual que cuando se está en un proceso analítico), por lo que no importaba si el contenido discursivo fuera triste, vergonzoso, agresivo o simplemente nada, ya que el silencio también era permitido y respetado. Los participantes hablaban, los unos con los otros y muchas veces sin aparente lógica o estructura, lo importante es que en los primeros ejercicios las personas se hablaran entre sí, algunos para sí mismos, otros para alguien que ya no está, le hablaban a algún objeto (como su casa, su negocio, sus pertenencias perdidas), otros se quedaban callados, únicamente observando. Se hacía teatro espontáneo y los (nuevos) actores representaban también con canto y ritmo, usaron el tambor y el baile, se tomaron de las manos para representar a Hamlet o a cualquier otro personaje que eligieran (una vía para que el inconsciente se mostrara). Esta representación libre es un mecanismo proyectivo que permite la abreacción (técnica en psicoterapia) y con ella una descarga emocional que libera el afecto ligado al recuerdo de un evento traumático.

Se dice que la representación solo opera mediante la palabra, puesto que está compuesta de lenguaje verbal, sin embargo, la representación también puede valerse de la expresión artística para decir, compartir y movilizar al sujeto y a quien lo acompaña. Incluso genera un metalenguaje, de modo que permite manifestar “eso” que con palabras no alcanza, no se sabe o incluso no se puede narrar y un

otro logra identificarse con el contenido, se sensibiliza ante él y se une al encuentro. El arte, por lo tanto, logra transmitir un meta mensaje que transita entre fenómenos psíquicos y metafóricos.

Así la representabilidad como herramienta escénica funda la clínica dentro del campo teatral, la escena es la representación consciente e inconsciente de elementos biográficos, fantasiosos y fantasmáticos de quien los representa.

Ahora bien, el cuerpo físico al hacer uso del ritmo y del movimiento controlado brinda sentimientos de autoconfianza entre quienes lo practican, los participantes plantearon haber perdido la seguridad en su propio cuerpo luego del terremoto y esto puede deberse a que el temblor provoca sacudidas violentas sobre el cuerpo físico y el suelo donde se está parado; la sensación de pérdida llega cuando se experimenta al cuerpo como organismo ajeno, fuera del autocontrol. El teatro y sus manifestaciones kinestésicas brindaron la posibilidad de volver a mantener el movimiento a voluntad, de tener una ubicación espacial y sensitiva, así como también permitió una reapropiación corporal, por lo que el teatro mostró tener un alcance rehabilitatorio.

El síntoma luego de un evento sísmico se observó sobre el organismo de quien vivió la experiencia (directa e indirectamente), mediante las dolencias físicas y los malestares generalizados, sin embargo, se debe buscar un tratamiento integral que incluya rituales lúdicos y simbólicos; que unan nuevamente al cuerpo físico con el cuerpo psíquico, para lograrlo los medios psicoterapéuticos tradicionales y farmacológicos son poco eficaces, se necesita hacer uso de *otros actos*, actos expresivos artísticos que muestran la capacidad del propio sujeto en gestionar su cura, se requiere que intervenga directamente en su elaboración traumática y mantenga el autocontrol, la seguridad de su propia existencia, e incluso, la de un otro.

Aunado a ello, el arte como dispositivo expresivo propicia en el sujeto un cuerpo que sana, que encuentra equilibrio luego de momentos críticos, experimenta quietud, tranquilidad, calma. Tiene un efecto que transforma el organismo viviente en un cuerpo autocontrolado, promueve constantemente el autoconocimiento, invita

a la introspección y con ello disminuye considerablemente los síntomas que la tragedia provoca. Por ello, el arte teatral post-impacto es un proceso que apoya en la cura emocional, es un arte post-traumático.

Si bien el ser humano cuenta con una profunda sensibilidad respecto a las manifestaciones artísticas, esta no siempre se explora ni se ejerce libremente, incluso los participantes mostraban cierta renuencia al principio de las intervenciones comunitarias, el arte es una actividad sacralizada socialmente que no tiene una relación cotidiana con comunidades vulnerables y en condiciones de pobreza y desigualdad social, por lo que se le percibe con cierto temor e incluso rechazo; el arte se asocia con poder adquisitivo o con condiciones intelectualmente elevadas, por ello, insertarlo en comunidad resulta ser un proceso lento.

Sin embargo, esta condición inherente que tiene el sujeto con el encuentro artístico, propició en algún momento de la intervención un gran interés para la comunidad, los que integraron los colectivos artísticos sabían que no se trataba de ir a enseñar a hacer arte sino de producirlo mediante las vivencias compartidas, del encuentro con el otro y sobre todo del análisis del sí mismo; no se buscaban relaciones jerárquicas, se intentaba acompañar horizontalmente durante el proceso de duelo y reparación.

Así se pasó de la sostenibilidad a la sustentabilidad, aumentando el desarrollo cultural, psicológico y comunitario de forma autogestiva. El uso del arte propicia un lazo social que promueve la solidaridad transgeneracional promueve un crecimiento y desarrollo cualitativo en las capacidades de los sujetos para sanarse y apoyar en el proceso de sanación psíquica de los demás.

“El poder conseguido por medios culpables nunca se ejerció en buenos propósitos”.

Cornelio Tácito

Capítulo 7.- EL MITO DE LA SALUD MENTAL TRAS EL SISMO

Hablar de salud mental en situación de crisis y emergencia es un tema relativamente nuevo, si bien se ha teorizado desde 1905 con las investigaciones de Eduard Stierlin sobre las reacciones psicológicas de 21 supervivientes de un accidente minero o de 135 personas y sus afectaciones psicológicas del terremoto de Messina en Italia en 1908 (Ochoa, M. 2015), no se habla de intervenciones para el cuidado de la salud mental hasta 1970 cuando la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) publica el primer manual de “Primeros Auxilios Psicológicos en casos de Catástrofes”.

Sin embargo, en México la teoría, intervención, metodología e investigación ha llegado aún más tarde, aunado a que es escasa o nula en contextos de desigualdad social, por lo que los modelos operativos, manuales de intervención e investigación en las tres fases de disminución de la catástrofe (pre impacto, impacto y post-impacto) es mayoritariamente importada de países como Chile, Estados Unidos y España. Así mismo, los escasos especialistas en el campo pertenecen en su mayoría al área médica, se valen (parcialmente) del trabajo con psicólogos y trabajadores sociales, no se incluye a otros profesionales de diversas áreas, por lo que la labor en situaciones de emergencia tiene un paradigma reduccionista que lo lleva a ser deficiente.

Por ello, es común que el trabajo en situación de crisis y emergencia se limite al tratamiento directo con los afectados en lapsos de tiempo muy breves e incluso fugaces (horas o minutos), sin pensar que parte de la labor también incluye realizar tareas de organización y distribución de actividades, asesoramiento especializado, coordinación de recursos humanos, psicoeducación comunitaria y prevención de riesgos, los cuales demandan un seguimiento de días, semanas o meses.

Así mismo, se sabe (por países con mayor experiencia) que una intervención eficaz y oportuna disminuye hasta en un 30% entidades mórbidas en el aparato psíquico luego de un sismo o cualquier otra catástrofe por evento natural, por ello, la necesidad de incluirla como parte de la estructura en las políticas públicas de salud estatal y nacional y poder prevenir así las consecuencias negativas entre los habitantes. Sin embargo, estas cifras no sirven como conocimientos preventivos. Se enuncian datos estadísticos que no siempre corresponden con la información que brinda la comunidad o con las consecuencias reales a las que se enfrentan los trabajadores de campo y los pobladores de ciertas zonas (principalmente las más desfavorecidas de cada entidad).

En este capítulo se aborda el mito de la salud mental luego de un desastre por evento natural, se habla sobre la prevalencia del paradigma médico sobre otras disciplinas. Así mismo, se brindan datos relevantes que muestran la escasa inversión en políticas públicas y programas de intervención en salud mental y las consecuencias negativas que esto ocasiona.

Se cierra el capítulo pensando sobre la desigualdad en el sufrimiento psíquico, las diferencias en la distribución del dinero y cómo esto afecta decisivamente sobre acceder o no a una intervención pertinente luego de un choque traumático.

7.1. El precario contexto de la salud mental en México

Las cifras duras nos muestran que, del total del presupuesto asignado a la salud, únicamente el 2% está dirigido a la salud mental; de cuyo monto se destina el 80% al *funcionamiento* de los hospitales psiquiátricos, viéndose impedido el objetivo de concebir sistemas alternativos de salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Así mismo, las nuevas propuestas y legislaciones no han podido verse reflejadas de manera concreta en la realidad social, no se ha incrementado el

presupuesto en salud mental pese a la urgente necesidad de ello, tampoco se han llevado a cabo iniciativas que intenten reformar diversas disposiciones de la Ley general de salud en materia de psicología y psiquiatría (Cabello, J., 2005).

Esta precariedad ha provocado que en México no se cuente con un programa de acción específico de atención en salud mental en situación de emergencia, por lo tanto, cuando llega una catástrofe es frecuente que se recurra a la importación de recursos intelectuales, técnicos, metodológicos y a modelos de intervención en crisis externos, incluso se solicitan recursos humanos extranjeros porque en el país no contamos con un cuerpo de especialistas emergencistas en salud mental que den una respuesta inmediata y organizada ante cualquier contingencia.

Aunado a ello, tampoco se encuentra entre los objetivos de los protocolos de atención psicológica combatir el estigma en torno a la salud mental, por lo que, frente al trauma y el dolor psíquico es común que la población deba guardar sus sentimientos y emociones para sí mismo, de forma hermética y con cierta vergüenza, lo que provoca que la salud mental siga siendo un tema relegado y dotado de tabúes.

Así, los modelos de intervención propuestos por la OMS y la OPS entre otros organismos internacionales, son propuestas genéricas que no toman en consideración elementos específicos de la comunidad, como su situación económica, laboral, geográfica, simbólica, ritual, educativa, psicosocial, etc., por ello, cuando se llevan a la práctica resultan ineficaces y usualmente alejados de las demandas locales.

Un ejemplo de ello son los primeros auxilios psicológicos (PAP), que se brindaron en Ciudad de México tras el sismo, estos se usan en cualquier situación de emergencia y crisis, sin embargo, deben tomarse en cuenta situaciones particulares y contextuales para luego hacer una evaluación de su implementación. Castillo, J. y Rosete, H., (2019) plantean que, durante la fase de post-impacto, se impartieron cursos de Primeros Auxilios Psicológicos, intervención en crisis y comunicación de pérdidas por la Facultad de Psicología de la UNAM en conjunto con el Instituto Nacional de Psiquiatría a 4 mil 154 personas, aunque no se detalló

en qué consistieron dichos cursos, a qué modelo de intervención en crisis se apegaron, ni la formación de las personas a las que se capacitó.

Con respecto a las intervenciones realizadas por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, se implementaron brigadas de atención psicológica usando los primeros auxilios psicológicos, además se puso a disposición líneas telefónicas para las personas que lo requirieron, aunque sin especificar su objetivo ni su metodología, técnica o modelo de intervención que usaron (Coordinación Nacional de Protección Civil, 2017).

Aunado a ello, en lo que respecta a la atención de segundo orden (o segundo nivel) la información es igualmente engañosa, ya que se dice que se hizo una alta derivación de la población afectada a una atención del segundo orden, sin embargo, no existen cifras oficiales o estadísticas gubernamentales que nos indiquen cuál fue el número exacto de personas que recibieron esta intervención; tampoco explican con qué modelo trabajaron, que pronóstico o diagnóstico tuvieron, si siguen o no en psicoterapia o fueron derivados a otros medios de tratamiento, las discusiones en torno al tema son inexistentes. De tal modo, tampoco es clara la metodología, la técnica o la capacitación de los agentes psi frente a la población afectada por el sismo en este orden.

Esto nos muestra que las altas cifras que dan las instituciones oficiales sobre su intervención en situación de desastre no están completas, puesto que no se sabe específicamente bajo qué modelo teórico, epistémico y técnico llevaron su participación; tampoco si esta fue eficaz, sistemático u oportuno, no se aclara en ningún informe sobre la evaluación de la intervención, ni algún documento oficial que hable de la experiencia y explique los tiempos específicos de apoyo, las circunstancias del trabajo, su sistematización por áreas o ciertas propuestas de trabajo. Por lo tanto, estos datos no son concluyentes ni muestran un panorama completo sobre durante las fases pre-impacto, impacto y post-impacto.

De manera similar, el Gobierno de la Ciudad de México y la Secretaría de Gobernación puso a disposición de la población un número telefónico para apoyo psicológico y ubicó psicólogos en los sitios de derrumbe localizados en esta ciudad

(Excelsior, 2017). El problema es que ningún documento señala el tipo o modelo de entrenamiento que siguieron dichos psicólogos, tampoco hablan sobre la especialización y/o entrenamiento con la que contaron los intervinientes para hacer frente al desastre sísmico. Por ello, fue recurrente que los participantes al no tener la técnica de intervención en crisis pertinente recurrieran a fallas metodológicas, por ejemplo, realizar paralelamente distintas actividades como: remover escombros, proporcionar intervención psicológica, acompañar a cubrir necesidades de alimentación y bebida, buscar objetos extraviados, entre otras tareas. Una labor extenuante que corresponde al comportamiento de “superhombre” que rebasa los límites de cualquier sujeto que apoya. Esto nos habla de la poca capacidad de organización, distribución de labores y escasa formación técnica de los intervinientes. Otra falla común fue que abrazaban a los afectados, les daban palmadas en la espalda o tenían constante cercanía física, incluso cuando éstos se negaran a tener contacto con el psicólogo (Castillo, J. y Rosete, H., 2019).

Esto nos muestra que la línea de autoridad fue imprecisa, por lo que se llegaron a presentar conflictos entre diversos grupos de brigadistas y profesionales de diversas áreas junto con la sociedad civil, los cuales trataban de tener control sobre todas las actividades destinadas al apoyo, así como roces con algunas figuras de autoridad que en algunos casos resguardaban las zonas

Así mismo, continúan Castillo y Rosete (2019), diversos brigadistas permanecieron en la zona de emergencia hasta 124 horas ininterrumpidas, apoyando de forma valiosa, pero a riesgo de su propia integridad física y psicológica, por lo que se observaron constantes conflictos entre ellos, un alto malestar emocional, irritabilidad, pérdida de la concentración y alteraciones del sueño. Varias de estas manifestaciones se presentaban a partir de las 72 horas de apoyar en el lugar sin permitirse descansar. Otros casos fueron el de algunos psicólogos que acompañaron a las familias afectadas quienes esperaron hasta 120 horas su relevo para poder concluir su acompañamiento.

Estas circunstancias nos muestran un cuadro grave de fatiga por compasión entre los intervinientes y se sabe sobre las nocivas consecuencias a corto, mediano

y largo plazo sobre la salud física y mental. Sin embargo, tampoco hay registros oficiales que planteen cuántas personas sufrieron un trauma vicario y sobre las implicaciones psicosociales que provoca. Por ello, no hay datos claros, específicos y concluyentes sobre la condición psicológica de los intervinientes luego de su participación, todo se resume a simples especulaciones.

Ahora bien, si en Ciudad de México los informes son escasos, cabe mencionar que en Morelos la información es prácticamente nula, en los artículos y literatura revisada sobre la intervención en crisis psicológica que se llevó a cabo en la entidad se fundamenta generalmente con el modelo propuesto por Karl Slaikeu (2000), sin embargo, ni sector salud, ni el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) reportan de forma precisa y oficial la metodología, técnicas y modelos utilizados durante la intervención en crisis post sismo y tampoco sobre las implicaciones que tuvieron los intervinientes en salud mental. Por lo tanto, hacer conclusiones sobre la ruta de intervención que siguieron las instituciones gubernamentales queda reducida a las vivencias de los afectados, las narraciones de los intervinientes, las compilaciones de grupos y colectivos que de forma independiente contaron los hechos, dando cuenta así, del mito sobre la salud mental comunitaria en situación de emergencia.

7.2.- La colonización médica sobre la salud mental

El pasado en salud mental parece ser un momento histórico lejanamente inconcebible, el confinamiento en hospitales psiquiátricos era considerada la decisión más pertinente en el tratamiento a sujetos que incomodaban a la sociedad por su sintomatología, por lo que la discriminación y la violación a sus derechos humanos se legitimaba mediante mecanismos excluyentes y deshumanizantes. Actualmente este estigma no ha desaparecido por completo (aunque se crea lo contrario), sino que ha tomado distintas modificaciones que se manifiestan en modelos de atención a la salud mental deficientes, descontextualizados y con fines segregativos (Sandoval, 2005).

Un ejemplo de ello es el concepto que la OMS (Organización Mundial de la Salud) empleó por largo tiempo para definir salud como “la ausencia de enfermedad”, concepto que propició unidireccionalidad en las políticas públicas de múltiples naciones (entre ellas México) e influenció un abordaje de tratamiento e intervención reduccionista que aún hoy se ejecuta en la práctica. Por lo tanto, si el sujeto no mostraba signos o síntomas graves se encontraba en aparente salud, lo mismo sucedía con la dimensión psicológica, el hecho de no presentar trastornos graves de personalidad (como puede ser la psicosis, por ejemplo) suponía entonces gozar de salud mental.

Esto implica que la subjetividad en él y del sujeto se omitiera tajantemente, únicamente se observaban signos y síntomas cuantitativos y a partir de ellos se realizaba un diagnóstico, pronóstico y tratamiento de enfermedad, se atendía la salud mental de la población en términos radicalmente médicos (psiquiátricos), si no hay enfermedades psíquicas graves el sujeto debe considerarse sano, por lo que su malestar existencial no se ajustaba a los modelos de abordaje clínico que ofrecía el Estado. Esta perspectiva biomédica no se ha modificado como se esperaría ya que este paradigma dominante ha conseguido un fuerte arraigo y sigue siendo una tradición operativa en salud mental estatal. Hoy día sigue vigente en muchos de los procesos y protocolos en el trabajo de campo de las políticas públicas nacionales. Así mismo, la metodología, la técnica, intervención e investigación siguen sujetas a la preponderancia del conocimiento médico sobre otros saberes colectivos y/o comunitarios.

“De este modo la colonización de los cuerpos y las mentes se produce y reproduce con la participación de algunos discursos *psi* que contribuyen activamente en la domesticación del carácter y la delegación en primera persona del poder sobre la vida” (Salas y Pié, 2021, p. 217).

Pensando únicamente desde la perspectiva médica el mejoramiento de la salud mental se dirige inexorablemente al fracaso sistemático, basta observar que en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) son médicos los que dirigen la mayoría de los proyectos en salud mental del país. Morelos no es la excepción, la

mayor parte de los investigadores pertenecen al campo médico, son ellos quienes diseñan planes y programas poblacionales en la supuesta mejora de salud mental y también quienes los evalúan una vez terminados.

Esta visión reduccionista resulta insuficiente cuando se trata de analizar un fenómeno tan complejo como es la salud mental comunitaria luego de un desastre por evento natural, por lo que se propician modelos parcelarios y deficientes en su práctica, deja de lado datos cualitativos que son relevantes en la implementación de intervenciones y seguimiento con población en situación vulnerable. Así mismo, excluye a profesionales de diversas áreas que deberían estar implicados en el trabajo con población en crisis y cuando una situación de contingencia lo requiera.

Con esto, la población sufre las consecuencias negativas de trabajos cerebrocéntricos, se sigue ponderando el organismo físico sobre el aparato psíquico y simbólico, aún se continúa asumiendo que los malestares subjetivos no son relevantes; la esfera emocional no logra integrarse plenamente a las políticas de salud pública, incluso cuando éstas son incapacitantes, ya que hasta en esta circunstancia se acude al médico general como primer (y aparentemente único) profesional.

Para poder des-sujetarnos de la colonización médica resulta nodal (re)aprender del sufrimiento colectivo en situación de catástrofe y con ello recuperar la legitimidad que se tiene sobre el cuerpo psíquico (hasta ahora) vigilado por narrativas biomédicas.

7.2.1 Los grupos interdisciplinarios como mecanismo articulado de saberes.

Ante este panorama, es necesario descolonizar a la salud mental del paradigma médico, generar nuevos medios y modelos de trabajo frente a la tragedia resulta imperativo. Para ello, es necesario aprender de la experiencia que nos han dejado nuestros sismos, particularmente el del pasado 19 de septiembre de 2017 donde pensar unidireccionalmente resultó inoperante, el trabajo en comunidad tuvo

que replantearse y articularse entre distintos profesionales y sus técnicas, no solo del campo de la salud, también desde el área de la filosofía, la antropología, el arte, la artesanía, etc.

Así, los colectivos artísticos reunieron a un grupo interdisciplinario de personas que inició su labor de forma improvisada y progresiva, trabajar con otros saberes fue el primer reto, pero también el primer entendimiento de que las intervenciones en situaciones de contingencia resultan eficaces cuando se realizan en grupos diversos y dejando de lado la tradición de la sobre- especialización.

El trabajo en equipos interdisciplinarios es una forma de atención de problemas o situaciones complejas que, para su resolución, requieren de la participación de diferentes profesionales, técnicos y usuarios. Por lo tanto, se caracteriza por la acción combinada de varias personas con conocimientos particulares que los yuxtaponen, complementan o integran en un proceso de trabajo articulado para alcanzar metas comunes de cambio planeado. Este enfoque requiere que los miembros del grupo posean un conjunto de creencias, valores sobre cómo hacer las cosas en una situación de intercambio de roles, estatus y funciones disciplinarias entre los diferentes miembros (Valverde, et al, 1989).

Con esta definición se observa que los grupos interdisciplinarios atienden situaciones complejas como aquellas en las que intervienen componentes biológicos, sociales, afectivos, económicos, culturales, entre otros; así el tema de una catástrofe por evento natural tiene un alto impacto sobre múltiples rubros, (desde la geología hasta el arte), por ello, se requiere de la convergencia de múltiples paradigmas entramados. El fenómeno es tan amplio que busca un tratamiento integral, si se descuidan ciertos aspectos la tragedia se multiplica y las medidas de reconstrucción se traducen en un alto costo ecológico, económico y psicosocial.

Por lo tanto, trabajar en la interdisciplina implica recurrir a la teoría de la complejidad que propone Edgar Morin, la cual permite establecer interrelaciones e intercomunicaciones reales entre diversas disciplinas y generar un fecundo diálogo entre especialistas, metodologías y lenguajes específicos, todos, insertos en el

paradigma complejo y transdisciplinar. Según Morin la teoría de la complejidad busca un abordaje no lineal de la realidad ya que un sistema tan profundo e intrincado no puede ser analizado de manera fragmentaria ni por partes aisladas (Barberousse, 2008).

Dicha teoría de la complejidad apareció como resultado en la organización de un todo y bajo la presión de poder llegar a un encuentro de las disciplinas, a interacciones simultáneas e interrelaciones no lineales. Así la complejidad nació de la interacción de todas las partes que componen un sistema. Pozo (2001) plantea, las teorías científicas han explicado nuestra comprensión de la realidad y han operado con nociones simplificadas que nos han permitido estructurar nuestro conocimiento en función de un reducido número de variables, las cuales han facilitado la construcción de modelos explicativos de sistemas lineales. Esto, nos ha llevado a una aproximación precaria de la realidad, una realidad mutilada en su complejidad.

Edgar Morin (1994), argumenta:

“Nunca pude, a lo largo de toda mi vida, resignarme al saber parcelado, nunca pude aislar a un objeto de estudio de su contexto de sus antecedentes, de su devenir. He aspirado siempre a un pensamiento multidimensional. Nunca he podido eliminar la contradicción interior. Siempre he sentido que las verdades profundas, antagonistas, las unas de las otras, eran para mí complementarias sin dejar de ser antagonistas. Nunca he querido reducir a la fuerza la incertidumbre y la ambigüedad” (p. 4).

Por ello, los equipos interdisciplinarios se insertan como técnicas de trabajo en la teoría de la complejidad, estos resultan útiles para mejorar la intervención, seguimiento, técnica, metodología, así como en la generación de conocimiento novedoso. El trabajo interdisciplinario permite una coincidencia en las ciencias que tiene un objetivo en común y busca la reconstrucción colectiva, posibilita una visión crítica de los modos operativos y los modelos empleados en situaciones graves.

En una situación de contingencia el número de personas que requiere una atención inmediata es muy alta y la respuesta gubernamental de nuestro país no cuenta con la capacidad en recursos humanos necesaria para brindarla, es por ello que cualquier sismo provoca una catástrofe y agudiza los problemas psicosociales; los especialistas que intervienen en una emergencia son limitados e incluso inexistentes, por ello, la generación de grupos interdisciplinarios es una opción viable en situaciones de emergencia cuando se necesita de un alto número de profesionales y sus múltiples contribuciones.

Los grupos interdisciplinarios propician la generación de nuevos saberes en colectivo, estrategias de solución frente a situaciones particulares y la toma de decisiones locales de acuerdo con las necesidades comunitarias urgentes. En este modelo de intervención se integra a la población que sufrió de forma directa pérdidas y daños, ya que son ellos los que asumen compromisos comunitarios puesto que son los primeros afectados y pueden brindar un seguimiento a largo plazo. Los grupos interdisciplinarios apoyan en la reconstrucción y se vuelven medios sustentables de trabajo que pueden lograr una ampliación del acceso a servicios de salud mental luego de cualquier desastre por evento natural.

Es importante señalar que la inclusión de una perspectiva compleja en los grupos interdisciplinarios no debe caer en un holismo indeterminado y totalmente amplio, ya que esto significaría trabajar en la parte opuesta al reduccionismo que propone la sobre especialización y se estaría teniendo una perspectiva igualmente radical. El mismo Morin sostiene que el todo existe pero que también existen las partes. Por ello, llegar a un objetivo en común y tener una organización desde los primeros momentos de intervención es crucial para determinar el rumbo y los objetivos a cumplir.

Se observó durante la fase post-impacto del sismo del 19 de septiembre de 2017, cómo los grupos interdisciplinarios lograron una práctica integral bajo una perspectiva heterárquica; el sentido de participación se distinguió por ser horizontal, sin posiciones dominantes o de poder.

7.3. La desigualdad del sufrimiento psíquico en situación de desastre

Imaginemos: “Dos madres, la primera con 5 hijos, la segunda con sólo uno. Las dos madres tienen un hijo de un mes de vida que tiene fiebre. La primera de las madres, con experiencia en estas circunstancias, sabe que la situación le exige una respuesta ágil y precisa, para la que ya tiene experiencia y recursos, y la ejecuta sin la mayor dificultad obteniendo el control de la fiebre del menor. La madre primeriza no tiene experiencia y no está segura de lo que debe hacer, por lo que la situación se le escapa de las manos, probablemente entra en pánico y finalmente termina por pedir ayuda a su madre, a su vecina, a cualquier otra persona o acudir a urgencias” (Engels G., Cit. Por Fernández, J. 2013, p. 50). Esta historia refleja la diferencia entre una simple emergencia y una catástrofe: frecuentemente no depende del suceso en sí mismo, sino de la preparación con la que contemos ante él, a pesar de ser situaciones muy parecidas cada una tiene un desenlace completamente distinto, la atención oportuna, la puesta en práctica de un conocimiento adquirido previamente, la experiencia y pericia de la madre, entre otros factores puede ser decisivo entre mantener las cosas bajo control (y aprender del suceso) o vivir consecuencias graves e incluso mortales.

Lo mismo (desafortunadamente) sucede en nuestro contexto social frente a un desastre por evento natural, éste puede ser devastador y dejar una alta cifra de heridos, muertos, una grave pérdida económica, tener un impacto negativo a nivel psicosocial, o bien, ser solo una contingencia controlada que brinde herramientas de aprendizaje individual, colectivo y gubernamental.

Por lo tanto, la tragedia no se vive equitativamente entre naciones o dentro de las mismas y como consecuencia esto provoca una desigualdad del sufrimiento psíquico ante desastres psicosociales profundos. Whitehead (1992), argumenta que una inequidad en salud, o disparidad en salud, es un tipo específico de desigualdad que denota una diferencia injusta en la salud pública, y cuando estas diferencias son prevenibles e innecesarias, el permitir que persistan es un acto de injusticia. En este sentido, las inequidades en salud son diferencias sistemáticas que podrían

evitarse con medios razonables y de no hacerse promueven una disminución significativa en el bienestar social.

Por lo tanto, la salud mental se relaciona directamente (al igual que la salud física) con la pobreza y la falta de oportunidades sociales. América Latina es la región con mayor polarización socioeconómica, es decir, donde la riqueza está más concentrada en una menor proporción de la población, por lo que hay indicios de que en esta región los trastornos mentales cada vez cobran mayor relevancia; muestran la importancia de estudiar la correlación entre el nivel socioeconómico y la salud mental (Ortíz, et al, 2007).

Si bien se comenzó a hablar recientemente sobre la desigualdad en la salud física, la inequidad de la salud mental y sus consecuencias psicosociales es un fenómeno escasamente investigado, Madrid (2001), plantea que el sufrimiento se distribuye y esta distribución colectiva no es una cosa de los dioses o del azar, la responsabilidad por la distribución del sufrimiento es humana y es una responsabilidad política. Así la inequidad del dolor psíquico es también una cuestión de poder, su distribución contiene, sustenta y reproduce auténticas relaciones de sometimiento.

En lo que se refiere a salud mental, se han reportado de forma consistente una relación negativa entre estatus socioeconómico y trastornos mentales, incluyendo esquizofrenia, depresión mayor, personalidad antisocial, trastornos por abuso de sustancias y distrés psicológico (Dohrenwend B., 1990).

En América Latina los problemas relacionados con la salud mental deben ser motivo de atención por su frecuencia y la discapacidad a la que se asocian, sobre todo frente a sucesos graves y recurrentes como lo son catástrofes por evento natural, ya que estas circunstancias críticas promueven una mayor morbilidad psicosocial. Como consecuencia, al no implementarse políticas públicas integrales ni programas eficaces sobre la reconstrucción psicosocial la población entra en una situación de vulnerabilidad que disminuye o frena el potencial de desarrollo luego de un evento sísmico y, por lo tanto, de los núcleos familiares y comunitarios.

Hoy en día el eje principal de la atención mental frente a una catástrofe en nuestro país continúa siendo la del tercer nivel, limitándose el acceso por barreras geográficas y mecanismos de exclusión estructural. Aunado a esto, como lo afirma la Organización Mundial de Salud (2001), en México existe una falta de justicia social, siendo este uno de los principales problemas y por ende, un factor que empaña los esfuerzos y logros realizados hasta la actualidad (Ponce, 2019).

Es importante mencionar que la salud mental tiene una enorme relevancia social si se considera que esta tiene una relación directa con otros temas de interés público. Solo basta considerar que entre las afectaciones más discapacitantes según la OMS (2011), se encuentra la depresión, los trastornos de ansiedad, la esquizofrenia y el alcoholismo, constituyendo los trastornos mentales 6 de las 10 principales causas de años de vida saludable perdidos en México (Sacristán, 2005). Luego de un desastre por evento natural estas cifras empeoran al aumentar el trastorno por estrés post-traumático, alcoholismo, uso y abuso de sustancias y fármacos.

Sin embargo, el sufrimiento psíquico no es una situación generalizada, ya que ciertos grupos de poder consiguen mantener sus privilegios e incluso aumentarlos. Naomi Klein (2010), habla sobre el término «capitalismo de desastre» y lo define como: la forma en que las industrias privadas surgen para beneficiarse directamente de las crisis a gran escala. Por ello, los momentos de crisis son también de oportunidad para una minoría. En situaciones de emergencia como desastres o pandemias, la ciudadanía puede perder mucho: las élites aprovechan esos momentos para aprobar reformas impopulares que agravan las desigualdades económicas y sociales. Así la doctrina del shock o el capitalismo del desastre es la estrategia política de utilizar las crisis a gran escala para impulsar políticas que sistemáticamente profundizan la desigualdad social, enriquecen a las elites y empobrecen y debilitan al resto. En momentos de crisis, la gente tiende a centrarse en las emergencias diarias de sobrevivir a dicha emergencia, sea cual sea, y tiende a confiar demasiado en los que mantienen el poder.

Usan el momento de trauma colectivo para promover e implementar reformas económicas y sociales de carácter radical sustentadas en los principios básicos del corporativismo; como son la eliminación del rol público del Estado, la absoluta libertad de movimientos de las empresas privadas y un gasto social prácticamente nulo (Klein, 2010). El sistema capitalista siempre ha estado dispuesto a sacrificar la vida de la mayoría en aras de la ganancia, incluso a usar el shock colectivo para beneficio económico o político.

Si a quien posee el poder le conviene el sufrimiento psíquico de la mayoría (principalmente luego de un desastre) puesto que tiene ganancias con el, es entendible que haga lo posible para que este grueso de la población siga padeciendo las consecuencias negativas de cualquier contingencia natural. Por lo tanto, las políticas públicas y el sistema de salud mental de este y muchos otros países subdesarrollados parecen estar condenados al fracaso recurrente de manera planeada.

En este punto se propone recurrir a la salud mental comunitaria como mecanismo de resistencia frente a las emergencias, así como a las vías de intervención institucionales tradicionales. Es importante pensar a la salud mental comunitaria como un sistema autogestivo con diversos actores que componen subsistemas (conformados por grupos y/o colectivos), para realizar un trabajo coordinado, organizado y heterárquico que sirva de enlace y red en el surgimiento de propuestas colectivas.

Auge (1998), plantea la importancia de reflexionar sobre la simbolización del espacio en la salud mental comunitaria, es decir; el lugar que ocupan los individuos dentro de determinada sociedad, así como su significado. Puesto que dependiendo del mismo se construirá la experiencia y la personalidad de los sujetos, su matriz intelectual, la constitución social, una herencia cultural y la condición primera de toda historia, individual y colectiva.

La participación comunitaria, por lo tanto, permite un modelo de intervención dentro de la comunidad y fuera de ella, entendiendo el concepto como: “El proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto

a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario” (OMS/UNICEF, 1978, p. 58). Esto brinda una pauta para propiciar la inclusión comunitaria que coloque a la comunidad en el centro de la discusión ante las condiciones de salud mental de la población.

Si se le confían únicamente los cuidados de salud mental al saber experto, esto provoca una creciente dependencia al tratamiento ulterior y la población en situación vulnerable se vuelve cada vez más incapaz de organizar sus propias vidas en torno a sus propias experiencias y recursos dentro de sus propias comunidades (Illich, 1975).

Comprender los alcances del concepto de salud mental comunitaria requiere entonces de una visión integral que permita el análisis de los fundamentos histórico sociales que le asignan la distinción como marco interpretativo, alternativo de la realidad, exige la crítica de los dispositivos ideológicos que legitiman la estigmatización, así como la búsqueda de aquellos dispositivos que se generan a partir de la experiencia y dan pie a la transmutación de las representaciones del malestar psicológico y de las formas de tratamiento (Galende, 1991).

Recurrir a una ética que ponga énfasis en el respeto a la dignidad y a los derechos humanos es nodal, donde el individuo y el colectivo dejen de ser pacientes pasivos y se conviertan en sujetos activos; partícipes y protagonistas de la atención de su propio sufrimiento psíquico es un medio efectivo de desarrollo integral de las familias y las comunidades (Ardila y Galende, 2009). Esta es una postura epistémica y política que dota a los pueblos de poder y bajo este criterio el camino institucional dejará de ser el único de atención al sufrimiento psíquico, la independencia de los grupos y/o comunidades brindará herramientas creativas de intervención y seguimiento.

Pese al potencial de esta postura y sus posibles aportes al mejoramiento de la comprensión de los factores que inciden en la calidad de la atención de la salud mental, es importante no caer en un asistencialismo comunitario donde los locales sean vistos como pacientes pasivos sin derecho a decidir sobre su propia salud

mental o sin la capacidad de guiar su propia elaboración traumática. Puesto que mientras la comunidad continúe siendo una especie de paciente en espera de diagnóstico y tratamiento, el camino seguirá dirigido principalmente por un marco institucional sometido a la herencia (reducidamente) médica, así como a los fines económicos y políticos de ciertos grupos que tienen el poder, y con ello, la tradición de distribuir de manera desigual el sufrimiento frente a la tragedia.

Discusiones

La pobreza y vulnerabilidad que la gran mayoría de la población vive cotidianamente no constituyen realidades naturales, estas son consecuencia de una estructura económica y política que permite la desigualdad social a niveles radicales; esta situación se agudiza cuando devienen emergencias como lo son las catástrofes por evento natural, donde las políticas públicas empobrecen aún más al pobre y lo despojan de servicios básicos como el agua, comida, electricidad, techo, etc., impidiéndole al mismo tiempo, el acceso a servicios de primera necesidad como la salud mental.

Sin embargo, a pesar de que es responsabilidad del estado proveer a sus ciudadanos de salud (física y mental) y tendría que ser parte de su trabajo desarrollar e implementar políticas públicas eficaces que aminoren el daño tras una tragedia y prevengan impactos a futuro, la experiencia ha sido completamente distinta. Los grandes sismos que han sacudido el país nos muestran el abandono con el que las instituciones ha respondido frente a la emergencia, así como el nivel de corrupción en ciertos niveles gubernamentales.

Si bien las cifras oficiales hablan de un panorama exitoso, la realidad señala una precarización en la salud mental generalizada y con ello múltiples manifestaciones psicosociales negativas como consecuencia. No se cuentan con reportes gubernamentales que precisen la metodología, técnica o modelo teórico utilizado por sector salud, tampoco se sabe sobre posibles propuestas de

intervención en futuras catástrofes, ni sobre cifras exactas que muestren la atención en los tres niveles de apoyo a víctimas o sobre la evaluación a las intervenciones post-impacto.

Lo que sí sabe y se escucha, son múltiples narraciones de personas que cuentan como “perdieron todo” luego del sismo, de su sufrimiento psíquico, de sus dolencias simbólicas, de su afectación emocional y cómo esta ha impactado sobre su familia, trabajo y comunidad. Mucho se sabe sobre la gente que quedó desprotegida o defraudada por el FONDEN, ya que esta institución no ha dado respuesta a todos los damnificados o sus datos no corresponden con las cifras que tienen los afectados. Se sabe por experiencias compartidas sobre la corrupción, la inoperatividad del estado, la desorganización de las instituciones, la injusticia social, la descontextualización de sus modelos de intervención y lo abandonada que se encuentra la sociedad civil en general.

Sin embargo, la desigualdad del sufrimiento psíquico es una circunstancia que puede aminorarse e incluso prevenirse, para lograrlo es indispensable el trabajo en la mejora de las políticas públicas de salud mental luego de un desastre por evento natural. Estas deben reestructurarse de acuerdo con el contexto hacia dónde están dirigidas, por lo que, pensar en términos locales y particulares es una necesidad. Otra alternativa es dejar de implementar modelos de intervención extranjeros descontextualizados para comenzar a reconocer las geografías mexicanas, ya existen mapas de las zonas de mayor riesgo de sismicidad (expuestos en capítulos anteriores), por lo que es en estos sitios hacia donde debe dirigirse principalmente el reajuste. Se requiere pensar sobre el nivel educativo de la población, los servicios con los que cuenta, la red comunitaria que mantiene, las estrategias que se han usado para hacer frente a los desastres colectivos; la forma de organización, de comunicación y el nivel de participación ciudadana. Considerar aspectos etnográficos y psicosociales permitirá diseñar políticas públicas a medida, de modo que se pueda garantizar una mayor eficacia y pertinencia.

La pérdida frente a un terremoto es muy alta, por lo que debería ser prioritario para los gobiernos invertir en la prevención y no gastar una vez que los hechos se

consumaron. La vía preventiva debe ser la principal ruta para seguir y evitar gastos económicos que la sociedad misma no puede pagar, puesto que frente a las tragedias nacionales los gobernantes endeudan al país y con ello el futuro de quienes viven en él.

Por otra parte, es fundamental crear espacios y servicios comunitarios de salud mental. Sin estos *lugares* la población no podrá apropiarse de sus propios malestares y buscar vías de elaboración intracomunitaria. Los espacios compartidos sirven también para desmontar el estigma que ha acompañado a la salud mental y sus medios de tratamiento, por lo que se deja de pensar en la unidireccionalidad psiquiátrica y la medicación o aislamiento como único medio de trabajo. Los espacios y servicios comunitarios logran anudar a la población local con la gente externa, integra saberes, modelos de trabajo y dispositivos creativos en momentos críticos.

Aunado a ello, en la parte académica hay mucho por hacer, la universidad como órgano estatal e institución oficial debe ser capaz de apoyar a la población frente a cualquier emergencia, para ello es importante aumentar la investigación, divulgación de información y unidades de aprendizajes para apoyar en la reconstrucción luego de un fenómeno trágico, principalmente sobre aquellas que se encuentran en mayor zona de riesgo: Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Ciudad de México y Puebla.

Actualmente, la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), destina tan solo unas pocas horas a la descripción sobre qué es la psicología de la emergencia, no se encuentra en su plan de estudios un trabajo clínico por niveles, por lo que los estudiantes siguen una tradición individualizada del proceso psicoterapéutico, tampoco se les enseña rigurosamente a dar primeros auxilios psicológicos o a implementar la intervención en crisis. Por ello, las brigadas de estudiantes en el pasado gran sismo resultaron tan desorganizadas, con errores técnicos, teóricos y metodológicos. La estructura de educación superior no está capacitando a sus estudiantes al trabajo en situación crítica y esto es una situación grave, puesto que entonces, la labor va a tener

deficiencias teóricas, técnicas y metodológicas pese a todas las buenas intenciones de los intervinientes.

Por lo tanto, se propone una formación universitaria bien capacitada, dirigida también a las necesidades de su territorio y su población, con un reconocimiento oficial que muestre sus habilidades y limitaciones. También, una mayor y mejor organización en coordinación con otros cuerpos de trabajo y organismos, ya que se debe pensar que frente a la emergencia se requiere un trabajo competente y diverso, capaz de realizar una labor multi e interdisciplinaria.

El sismo del 19 de septiembre de 2017 nos enseñó (nuevamente), que el trabajo aislado no es útil ni alcanza para reconstruir el daño material e inmaterial de las comunidades, que necesitamos de las distintas disciplinas para poder hacer frente al desastre y pensar con los otros propuestas integrales e imaginativas.

“Amo la belleza de la acción. La amo más que a la belleza del arte a la que he dado mi vida”

David Alfaro Siqueiros.

Capítulo 8.- TRABAJO DE CAMPO

Ingresar a una comunidad o grupo luego de un desastre por evento natural, es siempre una tarea difícil, los sucesos que se observan y se escuchan usualmente son narrativas con un fuerte contenido traumático, vivencias de dolor y sufrimiento, con escenarios trágicos para los que no se encuentra preparado, estar en zona de desastre es una experiencia sin precedentes, por lo tanto, las reacciones, sentimientos y emociones que emergen son también inesperadamente desagradables, temibles e incluso insoportables. Llegan súbitamente y se alojan en el cuerpo psíquico como fuente de dolencias.

Sin embargo, la sociedad no se permite abandonar a quienes atraviesan una situación de desamparo y completa vulnerabilidad, la empatía actúa como mecanismo que produce motivaciones altruistas de ayuda al prójimo para reducir el malestar ajeno (y también el propio). Fue así como luego del sismo del 19 de septiembre de 2017, muchas personas movilizadas por una necesidad de solidaridad se organizaron (desde sus múltiples posibilidades) y fueron a comunidades afectadas para intentar reparar aquello que se había fragmentado.

Durante este capítulo se habla de ese trabajo de campo que se llevó a cabo en comunidades dañadas (Cuernavaca, Jiutepec, Jojutla y Tetecala), siguiendo particularmente a tres colectivos artísticos: colectivo UFLP, acción terapéutica colectiva y colectivo cuatro patas. La coincidencia de dichos colectivos es que usaron el arte como principal herramienta de tratamiento en la restauración de la salud mental comunitaria y trabajaron con recursos escénicos para intentar sanar las grietas psíquicas que el sismo provocó.

8.1 Primeras crónicas visuales

Dos sismos, una sola fecha: 19 de septiembre. Para muchas personas, el sismo ocurrido el mismo día que el pasado en 1985 no fue una cuestión azarosa, el suceso tuvo una implicación mágico-religiosa, de purificación y con connotaciones espirituales, se decía que el sismo era un mensaje, una advertencia o en casos más graves, un castigo: *“¿No les parece raro que fuera el mismo día y casi a la misma hora que el temblor del 85? Yo no sé ustedes, pero yo creo que esto es una señal, y alguien nos está queriendo decir algo...”* Narraba una mujer muy afectada. Otra más llorando y casi gritando dijo: *“Es por todo lo malo que hemos hecho, hemos obrado mal y ahora este es nuestro castigo, dios está enojado con nosotros y no nos queda más que darnos cuenta. ¿Dónde habrá sido el epicentro?, ¿¡Dios mío cuántos muertos debe haber!?”*.

Esto sucedió en una colonia de Jiutepec minutos después de ocurrido el sismo, mientras vecinos salíamos a la calle para saber cómo se encontraba la gente y la condición física de las estructuras cercanas; todos parecíamos aturdidos, se veían rostros pálidos con labios reseco y manos temblorosas, algunos gritaban frases inaudibles, otros muy amablemente se acercaban para decir: *“en lo que pueda ayudar, estoy para servirle vecina”*. Se verificaba la zona y se contaban una y otra vez las bardas fracturadas: 3 se habían caído por completo, muchas más tenían grietas y nadie sabía cuántas más colapsarían en cualquier momento.

No había línea en el teléfono de casa y celular, nadie, excepto la casa de mi madre, donde vecinos entraban para hacer llamadas a sus familiares que se encontraban en el trabajo o la escuela. Llegaban a la casa con mucha prisa y la cara desencajada, descolgaban el teléfono e inmediatamente se ponían a llorar. *“Me manda a buzón”*, decían regularmente con desesperación y angustia e inmediatamente después comenzaban a hacer hipótesis sobre dónde y cómo podrían estar sus seres amados, pensaban que podían protegerlos con solo desearlo: *“Diosito lo está cuidando, no me lo puede dejar solo, ya no debe tardar, ahorita me va a llamar”*.

La gente alterada entraba y salía de sus casas, se limpiaban las lágrimas y rezaban en voz muy baja. Algunos hablaban sobre nuestra irresponsabilidad con el medio ambiente y las consecuencias de esta conducta: *“Todo es culpa de la contaminación, miren lo que le estamos haciendo al planeta, él tiene que responder de algún modo”*, le decía un vecino a los demás en tono de reclamo.

Nos comunicábamos como nunca antes lo habíamos hecho, una noticia, una información importante, un testimonio o un video, todo nos lo decíamos, lo compartíamos, así supimos el nombre de todos los que vivíamos cerca, nos enteramos sobre nuestras ocupaciones, quiénes eran los hijos de quién, dónde estudiaban y qué les gustaba hacer los fines de semana, supimos también quiénes eran hipertensos o diabéticos o si les gustaba el té en lugar del café. *“Sólo cuando necesitamos a los demás les hablamos ¿verdad?”*, decía el señor que atendía la tienda de abarrotes. Parecía verdad.

Durante la primera noche muchos de los adultos de la colonia nos mantuvimos despiertos (la mayoría no podíamos dormir), estábamos expectantes sobre nuevas noticias puesto que el miedo a una réplica era inminente, la gente hablaba de un terremoto más grave donde esta vez sí fuera de amplitudes peores y radicales, nos sobresaltábamos al menor ruido e incluso esperábamos lo peor. Merodeaba una posición paranoica en el pensamiento de la mayoría, se escuchaban frases como: ¿y si morimos todos? ¿qué tal si vuelve a temblar? ¿tiene que venir una réplica?, estas preguntas se acompañaban de historias anecdóticas del terremoto de 1985 en Ciudad de México y estados aledaños, donde también se incluían narraciones incluso fantasiosas sobre profecías mezcladas con mitos urbanos.

A partir del siguiente día y luego de que hubo línea e internet mucha gente estaba lista para salir a ayudar a las personas que se habían quedado sin casa, sin familia y en casos más graves, sin esperanza. Las redes sociales fueron indispensables para lograr comunicación y organización entre la sociedad civil, se abrieron grupos en Facebook y what´s app donde se informaba dónde se necesitaban víveres y atención médica. Se organizaban caravanas de apoyo, se

llevaban productos básicos a diversos municipios y se informaban las rutas accesibles para llegar a salvo y sin robos.

Mientras tanto, llegaban a Morelos innumerables coches particulares con la intención de apoyar a la gente que lo necesitara, se veía a la población con un gran sentido de solidaridad, se abrían muchos centros de acopio donde se llenaba de voluntarios de diversas edades y ocupaciones. Los automóviles traían rotuladas frases motivacionales como: “no están solos” “México unido” mientras sus placas decían lo lejos que habían conducido para traer comida y agua embotellada.

La sociedad civil tomó en sus manos la reconstrucción de la ciudad y las comunidades se daban cuenta (una vez más), de que el gobierno estatal y federal se veían rebasados por la catástrofe, que incluso usaban el sufrimiento para hacer campañas políticas y publicitarias. Había denuncias por robo de productos que el gobierno estatal captaba en carreteras y luego guardaba en bodegas del DIF.

Los vecinos al darnos cuenta del robo comenzamos a informar mediante fotografías y videos a la sociedad en general. Inmediatamente la gente se movilizó, nos organizamos para ir y sacar a la fuerza todo el producto básico de las bodegas y llevarlo a las comunidades más vulnerables, se escuchaba gritar el “sí se puede” mientras se repartían encomiendas y se trazaba un mapa para ir en caravana a llevar lo que se había “rescatado” del lugar, la despensa era un símbolo de unidad, de haber ganado una minúscula batalla entre todos, que, aunque pequeña, nos resultaba alentadora. A la gente se le veía eufórica, peleaba contra trabajadores del estado de forma catártica, usaba reclamos históricos, donde denunciaban despojo y corrupción.

“No es posible que estos cabrones nos lo hagan otra vez, ahorita sacamos la comida y si no quieren hasta nos los madreamos, ¡ya estuvo bueno!”, gritaba indignado un señor mientras pateaba la puerta de la bodega. Los que estábamos afuera, incentivábamos el coraje para hacer más ruido y poder abrir la puerta. Todo lo grabábamos en vivo para tener prueba del robo y difundirlo. En redes sociales la indignación era evidente, así fue como surgieron muchos grupos que comenzaron a cuidar los víveres que venían de otros estados y a llevarlos por cuenta propia a

los damnificados de Morelos. Compartíamos emociones, pensamientos intensos y entre ellos se pensaba en salvar lo que quedaba, tal como lo menciona Monsiváis, esta vez, “no sin nosotros”.

8.2.- Colectivo UFLP-RED

A dos días de ocurrido el sismo un grupo de profesores que eran compañeros donde impartía clases a nivel bachillerato se organizaban junto con estudiantes de distintos campus para llevar productos básicos a comunidades devastadas, se solicitaba el apoyo de todos los docentes y estudiantes para continuar la tarea. Fue así como me comuniqué con mis compañeros e iniciamos la recolección de víveres y su reparto en zonas del estado. La situación era lamentable, algunos lugares parecían zona de guerra, las casas que alguna vez fueron hogares ahora se encontraban en ruinas, los muros fragmentados, el piso lleno de ladrillos, pedazos de techo en todas partes y polvo invadiendo los pueblos. Se escuchaban por doquier las narraciones de la gente que contaba cómo vivieron el sismo. Sufrían, lloraban, se acongojaban y buscaba consuelo entre los suyos.

Al inicio, el grupo de profesores y alumnos teníamos un solo objetivo: llegar a comunidades afectadas y repartir los productos que habíamos recolectado durante uno o dos días antes, sin embargo, cuando vimos el panorama tan desolador, supimos que teníamos que hacer algo más y aliviar otro tipo de necesidades: urgencias que correspondían al terreno afectivo. Con algunos compañeros psicólogos y estudiantes de la misma área improvisamos nuestra primera actividad clínica, así comenzamos a solicitar espacios para brindar auxilios psicológicos a todo aquél que creyera necesitarlo.

Comenzamos hablando con la gente sobre sus primeras impresiones y las pérdidas que estaban viviendo, reuníamos grupos de 8 personas y trabajábamos dos psicólogos en cada grupo (un psicólogo y un estudiante), nuestra principal técnica era la contención emocional en situación de crisis bajo el enfoque de L.

Bellak (1986), y Karl A. Slalkeu (2000): “manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia” e “Intervención en crisis: manual para práctica e investigación”.

Era notable que nuestra experiencia en situación de desastre era limitada y que la población nos rebasaba en gran número, los psicólogos parecíamos insuficientes trabajando solo con una pequeña población que en realidad era diminuta comparada con toda la gente que requería atención y no la tenía. Aunado a ello, un compañero docente (dedicado a la difusión cultural) nos planteó la necesidad de cambiar el rumbo de la intervención y propuso realizar actividades artísticas para abarcar grupos más grandes y que además otros académicos pudieran participar, sin la necesidad de tener un entrenamiento clínico o psicológico.

A partir de este momento nos encargamos de iniciar actividades artísticas y unir esfuerzos para apoyar bajo múltiples miradas, cambiamos incluso el nombre por what's app y paso de ser “profesores UFLP” a “colectivo RED”. En principio no sabíamos exactamente cómo trabajar, realizábamos actividades desorganizadamente y con poco material, improvisábamos de acuerdo con lo que otros compañeros nos recomendaban o los participantes nos solicitaban. Dividimos a la gente en dos grupos: niños y adolescentes-adultos, brindamos talleres de pintura, escultura, dibujo y teatro para los más pequeños. Intentábamos cubrir las (aparentes) necesidades de la gente y desde el inicio estuvimos conscientes de que nuestra labor dependería de nuestras capacidades y también de nuestras limitaciones (técnicas, intelectuales, afectivas y económicas).

Luego de algunas semanas, entendimos que nuestras actividades tenían que estar mejor planeadas, que debíamos organizarnos con mayor detalle para no perder tiempo o material. Propuse continuar con grupos reflexivos (mismos que dirigía desde hacía dos años en la preparatoria con profesores) sólo que esta vez se incluirían también a los estudiantes y todos aquellos que participaban en las brigadas, me pareció pertinente tener nuestro propio espacio donde pudiéramos organizarnos mejor, hablar de cuestiones técnicas y logísticas, pero sobre todo donde encontráramos escucha y catarsis; donde expresáramos libremente nuestra

experiencia y compartiéramos esas emociones que emergían cuando trabajábamos con personas en situación de desamparo.

Cabe mencionar que los grupos de reflexión estaban destinados con anterioridad únicamente a los profesores de la preparatoria y tenían como objetivo principal brindar un espacio de expresión y colaboración sobre problemas escolares concretos. Se realizaban quincenalmente y duraban 2 horas. Durante cada sesión se trataban temas como comunicación asertiva, problemas de conducta, dificultades de aprendizaje, violencias, etc. Se realizaban lecturas, se observaban videos explicativos e incluso se discutían casos específicos de estudiantes y/o profesores afectados. Debido al sismo los grupos de reflexión se suspendieron, sin embargo, decidimos hacer uso de este espacio para hablar sobre contención emocional en situación de catástrofe desde las vivencias personales.

En dichos grupos reflexivos surgieron muchas narraciones trágicas, se hablaba del dolor ajeno con tanta empatía que se volvía una congoja propia, se lloraba con mucha facilidad y la palabra no alcanzaba para describir muchas emociones constreñidas. Una profesora planteó: *“es que siento muchas cosas y muchas ganas de decirlas, pero no encuentro las palabras, solo las siento aquí (se señalaba el pecho) y luego ya no salen, se me atorán”*. Otros compañeros y estudiantes decían sentirse igual, hablaban sobre esa incapacidad para expresar verbalmente y nombrar sus sentimientos. Pensamos entonces que era una buena idea hacer una obra de teatro donde los participantes-actores no hablaran directamente de lo que les pasaba por la mente o la racionalización, solo se movieran, cantaran, bailaran y juntos realizaran una muestra expresiva desde *otro lugar*, se decía que a los niños les había funcionado mejor, que se les veía más entusiasmados con actividades escénicas y que podría funcionar con la población adolescente y adulta.

Se comenzó a trabajar sobre esta idea, los profesores y estudiantes recolectamos mediante un llamado en redes sociales máscaras, maquillaje y algunos fragmentos de disfraces que a la gente le sobraban y donaban para el

trabajo en comunidad. Se asistió a Jojutla y al Pochotal para llevar a cabo la obra teatral que aún no tenía nombre, se buscaba que los participantes la eligieran.

Sin embargo, al llegar al escenario de trabajo nos encontramos con que la gente no quería participar realizando obras teatrales, parecían apenados, un poco retraídos y con poca motivación para moverse físicamente. Intentábamos que la actividad se realizara, pero parecía forzada, no iba por buen rumbo, hasta que un compañero improvisó un psicodrama, comenzó a preguntar si querían representar una escena personal y fue cuando una señora dijo que quería hablar de su “susto”. Comenzó narrando cómo a tres semanas después del sismo, ella aún no podía dormir porque pensaba que ya no despertaría: *“Es que llega la noche y yo no duermo, me asusto mucho, me sudan las manos, siento fatiga, no puedo entrar a mi casa, yo me desespero mucho, veo hacia arriba y pienso: allá está mi casa y yo aquí abajo nada más esperando, ¿y si vuelve una réplica y ahora sí se nos caen los edificios, qué tal si lo poco que queda de mi casa se hunde?”* Mientras termina de plantear sus preocupaciones los demás comienzan a hablar de las propias. La dinámica del psicodrama había comenzado.

Sin embargo, lo peor (para mí) apenas sucedería, ya que de forma abrupta y trágica el 13 de octubre de 2017 mi padre fue asesinado en su casa, víctima de asalto. Él vivía en Tecomalco, una comunidad cercana a Chinameca, Morelos, donde junto con mi familia y el colectivo UFLP semanas antes habíamos ido a dejar víveres y a realizar talleres plásticos con niños. Sin embargo, ese viernes 13 mi papá no respondía mis llamadas, al intentar comunicarme con un vecino, éste me dijo que tenía unos días sin verlo y eso le parecía raro, a mí más que raro me pareció preocupante. Sentí una fuerte necesidad de verlo, luego del sismo no me gustaba estar mucho tiempo sin mi familia. Fui sola a buscarlo, manejé dos horas solo para encontrar la escena más aterradora que jamás incluso había imaginado, mi padre se encontraba en su cama y yo parada junto a él, solos y en silencio. Llevaba así tres o cuatro días (nunca lo supieron con claridad) el olor y la imagen en mi cabeza son sensaciones que aún hoy no me dejan dormir por las noches ni abrir una puerta de alguna habitación vacía.

Ese momento lo recuerdo cada día como si hubiera sido ayer, el trauma que dejó la partida de mi padre fue el suceso más devastador en mi vida y en la vida de mi familia. La causa de su muerte sin duda es algo tormentoso, que no permite tramitar el duelo completamente, es un suceso que se repite una y otra vez como pensamiento intrusivo y obsesivo en la mente de quien lo amábamos-amamos.

Frente a esta pérdida no pude continuar trabajando con el colectivo UFLP ni acción terapéutica colectiva. El sufrimiento que sentía me agotaba, no me permitía levantarme de la cama ni querer hablar con nadie, el dolor ajeno me recordaba el propio de múltiples formas; lo sentía muy cercano y me afectaba profundamente. Mi vida se detuvo, mi trabajo como consecuencia también, tuve que esperar para poder salir de mi cama, tres semanas para poder reincorporarme poco a poco al trabajo de campo y de forma parcial. A partir de ese momento mi quehacer se volvió menos participativo, con cierta distancia y cautela; me costaba mucho trabajo mirar el llanto y el miedo con el que la gente vivía, puesto que entendía perfectamente lo que sentían, el cansancio que experimentaba cada día me resultaba muchas veces incapacitante. Nunca más volví a ser la misma.

8.3.- Acción terapéutica colectiva

Paralelamente al trabajo con el colectivo UFLP, un compañero me habló sobre una convocatoria por redes sociales dirigida a la sociedad en general para conformar un colectivo artístico bajo un enfoque terapéutico. Las personas que convocaban eran dos artistas escénicos y un psiquiatra transcultural, el objetivo principal era impartir un taller interdisciplinario en el que se desarrollaron propuestas de arte social y que concluiría con un evento público colaborativo.

Así fue como vía correo electrónico pude comunicarme con los organizadores y comenzar las reuniones para comenzar el trabajo social. El punto de reunión fue la Tallera en Cuernavaca, Morelos, teniendo una convocatoria de 20 participantes (comenzaron 14 pero fueron aumentando a medida que transcurrieron las

semanas). Las reuniones se hacían dos veces a la semana y duraban aproximadamente 3 horas, los participantes teníamos como primer objetivo asistir directamente a comunidades en situación de desastre y armar una obra escénica junto con los damnificados, sin embargo a medida que el trabajo se desarrolló los asistentes comenzamos a hablar sobre nuestras propias vivencias, los miedos que experimentábamos, así como nuestras preocupaciones más difíciles durante y después de la tragedia, lo que provocó que el proceso se quedara únicamente entre los integrantes del grupo. No pudimos salir a campo, nuestra comunidad estaba conformada por nosotros mismos, éramos la comunidad, intentábamos ayudar ayudándonos, mirando hacia adentro.

Durante las sesiones se realizaron ejercicios corporales, escénicos, nos valimos del sonido del tambor y el canto, hablamos mediante el cuerpo: con llanto, ira, ausencia y afecto. En el transcurso todos expresamos nuestras constantes pesadillas, crisis de ansiedad, sentimientos de culpa y tristeza recurrentes, los cuales se escenificaron una y otra vez; así aprendimos que representando juntos, la tragedia y el dolor se puede aminorar.

“Escucha, el otro, la otra, están aquí... escucha, acoge, cuidar de otros es cuidar de mí. Pasa el tiempo, el tiempo pasa, cura al mundo en desgracia. Somos un círculo en otro círculo”. Se cantaba al inicio de cada sesión, donde usualmente nos movíamos circularmente tomados de las manos o abrazando nuestros hombros.

“Aquí nos permitimos la locura para restaurar los rituales del alma y desenmascarar al perro rabioso que todos llevamos dentro, así le damos voz al niño interior que es nuestro yo divino, el que sabe jugar”. Narró Víctor, el psiquiatra transcultural en alguna sesión mientras baila e invitaba a que lo imitáramos. Los demás lo siguieron y cantaron. Este ritual fue espontáneo, cooperativo y permitió restaurar el orden psíquico comunitario después de algunas semanas. *“Nos fuimos transformando para parecernos más a nosotros mismos”* dice una participante casi al finalizar el proceso.

El taller duró 10 semanas y se cerró con la puesta en escena *Hamlet*. Sin embargo, el grupo virtual (Facebook) continuó vigente durante un año más, donde

se subían archivos de interés, eventos y festivales. De vez en cuando también, algunos participantes nos reuníamos para asistir a expresiones artísticas o para hablar de nuestras memorias en torno al sismo y a la experiencia dentro de acción terapéutica colectiva.

Es importante mencionar que yo estuve participando las primeras 4 semanas, donde después de la muerte de mi papá tuve que abandonar las actividades para volver solo a la parte del cierre y la puesta en escena final.

8.4.- Colectivo cuatro patas

Colectivo cuatro patas ha sido un grupo artístico enfocado en la difusión cultural en la comunidad de Tetecala, Morelos. Realizan desde hace algunos años distintas actividades con niños y adolescentes, tales como talleres de dibujo, arte escénico, serigrafía, entre otros. Sin embargo, cuando sucedió la tragedia el sismo provocó que la casa de cultura donde trabajaban se cayera a pedazos literalmente, fue entonces cuando surgió la necesidad de representar mediante el teatro todas aquellas experiencias traumáticas de sus miembros y vecinos, necesitaban contar cómo habían vivido el sismo durante y después de lo ocurrido. Al no contar con un lugar físico donde realizar sus actividades teatrales, se valieron del espacio público para llevar a cabo sus proyectos, por ello, se volvió parte del panorama comunitario, actuaron en la explanada y calles de su comunidad, se apropiaron del espacio público para fines culturales y por ello su colectivo teatral tomó el nombre de “casa en el aire”.

Para llevar a cabo la obra, los actores adolescentes tuvieron que recopilar los testimonios de sus habitantes, así como hablar sobre las emociones colectivas que compartían como comunidad frente a la tragedia. Los jóvenes salieron a hablar con los vecinos y personajes del poblado, fueron grabando cada narración y anécdota; les pedían también que les describieran sus vivencias y ellos cooperaron

activamente, así fue como se comenzó a hablar abiertamente del sismo y las implicaciones afectivas que éste había dejado entre sus afectados.

Cabe mencionar, que yo no estuve desde el inicio en sus actividades, no conocía a ningún miembro del colectivo, tampoco a las personas que participaron en sus propuestas. Sin embargo, algunas personas que conocen mi investigación me recomendaron hablar y darle seguimiento a este grupo. Fue así como llegué a Tetecala y comencé a hablar con Guillermo Salas y los adolescentes que hacen teatro, me explicaron sus actividades, los objetivos, metas y proyectos en los que han trabajado.

La principal construcción artística de los chicos después de meses de trabajo post-impacto sísmico es su obra teatral llamada “La grieta” en la que participan 7 adolescentes de entre 12 y 16 años bajo la dirección de Guillermo Salas (fundador del colectivo). “La grieta, retrato de un paisaje vivo” da voz a los testimonios de sus pobladores luego del sismo, así como de los principales temores, emociones y pensamientos que desató la catástrofe. La puesta en escena involucra la memoria colectiva, las pérdidas que tuvieron comunitariamente y los medios con los que sus miembros se han valido para restituirse.

“La grieta”, se presentó por primera vez el 14 de diciembre de 2018 en Tetecala, Morelos. Durante el estreno, asistieron familiares y vecinos de la comunidad. A partir de la puesta en escena se comenzó a dar mayor difusión local y externa, la gente participó activamente y con mucho compromiso, tanto los actores como los habitantes de Tetecala quienes han narrado las emociones que tuvieron durante y después del sismo y han asistido a sus puestas en escena.

“Un impacto, dos opciones: arriesgarse o correr. Arriesgarse a que las casas que ya no van a ser casas sino escombros nos caigan encima, debajo, alrededor, al suelo. Mi abuela en el campo, mi mamá en el hospital, mi hermano en la escuela, temblaste, tembló, temblé, todos temblamos”. Así inicia la obra, mientras 8 adolescentes recorren el escenario y bajan de él una y otra vez para ver al público de frente y contarles sus experiencias. Llevan puesto cascos y chalecos de seguridad con detalles en colores neón, mientras corren de un lado a otro gritan y

saltan; se escuchan en todo el auditorio, asemejan el caos y el miedo que se vivió el 19 de septiembre de 2017 en la comunidad. Los espectadores se mantienen atentos, inquietos y un tanto confundidos.

La obra continúa con narraciones de los pobladores de Tetecala (voces grabadas), donde cuenta: *“todavía tengo miedo, andaba preocupada, nerviosa, cada vez que salía y veía las casas me daba mucha nostalgia, mmm... todavía”*.

En la obra escénica se reviven momentos de dolor y angustia que la gente sintió y que hasta ahora parecen tener consecuencias. Se transmiten videos de los dos sismos, el del 19 de septiembre de 1985 y de 2017, la gente en sus butacas usualmente abraza a sus acompañantes principalmente a los más pequeños.

Los actores siguen dando su testimonio: *“Yo ya me llamaba Gibrana, estaba lavando los trastes, en el momento en que comenzó a temblar mi familia y yo nos fuimos a un rincón en la casa, luego de salir vi a mi vecina que estaba embarazada y estaba intentando ayudar a otra persona que estaba desmayada... solo corrí a ayudar”* cuenta una participante mientras corre de prisa.

Luego de que se escucharan 4 narraciones se le pide al público contar su historia personal, un señor que iba con su hija dice: *“yo estaba trabajando, pero... [pausa prolongada], sólo pensaba en mi niña, creía que le había pasado algo porque ella se quedó en la casa y está muy chiquita [comienza a llorar, las personas de al lado le ponen la mano sobre la espalda y otra más le toca la cabeza a la niña] fue difícil, cuando volví a verla sentí que volví a nacer”*. Los demás espectadores comienzan también a hablar sobre sus sentimientos, lloran, se agachan y limpian sus lágrimas para volver a sentir las brotar, incluso a la gente que no da su testimonio se le observa sollozando, algunos se abrazan, otros solo están en silencio, escuchando.

El director de la obra agrega: *“Cuando me ocurrió el sismo estaba solo en Cuernavaca, iba por la calle y de repente sentí el movimiento, un señor muy pequeño que me llegaba como al pecho se me acercó y me abrazó muy fuerte, yo comencé a reír, me daba mucha gracia ver aquel hombre tan pequeño y asustado,*

la verdad no sé porque reía, quizá fueron nervios pero no podía dejar de reír. Más tarde cuando me preguntaron si no estaba asustado les dije que no. Pero a unos días estando en mi casa solo sentí mucho miedo y angustia. De la nada me sentí muy mal y comencé a escribir la grieta, no fue por gusto, fue por necesidad” [sonríe].

Casi al finalizar la obra los actores comienzan a decir palabras aleatorias: *“modesta, miedo, Tetecala, casa, adobe, ladrillo, montaña, paredes, muros, grieta. Una grieta puede separar una persona de otra, en cualquier momento puede temblar, bajo nuestro pueblo hay una grieta, y es una sola voz y con un solo suspiro sentimos como todo se puede caer. Movimiento de la tierra de los árboles, del cielo que parece sacudido también. Mi mano que sostiene otra mano, nos aventamos un padre nuestro, dos, tres, los que sean necesarios. Otro impacto: arriesgarse o correr”.* Finaliza.

La obra teatral fue pensada inicialmente como proyecto local, en principio se presentó en el municipio de Tetecala con un público escaso, sin embargo, al transcurrir el tiempo y ganar cierta popularidad se ha llevado a otros escenarios como el centro cultural Jardín Borda, el CBTIS 232 y en febrero de 2018 se presentó en Mérida, Yucatán al haber sido seleccionada por “U Siíjil Péepen Teatro” en su temporada artística anual. Es importante mencionar que los actores son adolescentes de recursos económicos limitados, por lo que tuvieron que realizar actividades para recaudar dinero, llevaron a cabo dos rifas donde familiares y vecinos participaron activamente, buena parte de la comunidad se involucró con la venta de boletos, difundieron las actividades en redes sociales y de boca en boca, también se presentaron dos veces más en el teatro del pueblo solicitando una cooperación voluntaria y la gente acudió con cierto entusiasmo. Un vecino del lugar dijo: *“Es importante que se apoyen estos eventos, porque los chamacos ya no andan de vagos en las calles con sus cervezas o haciendo maldades, se juntan para hacer algo de provecho para ellos. Esto les ayuda”.*

La percepción de la gente de la comunidad que acude a la obra es positiva, plantean que es una buena oportunidad para contar que además de Cuernavaca y Jojutla existen otros lugares donde también tembló y hubo pérdidas y lamentos. Es

un medio con el que se visibiliza su localidad. *“Aquí casi nadie vino a ayudar, todos se iban a Jojutla o se quedaban en Cuernavaca, la gente sólo iba a los lugares que salían en la tele, pero de Tetecala no se dijo nada, a pesar de que tuvimos muertitos y se nos cayeron muchas casas, el pueblo tiene muchas construcciones en adobe y no resistieron la sacudida, pero eso no salió en las noticias”* narra un vecino de Tetecala.

El proceso no ha sido fácil, han tenido que echar mano de todos los medios creativos para poder sostener el proyecto, ya que el estado no les ha apoyado económicamente y eso ha mermado en el material de la obra, los pasajes de los participantes e incluso en el tiempo que dedican los integrantes del colectivo a la obra de teatro. Esta actividad es autogestiva, apoyada solo por la comunidad y los integrantes del colectivo, por lo que por momentos plantean *“se vuelve muy difícil de sostener”*. Ver fotografía 1.

Fotografía 1. “La grie...”.



Fuente: fotografía sin atribución requerida.

Conversatorio

Paralelamente el colectivo ha asistido a eventos comunitarios, el primero fue un conversatorio llamado “de un ser a un nosotros” donde diversos gestores comunitarios hablaron de la función artística dentro de la comunidad y sus aportaciones para generar participación ciudadana. Se planteó que la cultura es un elemento restitutivo de orden social que fomenta la creatividad en cualquiera de sus expresiones, permite un lenguaje profundo mediante el cuerpo (en el caso del teatro) y es incluso “contagioso”; visto como un proceso que busca interlocutores, que explica aquello que no se puede describir mediante la palabra oral pero que además es necesario entre los seres humanos. Por ello, la comunidad ha empujado a las instituciones a fomentar el desarrollo comunitario-artístico y no a la inversa.

“El espíritu cultural y artístico es como una flama, como un fueguito comunitario que restaura a todos, sin embargo, no se trata de poner luces, poner una cancha y ya está, se trata de provocar un deseo social, un ánimo, un posible agarrarse de la mano con tus vecinos que además son tus compañeros de la infancia. Esto díscola la idea de que el arte es placentero. No es cierto, la gente debe vincularse con la violencia, la ignorancia, el dolor, etc.” nos narra un participante del conversatorio mientras otro gestor y director de teatro agrega: *“Pero en medio de la maleza siempre hay una flor y ésta puede ser un fruto que puede dar de comer”*.

Durante el conversatorio se criticó duramente el arte de galería, por ser caro y dirigido a un público elitista que desde sus experiencias no ha contribuido en el desarrollo comunitario. Un actor narra: *“Yo hacía teatro en la ciudad, como me enseñaron a hacerlo: caro y mamón, hasta que trabajé con personas vulnerables, ahí me pregunté ¿quiero hacer teatro que solo tiene el límite la reflexión o el libretino? Porque siempre que se presenta teatro dentro del teatro te dicen: “esta obra intenta llevarte a esta reflexión”. Y ya, te dicen que tienes que reflexionar y hasta dónde no llegar. Luego comienzo a trabajar en el norte de Chiapas y ahí me*

di cuenta de que el teatro permite una transformación social. Obviamente uno tiene que ser muy creyente para meterle a esto (y eso que yo soy ateo)”.

Guillermo narra parte de la historia en cuatro patas, nos cuenta cómo en su comunidad el arte que él hacía no le bastaba para trabajar las problemáticas de su entorno: *“Yo llegué a trabajar a un municipio muy pequeño de Morelos, pero después del sismo cuando la casa donde hacíamos los talleres se cayó todos comenzamos a convivir más, hacíamos trabajo colaborativo y nos manteníamos más tiempo juntos, ahí comenzó el teatro comunitario, porque lo necesitábamos, debíamos estar en la calle, en la plaza y contarle a todos lo que había ocurrido. El territorio se transformó incluso por la influencia que venía de fuera. Se debe desacralizar el arte oficial”.*

“Pensar que la cultura es solo para cultos es tan tonto como creer que el arte sólo es aquel que se expone en galerías o en museos y que fuera de esos espacios no existe o es de mala calidad, mírenos aquí, un viernes por la tarde hablando de arte sin que ninguna institución oficial aparezca, sin que ningún galerista reduzca nuestro trabajo” agrega un gestor comunitario y actor.

Vicente Cisneros forma parte del colectivo Rueda de la fortuna y el plantea: *“El arte de galería es atómico, va en contra de la misma sociedad, la pregunta es ¿a quién representa?”.*

Al finalizar el conversatorio y luego de escuchar a artistas y gestores culturales se abrieron nuevas inquietudes, me surgieron algunas dudas a modo de reflexión: ¿Todo arte debería progresar hacia el escenario comunitario? ¿Es necesario patrocinar el arte individualizado? ¿No cae en el heroísmo el arte comunitario? O peor aún, ¿el arte comunitario es asistencialista? ¿Esta hermandad romántica no cae en una “dictadura” dentro del arte? La exclusión cada vez es más frecuente, ¿será que el discurso de desarrollo comunitario dará un meta mensaje de exclusión igualmente al pensar que el artista o gestor cambia la vida de los demás? ¿Quién es la figura del héroe y qué representa? Ver imagen 8 y 9.

Fotografía 2.



Fuente: sin atribución requerida.

Imagen 5.

En el marco del *Proyecto Reconstruyendo Lazos Comunitarios*, Fundación Comunidad, a través del *Fondo Jóvenes*, les invita al

Conversatorio
Del ser al SOMOS
Arte y Cultura en Comunidad.

Participan:

Ingenios Culturales (Temixco)
Colectivo Flor de Agua (Xochitepec)
Rueda de la Fortuna Teatro (Tetecala)
U Síjil Péepen Teatro (Yucatán)



viernes
22 de marzo
A las 17:00 hrs

ENTRADA LIBRE
Informes: 3101205
fondojovenes@comunidad.org.mx
Humboldt 46B, Centro,
Cuernavaca, Morelos



Fuente: imagen sin atribución requerida.

“El mundo rompe a todos, y después, algunos son
fuertes en los lugares rotos”.

Ernest Hemingway

“En los momentos de crisis, sólo la imaginación es
más grande que el conocimiento”.

Albert Einstein

Capítulo 9. TRANSICIONES DE LA EMERGENCIA CON EL ARTE

Diversos mecanismos artísticos se han utilizado para potenciar la expresión humana, así como para que los individuos logren sensibilizarse, interactuar, comunicarse con el mundo externo e integrar el arte de formas benéficas en su cotidianeidad. Luego del sismo del 19 de septiembre de 2017 se usaron herramientas artísticas para propiciar una mejora en la salud mental comunitaria durante la fase post-impacto, si bien ya se tienen ciertos antecedentes de prácticas artísticas en situación de crisis como “payasos sin fronteras” (dirigido a niños y niñas), las investigaciones al respecto son limitadas y en México escasas.

Cada año se incrementa el número de eventos por desastres naturales a nivel mundial, son muchos los países de América Latina y el Caribe que presentan una baja cobertura y una pobre capacidad de respuesta de los programas y servicios de salud mental, a nivel individual y colectivo (CEPAL, 2013). Los sismos de nuestros septiembreres han mostrado que las instituciones oficiales (como herramientas operativas del Estado) no han hecho su trabajo: salvaguardar a sus habitantes frente a desastres y emergencias.

Luego de una catástrofe por evento natural se pone énfasis sobre la infraestructura y la salud física y con ello se descuidan otras áreas igualmente valiosas, como la salud mental y el desarrollo de modelos de acompañamiento afectivos y de tratamiento psicosocial.

Las intervenciones con herramientas artísticas lograron convocar y organizar prácticas comunitarias para hacer frente a la fragmentación psicosocial mediante la participación lúdica y cooperativa. Movilizaron al individuo, al grupo y a la comunidad que, reunidos a causa del sufrimiento psíquico, cumplieron un propósito psicoterapéutico. El proceso de intervención con herramientas escénicas logro resignificar el trauma, tanto para los participantes como para los intervinientes, apoyó en la apropiación autosustentable de la salud mental comunitaria y sobre la disminución o eliminación de síntomas de estrés post-traumático.

9.1 La creatividad en momentos de ruptura: el arte en la emergencia

El arte luego de una catástrofe por evento natural resultó ser útil, necesario y con características psíquicamente reparadoras, tanto a nivel individual como comunitario. *El arte en la emergencia* no se ajusta a los cánones tradicionales establecidos, son *otro* tipo de prácticas creativas que actúan en situación trágica, donde las circunstancias demandan un tipo específico de intervención: urgente, espontáneo, cooperativo, heterárquico; surge de los escombros y la pérdida, se instala en el espacio público, busca mecanismos de articulación comunitaria, pretende resignificar el sufrimiento psíquico y establecer lazos afectivos comunes.

El arte en la emergencia llevó a cabo prácticas de intervención al margen de la tradición (terapéutica y artística), fue una práctica psicoterapéutica *arrancada* al arte que intentó restaurar el orden psíquico comunitario mediante herramientas artísticas, gestionó nuevos símbolos de cooperación y respeto entre los participantes. Si bien, estas *otras* prácticas creativas no son puristas, esto no significa que sean menos importantes o irrelevantes, por el contrario, las prácticas creativas en la emergencia surgieron como respuesta de la organización civil ante una situación crítica, le hizo frente a la incipiente cobertura de atención psicológica a población en condición vulnerable y permitió una nueva ruta investigativa dentro y fuera del estado de Morelos.

Durante la fase sísmica post-impacto se tuvo que trabajar con nuevas perspectivas teóricas, prácticas y metodológicas de las que no estábamos habituados o entrenados (incluso en el caso de los profesionales especializados). El arte de la emergencia fue un dispositivo espontáneo que surgió para protegernos frente al padecimiento colectivo, por ello, hubo la necesidad de implementar estrategias de afrontamiento al dolor psíquico, buscar vías de abordaje alternas e indagar sobre mecanismos para elaborar el trauma compartido.

Se trabajó de forma interdisciplinaria, donde la jerarquía del supuesto saber dejó de colocar a ciertos profesionales en una posición de poder y privilegio, la práctica en campo sirvió para entender que el uso de las disciplinas hiper-especializadas resultan ineficientes, se requiere articular distintos saberes para hallar nuevas formas de intervención en crisis. El arte y el trauma sirvieron como puente entre distintas disciplinas que juntas tejieron formas alternativas de usar herramientas escénicas-pictóricas y así propiciar el arte en la emergencia.

La transversalización del arte con otras ciencias en el trabajo de campo permitió cuestionar los alcances de la colonización médica sobre la salud mental, así como en las formas de acercarse y pensar la realidad en emergencia. Es común que las ciencias duras y médicas tengan un mayor peso sobre las ciencias sociales y humanas, por lo que las fases de intervención, seguimiento e investigación usualmente siguen una epistemología positivista enmarcada desde el paradigma médico.

Por otra parte, el arte en la emergencia que se propuso tras el sismo tiene características distintas en múltiples aspectos a la arteterapia o la psicoterapia tradicional: primero, no usa los medios de espacio tradicionales como el diván, el consultorio clínico, las clínicas de rehabilitación o lugares con características específicas tales como el silencio, el orden y el control del terapeuta. Este tipo de arte post-traumático se realizó en el lugar donde ocurrió el siniestro, donde se encuentra la población en condición vulnerable, por lo que, recurrió principalmente al espacio público donde no se tenía control; ni del lugar, los materiales, el ruido, el polvo o demás elementos ambientales. Segundo, se trabajó con múltiples

intervinientes no especializados en psicoterapia o en arte, estos eran estudiantes de distintos campus y profesiones; artesanos, sociedad civil, voluntarios, etc. que únicamente estaban interesados en el arte y el apoyo a la población en situación de emergencia. Tercero, el patrocinio económico no existió, todo el trabajo se realizó sin apoyo económico, los talleres e intervenciones fueron gratuitos, por lo que los lugares de poder entre paciente-terapeuta se descentralizaron, el encuadre tradicional se rompió, así como las disciplinas especializadas.

Todos los participantes e intervinientes nos encontrábamos sujetos al sufrimiento, al mismo evento sísmico que desató el desequilibrio psíquico, parecía que todos buscábamos formas de restaurarnos ante el trauma. Esto fue importante porque el lugar del supuesto saber-poder se desarticuló en situación post-sísmica y con ello, la lejanía estereotípica de paciente-terapeuta, sitios metafóricos que no se pudieron ejecutar dentro de nuestra intervención.

Finalmente, estas prácticas creativas son incluso más rentables que otras intervenciones, por lo que su costeabilidad resulta eficaz en tiempos de catástrofe. Resulta importante señalar que estas prácticas creativas no se proponen como única vía de atención e intervención, se sabe que se requiere de todas las atenciones posibles (de primer, segundo y tercer orden), tampoco busca desacreditar las intervenciones tradicionales. Únicamente se propone la posibilidad de incluir trabajos con enfoque de *arte en la emergencia* durante futuras situaciones de emergencia colectiva. Mitigar el sufrimiento psíquico es fundamental en toda reconstrucción social y no se llegará a la salud, sin salud mental.

9.2 Beneficios encontrados del arte en la emergencia

El primer periodo de trabajo de campo presencial se realizó durante 10 meses consecutivos, comenzó unos días después del sismo del 19 de septiembre de 2017 (el 22 de septiembre de 2017) y finalizó en julio de 2018. Posterior a este periodo se realizaron entrevistas de seguimiento 6 meses después (enero de 2019) de

manera presencial y virtual, tanto con la población vulnerable que participó con los colectivos como con los intervinientes que integraron dichos colectivos artísticos.

Cabe mencionar que con los grupos UFLP y Acción terapéutica colectiva se llevó a cabo Investigación Acción Participativa como eje metodológico, mientras que, con el colectivo 4 patas se realizó únicamente observación participante.

Entre los aspectos benéficos a la salud mental comunitaria que las intervenciones con herramientas escénicas brindaron a la población en condición vulnerable se encontraron 5 ejes principales: expresión no verbal de emociones embotadas, reapropiación simbólica del cuerpo físico y psíquico, disminución y anulación de síntomas del TEPT, autosustentabilidad de la salud mental comunitaria y resignificación del trauma.

9.2.1. Expresión no verbal de emociones embotadas.

La representación teatral se valió de la expresión artística para nombrar, compartir y movilizar al participante. Fue así como se usó el baile, el canto, la música de tambor y el movimiento corporal para expresar emociones y sentimientos que los participantes experimentaban pero que por diversos motivos no podían expresar verbalmente. Al inicio las emociones se mantenían embotadas, sin capacidad de manifestarlas e incluso reconocerlas, no había palabra para poder compartirlas o asumirlas como estados psíquicos nocivos.

Lo ominoso del trauma no permitía a los participantes hablar verbalmente de su sufrimiento psíquico, al inicio la mayor parte de los integrantes sentían cierta incapacidad para verbalizar sus emociones, decían estar ausentes o con sensaciones de despersonalización, tenían malestares generalizados que no podían expresar, incluso los atribuían a dolencias orgánicas:

“Es que no puedo decir lo que tengo aquí (se señala el pecho) o aquí (se señala el estómago). Me duele, me atosiga, pero no sé cómo sacarlo, a veces sólo tengo

ganas de llorar, pero ni eso puedo hacer, a lo mejor estoy enferma y por eso tengo tanto malestar, es como una bola, tal vez es sólo que comí algo mal o tengo alta o baja la presión”.

“A mí me pasa que estoy con mis hijos y no quiero que me vean llorar, me aguanto, me aguanto, me aguanto, a veces siento que ya no puedo, que quiero irme lejos y gritar, subirme a un cerro y gritar con todas mis fuerzas, pero van a decir que estoy loca, por eso mejor me duermo. Aunque tengo pesadillas y luego me despierto con más ganas de llorar o gritar, creo que sí me estoy volviendo loca”.

Cuando las intervenciones comenzaron había una imposibilidad de recordar lo sucedido, era una fuga psíquica producto del trauma, muchos de los participantes no podían recordar detalles, momentos, sensaciones, olores, etc., la represión del material traumático sólo se vivenciaba durante los sueños y eso no permitía hablar del suceso o las emociones que lo acompañaban de manera lúcida.

“Yo sé que pasó algo muy feo, lo sé porque ahora estoy en un albergue y la mitad de mi casa se cayó, pero no puedo recordar muy bien qué fue lo que pasó, a veces me intento concentrar, pero sólo recuerdo mucho ruido, polvo, yo estaba lavando afuera las jergas de la cocina, pero ni siquiera sé de qué color eran, esas cosas que uno sabe, pero que de repente olvidé. ¿Eso por qué me pasa? Es como si no hubiera estado, como si otra yo hubiera pasado el temblor y yo no estuve ahí hasta que se hizo de noche”.

Resulta importante recorrer la vida, comenzando con los recuerdos, sin ellos no hay pasado, ni historia, tampoco tránsitos recorridos, esta vuelta hacia el pasado nos remite también a nosotros mismos, el trauma brindaba una sensación de arrebatación anímico, de desorientación y alejamiento del yo.

“Tengo muchas pesadillas, antes del sismo nunca soñaba (o por lo menos no recordaba lo que soñaba), pero después recuerdo todas las pesadillas, en una de ellas yo estoy en el techo viéndome, me veo desde arriba, la imagen de abajo grita y como que no se puede mover, yo lucho porque siento que todo se me va a caer encima pero sigo sin poder moverme, sólo grito, mientras que la que también soy

yo y se mira desde arriba está muy angustiada porque no puede ayudarla, ayudarme pues, es horrible, ves cómo te vas a morir sin poder hacer nada, ni la que está abajo, ni la que está arriba”.

Poco a poco, mediante el uso lúdico del arte los participantes mostraron una capacidad más sensitiva de comunicarse con los demás y lentamente también poder escucharse a sí mismos, fueron recordando sus emociones durante la tragedia y también lograron compartir parte de su experiencia:

“Mientras canto y bailo siento como si algo dentro de mí saliera, es como si un nudo que tenía en el estómago se fuera desatando, ya no me lastima en la garganta como antes, me siento diferente, mejor”.

Durante las sesiones de intervención se logró una mejor narrativa del trauma, se evocó el momento que antes se negaba inconscientemente y se pudo representar simbólicamente mediante herramientas artísticas:

“Lo que mejor me ayudó a expresar mis emociones fue cantar, cuando comenzaban a tocar el tambor y poco a poco íbamos cantando en coro, yo sentía como que podía decir algo, además la canción me ayudaba mucho incluso antes de dormir, la tarareaba o la cantaba en voz baja: escucha, el otro, la otra, están aquí, escucha...”

“Para mí fue muy importante cuando nos pusimos a bailar en parejas, brincar, jugar, mi compañera me abrazaba fuerte y brincábamos juntas, no decíamos nada con la boca, pero sentía que nos comunicábamos; hubo una cercanía, nunca me había pasado eso antes, recuerdo que después de esa reunión hablé con mi esposo de cómo me sentía, al fin”.

“Recuerdo una vez que estábamos en el taller, una compañera llevó una máscara con plumas de colores, yo me la puse y nos dijeron que éramos libres, podíamos hacer lo que quisiéramos. Yo me sentía un pájaro, corría ¡o volaba! Así me sentí, imaginaba que las plumas invadían mi cuerpo y podía sentir la fuerza de mis alas, corría rápido y me desconectaba de la realidad, fue un momento mágico, ese día no fui yo, fui un ave”.

Una vez que los participantes lograron simbolizar sus emociones fue más fácil entender sus estados de ánimo y reacciones comportamentales, sus pensamientos se organizaron y lograron identificar las emociones más profundas que el trauma *desató*, los miedos del pasado, de su biografía personal, la culpa que los acompañaba, la ira, tristeza, shock, desazón, sorpresa, melancolía, sentimientos de soledad, abandono, miedo, pánico, vergüenza, etc. emociones reprimidas que necesitaban ser expresadas para poder comenzar un proceso de elaboración:

“Ese día del temblor mi hija se sentía mal, no quería que la llevara a la escuela, me dijo varias veces que nos quedáramos en la casa. Yo toda enojada le dije que no, que teníamos que ir a hacer nuestras cosas (yo tenía mucho trabajo), así que la dejé en su escuela y yo me fui a cumplir con el trabajo. No pude estar con ella cuando ocurrió el temblor, por fortuna seguimos vivas, pero todo el tiempo me lamento por no estar con ella, otra cosa hubiera sido si me hubiera quedado en la casa con ella, la hubiera abrazado, consolado. Ahora todo el tiempo anda con miedo y yo me siento una mala madre”.

Las herramientas escénicas propiciaron que los participantes se sintieran ellos mismos pese a la máscara o el vestuario, que se permitieran entenderse incluso frente a emociones/pensamientos contradictorios; que reconocieran esos sentimientos que fuera del círculo lúdico no podían hablar, como la vergüenza, la culpa y el miedo intenso ante las circunstancias. La intervención permitió un trabajo introspectivo. Proyectaron sus emociones, sensaciones y sentimientos en los personajes representados, integraron sus pensamientos al discurso del yo y con ello se logró llegar al discurso narrativo sobre el trauma, su significado y sentido personal y comunitario. El bloqueo verbal cesó y con ello inició una movilización simbólica dirigida hacia la elaboración traumática.

9.2.2. La reapropiación simbólica del cuerpo físico y psíquico.

El terremoto propició una sensación de descontrol corporal, los participantes hablaban de una emoción de arrebató, el evento sísmico provocó que los movimientos involuntarios del cuerpo se introyectarán como incapacitantes, ajenos y desorganizantes del sí mismo, tanto a nivel físico como psíquico.

“De repente sentí un jalón, iba caminando y ya no podía hacerlo, llevaba zapatillas y tuve que quitármelas, las aventé porque estuve a punto de caerme, sentí como que estaba sobre arena movediza, como si mi cuerpo no respondiera lo que le estaba ordenando, ¡fue impactante, una sensación que jamás había sentido!, no podía caminar por más que lo intentaba, una señora muy cerca estaba con una niñita en brazos, yo intentaba llegar hasta ella para ayudarla (porque parecía que se iba también a caer) pero simplemente mi cuerpo no me pertenecía, la sacudida era tan fuerte que me espanté mucho, nunca pude llegar hasta donde estaba la señora hasta que el sismo terminó; y eso que estaba a unos pasos”.

“Lo primero que percibí fue un ruido, de debajo de la tierra, como si un monstruo viniera bajo la ciudad; como en las películas. Sentí que algo nos iba a comer, como un rugido, pero inmediatamente la sacudida me hizo saber que era un terremoto; en ese momento dejé de escuchar, sólo sentía que mi cuerpo se movía como si fuera una muñeca, no, una muñeca no: ¡un títere!”.

Una gran parte de los participantes plantearon haber perdido la seguridad en su propio cuerpo luego del terremoto, no entendían por qué, incluso muchos no lo habían notado hasta que alguien más habló del tema. El temblor provocó sacudidas violentas en el suelo donde el cuerpo se sostiene, el piso donde se lleva la vida dejó de ser seguro, estable y permanente. Se modificó radicalmente el panorama arquitectónico, los sitios cotidianos de reunión se volvieron peligrosos y el hogar de cada familia implicó un riesgo para quien lo habitaba. Esto provocó que la imagen corporal también se fragmentara con el suceso telúrico. El cuerpo se volvió un organismo ajeno, producto de la vivencia de un evento traumático que impactó negativa y profundamente sobre la seguridad y el autoconcepto entre los afectados.

Los más afectados tuvieron que salir de sus casas, las mismas que momentos antes habían sido su lugar seguro. Se desprendieron de sus objetos amados y con ello también se instaló una abrupta separación significativa.

“No sé qué me pasa, pero desde ese día siento que no soy yo, es como si fuera otra persona; no me reconozco y no solo por mi manera de ser (que sé que ha cambiado) sino también en mi apariencia, es difícil de explicar, es raro”.

“A mí también me pasa, intento todo el tiempo verme en el espejo, pero algo cambió en mi cara, tal vez me volví más vieja y arrugada, mi cara se desencajó, algo cambió y hasta me lo han dicho”.

Ahora bien, al hacer uso de herramientas artísticas, el participante fue adquiriendo paulatinamente el control sobre su propio cuerpo, con ello, aumentó su autoconfianza, capacidad de juicio, toma de decisiones y capacidad de apoyar a otros en su reencuentro. El teatro y sus manifestaciones kinestésicas brindaron la posibilidad de volver a mantener el control del movimiento corporal, de tener una ubicación espacial y temporal, por lo que las herramientas artísticas tuvieron un impacto rehabilitatorio.

Un cuerpo que habla mediante el movimiento es también un cuerpo que expresa sus emociones más profundas, hacer uso de herramientas teatrales permitió devolver el control sobre el cuerpo sintomático; durante las sesiones los participantes trabajaron el ritmo mediante aplausos, cantos y círculos corporales. Se usó el equilibrio, haciendo metáfora al equilibrio psíquico perdido por el sismo, se caminaba en un pie, se saltaba, se alternaban movimientos entre brazos y piernas de modo que también se involucró el control de la respiración. Todos estos ejercicios físicos sirvieron para devolver el control del cuerpo al yo, posteriormente se le fueron integrando las emociones. El cuerpo se reapropió de la voluntad mediante movimientos controlados y así permitió a los participantes encontrar modos de reajuste psíquico.

“Al principio sentía mareos en los ejercicios de respiración, me costó mucho trabajo contener el aire y luego sacarlo lentamente como nos lo pedían. Pero una vez que pude me sentí mucho mejor, hasta mis pulmones me lo agradecieron.”

El ritmo del tambor y el sonido de los cantos en común sirvieron para brindar un ambiente musical, este provocaba que los participantes se movieran armoniosamente con el cuerpo; durante las sesiones se improvisaban bailes y escenas teatrales, en cada una de ellas se involucraban partes corporales y con ello se pretendía la reintegración del organismo físico al yo simbólico.

“¿Y si ahora en lugar de cantar chillamos? Nos inventamos una canción con chillidos y aplausos, nos movemos en toda la plaza de más lento a más rápido”.

Hubo meditación en movimiento que logró una introspección de los hechos traumáticos y una conexión con el cuerpo, mientras el cuerpo físico se mantenía en movimiento, el aparato psíquico también; se buscaba entre los escombros simbólicos un orden de pensamiento y un equilibrio psíquico:

“Antes de asistir a un taller de estos pensaba que la gente solo perdía el tiempo, no entendía qué hacían o por qué, para mí era perdedera de tiempo y yo nunca lo había tenido para perderlo, es más me burlaba del teatro o del arte. Pero ahora es diferente, debo reconocer que era mi ignorancia, yo decía: eso del arte es para ricos, y yo ni tengo tiempo ni dinero así que pasaba de largo. Pero bailar o cantar acompañados debería ser para todos, es una experiencia que deberíamos permitirnos porque como lo dijo una vez mi compañera: el arte sana”.

“Mientras caminamos y hacemos ejercicios me he puesto a pensar mucho, de mi pasado, de ahora que la situación es tan difícil y todo de mí, de lo que ahora voy a hacer y de lo que ya no quiero hacer, si tengo que volver a empezar, lo voy a hacer todo diferente”.

Esta reapropiación corporal, dotaba de seguridad a los integrantes, les permitió disminuir gradualmente la despersonalización que presentaban al inicio. Al lograr una autorregulación corporal también se llegaba a una disminución de síntomas

físicos que estaban colocados sobre ese cuerpo que se sentía ajeno. Al encontrar el control corporal también se logró pensar sobre herramientas de autocuidado para mantenerlo tranquilo, equilibrado, sano.

Las personas se volvieron personajes que se representaban a sí mismos en la obra, se reapropiaron de sus deseos mediante ejercicios escénicos, se buscaron y encontraron en el arte y con el apoyo de los demás, el cuerpo físico también fue un espacio y territorio simbólico vulnerado, que necesitó de tratamiento subjetivo para su reencuentro. Anudar las emociones con el cuerpo físico fue dotando a este de remembranza biográfica, de historia emocional que permitió volver a sentirse propio, especial, único e incluso más fuerte.

9.2.3. Disminución o eliminación de síntomas.

Es importante mencionar que durante este estudio se recurre a los síntomas psicológicos entendidos como manifestaciones afectivas, cognitivas y conductuales que genera malestar en el sujeto, sin embargo, no se pretende catalogar o diagnosticar a los participantes en determinados cuadros clínicos.

Ahora bien, un trauma se muestra mediante signos y síntomas físicos y psicológicos, entre los más habituales se encuentran: agitación, irritabilidad, aislamiento social, comportamiento autodestructivo, hipervigilancia o hostilidad, angustia, desconfianza, miedo exacerbado, hay una pérdida de interés o placer en hacer actividades, culpa, tristeza, soledad, pensamientos recurrentes que remiten al trauma; insomnio o pesadillas, desapego emocional y/o pensamientos intrusivos.

Al iniciar las intervenciones, los participantes mostraban muchos síntomas físicos tales como, contracturas musculares, aumento o disminución de la presión arterial, náuseas, mareos, dolencias específicas (cuello, espalda, rodilla, hombro y cabeza), sensación de agitación y presión en el pecho. También se presentaron todos los síntomas psicológicos descritos anteriormente, destacándose: insomnio, pesadillas, culpa, tristeza, ansiedad y hostilidad.

“Todo me choca, me parece que ando de un humor insoportable, mi novio se la pasa diciéndome que me tranquilice que todo va a salir bien, pero es que, ¿qué espera?, mi abuelo está muy mal, el ingeniero le dijo que su casa tiene daño estructural y obviamente no puedo andar feliz de la vida, mi mamá está muy preocupada porque no se quiere salir de su casa, en cualquier momento pienso que nos van a llamar porque todo se le cayó encima”.

“Odio cuando la gente me pregunta: ¿cómo estás? ¡pues cómo chingados voy a estar! Nos sacaron del departamento, llevamos semanas aquí afuera, durmiendo como perros, sin lo básico para vivir. ¡cómo chingados voy a estar! Nada más preguntan para no quedar mal, yo por dentro pienso: ¡que te valga madre mi vida, si nunca estuviste aquí, ahora no me vengas con tu preocupación de quinta, eso nada más es chisme, es morbo, porque ni te ayudan y nada más te están jode, y jode y jode. Porque por lo menos a mí sí me jode que me pregunten con esa cara de mustios. Hipócritas”.

“Recuerdo que estuve muy mal esas semanas, tú me viste, ¿te acuerdas? [suspira] no me calentaba ni el sol, unos días triste, otros enojada, otros no querían ni ver a mis hijos, otros, sólo quería que me abrazaran, en fin, ya pasó lo peor, ahora a lo que viene”.

Durante las sesiones se observó como estímulos externos detonaban el recuerdo del trauma, ciertos relatos dentro del grupo, algún aroma, sensación o situación (por más ambigua que pareciera) propiciaba estados de llanto, angustia, irritabilidad y miedo.

Los síntomas se observaban gravemente sobre el organismo de quien vivió el evento traumático, mediante las dolencias físicas y los malestares generalizados. sin embargo, se intentó buscar un tratamiento integral, que incluyera rituales lúdicos y simbólicos, que pudiera unir nuevamente el cuerpo físico con el cuerpo psíquico, sabíamos que estábamos frente a una población vulnerable en un contexto crítico donde se necesitaba hacer uso de actos expresivos artísticos que recuperaran la capacidad del sujeto para gestionar su propia cura. Por ello, se buscó una

intervención donde la elaboración traumática se mantuviera dirigida por el sujeto doliente en un ciclo colaborativo de escucha, habla, representación y expresión metafórica.

Los participantes proyectaban en sus personajes deseos, anhelos y sentimientos hacia los demás y hacia sí mismos que los hacían imaginarse de otras formas, creaban espacios y momentos metafóricos donde florecían, renacían o podían mantenerse tranquilos, en calma.

“Yo te sugiero amor mío, que si buscas la verdad te vas a tardar dos vidas en hallarla, la verdad no existe, tú haces tu propia verdad cuando descubras quién eres, así que deja de buscar afuera y concéntrate en ti”.

“Me pides que te abrace, pero lo que yo quiero es que tú me abrases a mí. Todos queremos lo mismo, andamos buscando amor y sólo encontramos escombros, y si mejor buscamos escombros para encontrar amor”.

“Hoy yo soy una flor, quiero ser bella, tersa. Quiero florecer como bugambilia, que las espinas me cuiden a mi alrededor, quiero ser flor, verme hermosa”.

De este modo, poco a poco los síntomas fueron disminuyendo y/o desapareciendo. En algunos casos volvían, en la mayoría se logró sublimarlos y canalizarlos en proyectos, en arte, en actividades de autocuidado y cuidado hacia los demás, en actos creativos y mediante elementos imaginativos. Dos miembros del grupo comenzaron a escribir poemas, otro más, actualmente explora el modelado, dice querer ser escultor.

“Estuve muy mal, ya va a hacer un año, tarde mucho tiempo así, si no era una cosa era otra, que si la presión, que si la azúcar, o si no era mi dolor de espalda, en fin, fue muy difícil, lo sigue siendo, pero ya dejé hace meses de ir al médico, ahora estoy mejor, me di cuenta de que todo era por las preocupaciones, el problema era yo, ya sabes.”

9.2.4. Resignificación del trauma colectivo.

El trabajo colaborativo con herramientas artísticas posibilitó una nueva perspectiva del suceso traumático, las emociones y pensamientos dolorosos lograron representarse mediante ejercicios escénicos y con ello incorporar el trauma en la historia personal y colectiva, de este modo dejó un aprendizaje compartido y no sólo se vivenció como un choque psíquico. Se logró pensar el momento doloroso como parte del ciclo vital y así encontrarle nuevos significados. Así mismo, se observó un aumento en la capacidad de racionalización sobre el evento sísmico, un mayor control sobre la expresión emocional, aumento en la seguridad personal, mejoras en las habilidades verbales, así como en las relaciones interpersonales.

Las herramientas artísticas permitieron a los participantes una mayor adaptación de las circunstancias adversas, así como una búsqueda en la mejora personal, grupal y comunitaria. Se observó como la representabilidad es también un acto fundante de la clínica dentro del arte. Es decir, usar dispositivos artísticos escénicos permitió iniciar y continuar un proceso de elaboración traumática.

“Es como si fueras otra persona mientras estás en escena, ya no eres tú, eres alguien más que se está liberando y desatando. Es una sensación muy agradable porque por momentos no piensas en todos los problemas que tienes, te son ajenos, ya no importan tus cosas, no importa cómo le vas a hacer con tu casa, ni tampoco el dinero, todo está bien mientras estás en tu personaje”.

“Yo me siento desahogada cada que terminamos, no encuentro otra palabra mejor para decirte como me siento: desahogada. Es como si antes del teatro estuviera a punto de ahogarme en problemas y con esto, puedo pensar más claramente y decirme: vamos, tú puedes, todo va a estar bien”.

Ser personajes permitió proyectar en un otro simbólico y metafórico todas las emociones y pensamientos que siendo ellos mismos no se atrevían a mostrar o a asumir, por ello, el personaje sirvió como un alter-ego que evidenció otras formas de pensamiento sobre la vida del sujeto, nuevas perspectivas críticas sobre el

pasado, el presente y futuro; desde reproches por tomar decisiones erróneas hasta generar esperanza frente a la pérdida y el duelo.

“No crees que ya es momento de darle otro rumbo a tu vida, quizá comenzar de nuevo quiere decir eso: empezar de nuevo. Desde cero y en todo, dejar a ese hombre que no te valora, comenzar a trabajar (al fin) dejar de andar de sacrificadita y reanudarte, ¡reanudarte mujer!” [una persona hablándose a sí misma mediante un personaje]”.

“Cuando comenzaba cada taller sentía como si me quitara una máscara que siempre traía puesta, era como verme a mí misma sin mentiras ni falsedades, siendo un personaje podía ser yo misma, ¿qué raro no? Pero así me sentí y eso me ayudó a darme cuenta de muchas cosas que todo el tiempo intentaba ocultar o negar”.

Si bien al inicio de la intervención la mayor parte de los recuerdos y las vivencias estaban focalizadas sobre el trauma (y sus síntomas), poco a poco se fueron integrando nuevos momentos biográficos, recuerdos valiosos para cada participante, de tranquilidad, placer, equilibrio, júbilo; en lugares queridos, con sentimientos gratificantes y los seres amados, así el participante encontraba paz y estabilidad psíquica.

De este modo, paulatinamente se pudieron ir identificando y generando capacidades y recursos personales para hacer frente a la tragedia, para tomar decisiones y responsabilizarse de su sufrimiento psíquico. Al hacer un recorrido hacia el pasado también se compararon circunstancias críticas donde se buscaban soluciones de afrontamiento para el futuro.

Reposicionarse subjetivamente frente al caos y la crisis hizo que toleraran las circunstancias y buscaran diversas formas de resolver su condición vulnerable, su sufrimiento psíquico y su lugar dentro de un grupo-comunidad, de modo que también se interesaron por el sufrimiento del otro, buscaron constantemente apoyarse entre sí y formar vínculos solidarios.

“Muchas gracias por cobijarme en este grupo, me sentí acompañada durante todo este tiempo, fue muy duro todo lo que pasó, pero juntos la carga fue menos pesada”.

“Ahora nos hicimos más que amigos, antes del teatro ni siquiera nos hablábamos, y eso que íbamos juntos en la secun, pero ahora es diferente, somos amigos de verdad y sé que ellos cuentan conmigo y yo con ellos”.

Fue así como se implementaron estrategias de autocuidado y resiliencia, donde se ponía en el centro la salud mental y como herramientas principales las artes, específicamente el arte escénico.

Si bien, el sufrimiento psíquico no desaparece completamente, este busca un nuevo sitio donde alojarse, se liga con nuevos elementos simbólicos y ritualísticos. Durante el proceso de trabajo los participantes libidinizaron sus cuerpos (el propio y el ajeno), esto resignificó el trauma, se apropiaron del suceso, no sólo como evento devastador, también como una posibilidad de movimiento psíquico, como parte integral de su historia personal y comunitaria.

Resignificar el trauma permitió lo que en términos psicoanalíticos es la meta pulsional más alta, más útil y menos objetable. La satisfacción se vuelve directa, simbólica y representable mediante el juego, el teatro y el baile. El trauma perdió su intensidad destructiva, se resignificó mediante nuevas experiencias emotivas, estéticas, corporales, creativas e imaginativas.

En la intervención se ejecutaron escénicamente las emociones que provocaban sufrimiento intenso a los participantes, estas no sólo se mostraron, se aceptaron como parte de la memoria, reorientando así, la energía psíquica hacia actos creativos.

9.2.5. Autosustentabilidad de la salud mental comunitaria.

La inminente insuficiencia de recursos humanos, económicos y materiales después del sismo del 19 de septiembre obligó a las comunidades a reorganizarse y reajustarse ante la pérdida económica, física, simbólica y afectiva. Esto permitió que se realizara un trabajo cooperativo e interdisciplinario. Las instituciones oficiales no brindaron el apoyo suficiente en salud mental, por lo que se generaron nuevas formas de intervención y tratamiento frente al trauma compartido.

Las puestas en escena espontáneas, el teatro del oprimido, los psicodramas, así como la creación de la obra teatral “la grieta”, hicieron que los participantes establecieran estrecha relación entre sí mismos y con otros miembros de su comunidad. Se realizaron diversas actividades durante casi un año para recolectar recursos económicos y comprar material indispensable (rifas, venta de artesanías, donaciones, entradas a las obras teatrales), con esto se establecieron redes de colaboración y comunicación local constante.

Especialmente en la obra “La grieta”, mientras se presentaba se interactuaba con los espectadores. Los actores y actrices preguntaban al público cómo, qué sintieron el día que tembló, cuáles fueron sus miedos más profundos, qué tipo de pensamientos tenían, cómo contaron sus reacciones, si aún temían y por qué. Casi al final de la obra tanto los actores como los asistentes compartían las herramientas psíquicas que habían usado para sanar la herida simbólica, se narraban experiencias personales, se lloraba, se reía, se permitía el silencio y la palabra; con ello, se establecían dispositivos de apoyo comunitarios y una mayor independencia de las instituciones estatales.

Así, se aprendió que la salud mental no solo puede o debe brindarse bajo relaciones jerárquicas ni pertenece únicamente a hospitales, sanatorios de higiene mental o consultorios particulares, ésta también es posible en el espacio público, con agentes comunitarios y relaciones horizontales, por lo que puede llegar a estar al alcance de quienes la gestionen:

“No tenemos que resolver nada solos. La misma biología es un sistema cooperativo, las fronteras son las diferencias y ahí justamente es donde todo se mezcla, porque es que estamos mezclados los unos con los otros todo el tiempo sin darnos cuenta”.

La construcción comunitaria del arte en la emergencia es una forma de resistencia ante la individualización en nuestras relaciones actuales. Hace frente a políticas de separación de cuerpos como mecanismo de fragmentación colectiva.

“¡Vamos! el sismo nos mostró lo mal contruidos que ya estábamos, ya no podemos ni debemos seguir igual, con la demagogia y el discurso de unos cuantos, con este problema nos hemos dado cuenta de lo fuerte que somos, de cómo sabemos organizarnos ante el llamado de gente real, que sufre como tú y yo. Debemos hacer y llevar a cabo acciones empáticas ante este desastre, no debemos volver atrás, la naturaleza llegó para visibilizar que sí podemos organizarnos y no esperar nada del pinche gobierno”.

Es importante intentar deshacer las relaciones de dependencia con el sistema de salud dominante, buscar nuevas formas de organización y participación comunitaria. El trauma compartido busca también formas organizativas y heterárquicas de reparación. Las tragedias nos muestran las capacidades autogestivas de las comunidades, sus miembros forman redes que permiten pensar la reconstrucción desde distintas formas a las que habitualmente estamos acostumbrados:

“Atrás vamos dejando los destrozos y nos llevamos los derrumbes y sus enseñanzas, definitivamente no podemos estar ciegos, ni sordos ante este evento, debemos reinventarnos, juntos, comprometidos, comunicados”.

El sismo provocó una crisis en todo el estado de Morelos, específicamente entre localidades más empobrecidas, esto permitió entender la relevancia de la organización local, saber que compartimos lazos identitarios, culturales, geográficos, afectivos, etc. y estos pueden usarse para proponer intervenciones viables, concretas e independientes.

Saber que no se espera la ayuda del Estado para proponer un abordaje en salud mental comunitaria es importante ya que se abren nuevos espacios autónomos de reconstrucción, se lleva a cabo un proceso de reparación frente a un padecimiento colectivo y se convocan nuevas opciones para discutir y pensar el sufrimiento psíquico.

La intervención del arte en la emergencia generó nuevos dispositivos de salud mental frente a las circunstancias por evento natural, propició un reanudamiento de la trama social y esto permite entender que somos seres humanos sujetos a otros, y como tal, también podemos sostenernos.

9.3. Dificultades presentadas durante la fase de intervención

El trabajo que realizaron los colectivos artísticos luego del sismo del 19 de septiembre de 2017 presentó diversas problemáticas y dificultades durante su proceso, tanto a nivel técnico, metodológico y de ejecución. Los obstáculos más representativos que se identificaron se dividen en 6 ejes principales: crisis de la imaginación, principio exacerbado de la individualidad, escasa claridad metodológica, deficiencia de recursos económicos y técnicos, escaso apoyo por parte de las instituciones gubernamentales y la presencia de fatiga por compasión en intervinientes.

9.3.1. Crisis de la imaginación

Al intervenir en situación de catástrofe por evento natural la crisis era inminente, por lo que se esperaba encontrar un alto sufrimiento psíquico entre la población en condición vulnerable, así como tener que sobrellevar estas circunstancias dolorosas. Sin embargo, pese a estar en lo correcto nos enfrentamos (también) con otro tipo de crisis entre los afectados: una crisis de la imaginación.

Al inicio las personas no querían participar en intervenciones con herramientas artísticas, se sentían incómodos, ajenos, raros. Posteriormente se observó cómo la gente estaba habitualmente acostumbrada a un pensamiento rutinario, se les dificultó mucho usar materiales lúdicos, representar un personaje ficticio, valerse de la creatividad para narrar, moverse, cantar o ser espontáneos:

“Es que no sé cómo ser otra persona, bueno un personaje, mejor yo no juego, actúo, o como se diga. ¿Y qué tal si primero los veo y ya luego me integro?”.

“Yo nunca he hecho esto, no sé cómo hacerle”.

“Sí entiendo que puedo hacer o ser lo que sea (o lo que quiera), el problema es que no sé qué otra ser. Yo soy Inés, no hay más, ¿cómo voy a ser alguien que no conozco o, mejor dicho, ¿cómo voy a hacer alguien que no sé quién es? Ya me enredé, ¿vieron?”.

Mostraban grandes impedimentos para poder pensar fuera de la lógica material, así como diques (como la vergüenza y el temor) que no les permitían expresar fuera de los márgenes temporales y espaciales:

“Es que hace tanto que no juego a algo, creo que desde que era niña; quizá un poquito después. Ya no sé cómo hacerle, la verdad también me da pena”.

“Bueno, voy a intentarlo, ¿pero es que si no me sale?, me siento un poco tonto haciendo esto, ¿de verdad servirá de algo? ¿no les pasa a los demás? ¿soy el único que se siente extraño haciendo esto? [luego de una pausa] Ya pues”.

La creatividad parecía ser una característica a la que no estaban acostumbrados. Salirse de la lógica que te propone el contexto resultaba muy complicado, los participantes se mostraban renuentes y no encontraban características fantasiosas para interpretar.

“Bueno puedo jugar a ser... [observa un perro pasar] ¡soy un perro!, guaf, guaf. [Hace una larga pausa, se le observa desconcertado]. Es todo, perdón, me cuesta mucho trabajo”.

Se invitaba a cambiar la trama personal y comunitaria, a imaginar cómo serían si tuvieran alas, qué sentimientos tendrían si pudieran tener ciertas características distintas, fantásticas. Les gustaría que les salieran burbujas por la espalda, que su localidad fuera de otros colores o con ciertos elementos fuera de la realidad. De este modo se intentaba que salieran de los bordes de su imaginación y pensarán de modos distintos de su situación crítica.

Se pensó que los adolescentes iban a tener un acercamiento distinto con herramientas escénicas, sin embargo, al inicio fue todo lo contrario. Se mantenían ausentes, aburridos, con un aplanamiento afectivo que no les permitía pensarse de otras formas, modos o circunstancias. También se les observaba frustrados, molestos consigo mismos frente a una ausencia de creatividad:

“Esto me da hueva, la verdad no me gusta. ¿Qué voy a obtener?”

“No tengo ni idea qué hacer, sí quiero compartir y seguir en esto, el problema es que mi mente se pone en blanco cuando me toca decir o hacer algo, necesito que alguien más me ayude o me ponga una idea en la cabeza”.

“Creo que a mí me pasa igual, y me frustra no tener nada que decir, mi mente es lenta o tonta, no lo sé, ¡pero es que no se me ocurre nada! Ni siquiera cuando me dieron la plastilina, sólo se me ocurrió hacer una bola [se ríe avergonzada]”.

Parece que en situación de catástrofe la creatividad de los seres humanos se encuentra limitada y/o estancada. Esto se puede deber a la situación traumática por la que están viviendo, así como también al poco acercamiento con el arte. Las comunidades del estado de Morelos usualmente carecen de estímulos artísticos que les permitan desarrollar su creatividad y desarrollo de talentos. Por ello, piensan a esta herramienta como elemento ajeno, no formaba parte de su habitualidad:

“Nunca había hecho algo así, es la primera vez que participo en una obra, es raro; no digo que sea malo, sólo raro”.

“Es que no es común hacer estas cosas, menos como adultos, cuando vamos creciendo nos llenamos de pendientes y deberes, nunca pensamos en actuar,

cantar o bailar, nos vamos creyendo que eso es para chamacos que uno ya está grande para esas cosas”.

9.3.2 Principio exacerbado de la individualidad

Se tenía consciencia de que el sismo desató un problema colectivo y comunitario, se sabía que nos encontrábamos frente a una fuente de padecimiento común, sin embargo, no se entendía que podíamos valernos también de los otros para hacer frente a la tragedia.

Luego del terremoto y durante las intervenciones, se observó como los participantes tenían una idea individualista del sufrimiento; si bien la causa principal se entendía compartida también asumían (una gran mayoría) que cada persona debía salir de su dolor psíquico en soledad o cuando las circunstancias personales así lo permitieran.

“Nos debemos unir para exigir que nos reparen las viviendas o nos den presupuesto, pero no veo el caso de hablar de cómo nos sentimos, eso es de cada quien, cada uno sabe y sabrá, nada más”.

“Sinceramente no veo la necesidad de hablar de cómo estamos, sé que nos afectó, pues claro, estamos asustados y demás, pero sí de plano ya no puedes entonces por allá están los psicólogos, para que vayas con ellos en privado”.

Se entendía que la solidaridad era necesaria en la gestión de necesidades básicas, que juntos eran más fuertes. Sin embargo, no se percibía que la solidaridad en la elaboración traumática también era una herramienta importante para considerar.

El proceso de sanación afectiva era una dimensión que debía mantenerse en privado, incluso fuera de la esfera familiar, ya que se percibía como una respuesta de debilidad o cobardía:

“Sinceramente yo no quiero hablar de mí o cómo me siento, si ni con mi familia lo hablo; no quiero que me vean quebrado, yo soy la fortaleza de mis hijos y lo que menos quiero es que me vean mal”.

Al inicio de la intervención se observaba a la gente ensimismada, si bien poco a poco fueron siendo cada vez más participativos, costó mucho trabajo que compartieran sus emociones más profundas, que expresaran el dolor frente a los demás, como si el sufrimiento al ser expuesto se volviera peligroso.

Asumir que el dolor psíquico se tiene que vivir en solitario coloca al sujeto en una posición mayormente vulnerable, no hay identificación con un otro, la comunicación se fragmenta y se pierden las redes de apoyo que sirven para sostener a la persona doliente.

Poder escuchar a otros y permitir que los otros escuchen al sí mismo promueve estrategias de afrontamiento frente a la crisis colectiva, es una experiencia de encuentro; el participante habla y escucha, es paciente y también un agente terapéutico. Durante la fase post-impacto el grupo y la comunidad compartían muchas características, tales como: preocupaciones, incertidumbres al futuro, miedo al desamparo, pérdidas de recursos básicos, duelos a inmuebles y a seres amados, pensamientos rumiantes y culpas familiares.

Entender que tenían estos lazos en común logró que los participantes cambiaran paulatinamente la individualización, dejaron de sentir que sus problemas, emociones y dificultades psíquicas eran únicamente hechos aislados, se aprendió que somos seres frágiles, que el sismo vulneró, hirió y provocó malestar comunitario, incluso entre aquellos que no tuvieron pérdidas devastadoras o experimentaron el trauma secundario.

“Yo pensé que era la única en sentirme tan mal, yo me decía: pero si tú no perdiste tu casa, tampoco a tus hijos, entonces, ¿por qué te sientes tan mal?, y eso, me hacía sentir todavía peor [la entrevistada llora y hace una pausa]”.

“Siempre me he considerado muy sensible, pero con el temblor fue peor, me la pasaba llorando por cualquier cosa, andaba mal, muy mal. Pensé que me estaba volviendo loca. Pero cuando comencé a escuchar a Raquel y a los demás sobre que se sentían igual y también tenían miedo, la verdad sentí un alivio, sin ofender verdad, pero al fin me dije: ¡no te estas volviendo loca mujer! [sonríe]”.

Pensar que el padecimiento colectivo es una situación individualizada no sólo no apoya en la tramitación del trauma, además, aísla a los seres humanos y despolitiza toda gestión de salud mental comunitaria y con ello, toda autonomía y organización que se pueda llegar a construir.

9.3.3 La irrelevancia de la salud mental en situación de catástrofe

Tras el desastre sísmico muchas comunidades se organizaron rápida y eficazmente ya que hubo una buena comunicación para el trabajo físico y social, tal como sacar escombros, reubicar a los afectados, buscar víveres, gestionar apoyo para cubrir necesidades básicas, hacer rutas de acceso, construir redes de comunicación entre otras localidades, etc. Sin embargo, se ignoraba la categoría de salud mental comunitaria; si bien se tenía cierta noción de su uso, esta parecía no ser relevante o urgente.

Entre las causas principales que se observaron y que promovieron dicha irrelevancia de la salud mental se encontraron las siguientes: poco acercamiento con los agentes psic (psicólogo, psiquiatra, psicoanalista), vago entendimiento del proceso terapéutico (en qué consiste y por qué), creencia de que la salud médica incluye la salud mental, confusión entre trastorno psiquiátrico con salud mental comunitaria e individualización exacerbada en la elaboración traumática.

Entre comunidades fuertemente afectadas muchos de sus miembros se negaban a recibir apoyo psicológico ya que argumentaban no entender su práctica o no necesitar de dicho servicio, esto, pese al evidente estado crítico en el que se encontraban a pocos días del suceso:

“Muchas gracias, pero no lo necesito, estoy bien, sólo un poco asustada, pero eso es todo. Ya se me pasará, mejor atiendan a gente que sí lo necesita”. Plantea una mujer en estado de crisis.

“Entiendo su intención, pero no creo necesitar su ayuda, siempre he estado bien, es sólo que, obvio por lo que pasó... pero no significa que por eso necesite ir con un psicólogo”.

Ciertos participantes que habían estado antes en psicoterapia decían no entender por qué había brigadas de psicólogos en los albergues, ya que estaban habituados al trabajo tradicional psicoterapéutico, donde el paciente asiste al consultorio, tiene un espacio permanente con especificidades particulares. Se desconocían los primeros auxilios psicológicos, así como la intervención en crisis en situación de catástrofe.

“Yo no entiendo cómo hay psicólogos aquí, vienen una vez y se van, eso no tiene ningún chiste, no los vuelven a ver, ¿cómo van a ayudar así, si solo estás con ellos una sola vez por una hora y media como máximo?”.

Si bien, la salud médica se percibía como un servicio fundamental, la salud mental no tenía esa misma categoría de preponderancia. Usualmente se observó cómo la población en situación vulnerable pensaba que, si el cuerpo físico se encontraba en buen estado o funcionamiento, el cuerpo psíquico en algún momento (sin saber cuándo) estaría bien:

“Esto es pasajero, ya se me pasará [se le plantea que lleva más de 5 meses con terrores nocturnos y problemas de apetito]. ¿Es que, qué van a saber los psicólogos de mí, qué me van a venir a decir que yo no sepa?, es sólo cuestión de tiempo”.

Aunado a ello, el supuesto saber médico prevalecía sobre cualquier valoración psicológica, lo que provocaba que una gran parte de la población afectada no quisiera usar, participar o buscar algún tipo de servicio en salud mental.

“Ya me revisó el doctor y dice que estoy bien, que mis dolores del cuerpo son algo mental y que ya luego se me pasarán”.

“Me siento mal porque estoy estresado, con todo lo que ha pasado es normal que tenga el dolor de cabeza, pero es sólo estrés, ya me lo dijo el doctor”.

Si bien falta mucha orientación sobre la labor del agente psi en situación de catástrofe, también falta sensibilizar a la población en situación vulnerable sobre la importancia de la salud mental en situación de tragedia. Sobre la eficacia de los medios tradicionales de apoyo y contención, así como de otras alternativas de abordaje e intervención interdisciplinaria.

9.3.4 Escasa claridad metodológica

Al comenzar las intervenciones en comunidad (durante la fase post-impacto) los colectivos se conformaron por personas de diversas áreas técnicas y profesionales, así como estudiantes y público en general. Por lo que, fue difícil llegar a acuerdos, tanto en las técnicas a implementarse, la elección de materiales, las actividades que se efectuarían, así como la metodología que se debía seguir. Muy pocos profesionales y público en general sabían sobre intervención en situación de catástrofe y escasos intervinientes se encontraban capacitados sobre atención en crisis; por lo que, primero se tuvo que informar y preparar a los miembros sobre generalidades teóricas, metodológicas, éticas y técnicas.

Una de las causas principales por las que se descubrió que no se tenía la capacitación adecuada (entre especialistas y no especialistas) se debía a que en el estado de Morelos nunca se había registrado un sismo o catástrofe por evento natural tan devastador, por lo que no se contaba con la experiencia previa para actuar bajo este tipo de circunstancias.

Tampoco había registros dentro de la entidad que sirvieran como ejes de trabajo, no se hallaron abordajes previos que relataran experiencias de esta naturaleza ni manuales específicos de intervención en crisis con herramientas lúdicas o artísticas. Las políticas públicas existentes dentro del estado no desarrollaban planes de trabajo específicos para intervenir en comunidad luego de

un evento sísmico, así mismo, las estrategias psicosociales que proponían no se ajustaban a demandas de contextos locales.

Frente a este panorama como ya se ha mencionado en capítulos anteriores se realizó una breve investigación por parte de los miembros de los colectivos, donde se encontraron intervenciones con herramientas artísticas en Chile, España y Estados Unidos, tres países que por distintas razones eran ajenos al contexto morelense. También se halló información sobre intervenciones con herramientas lúdicas en el pasado sismo de 1985 en la Ciudad de México. Sin embargo, se hablaban sobre generalidades e información muy escueta, que si bien apoyaba en la labor que se perseguía esta no ofrecía un panorama suficiente.

Aunado a ello, la gran mayoría de las intervenciones encontradas remitían al trabajo específico con niños, mientras que los colectivos enfocaron su intervención al trabajo con adolescentes y adultos.

Todas estas circunstancias provocaron incertidumbre y confusión entre los miembros; no se sabía qué ruta debíamos seguir, hacía donde nos dirigíamos con certeza y precisión. Por ello, la inseguridad y la poca claridad al futuro se volvieron un malestar constante entre los implicados. Para intentar resarcir este problema se buscó teoría que fuera cercana a lo que se estaba haciendo en comunidad, se recurrió al teatro del oprimido de Augusto Boal, a la propuesta del psicodrama de Levy Moreno, a aspectos generales de la arteterapia, así como a la pedagogía/psicología de la emergencia:

“Sabén, me da miedo que esto sea un Frankenstein todo raro. Vemos una cosa de acá otra de allá, una idea del teatro, otra de la psiquiatría. Imagínense, ¿no les da miedo que no sepamos ni qué estamos haciendo o que no resulte nada de lo que hemos hablado?”.

Sin embargo, resulta importante subrayar que ninguna de estas técnicas y metodologías fue seguida tal como se propone por sus autores y principales representantes. Seguimos nuestras propias rutas, ejecutamos nuestras propias prácticas. Nos valimos de las demandas de los participantes y las propias

necesidades que se presentaban en cada sesión y estas dependían de múltiples factores extrínsecos e intrínsecos; tales como el espacio físico, las limitaciones de recursos, los nuevos participantes y los que dejaban de asistir, los malestares psíquicos con los que nos encontrábamos, así como los avances que se iban observando.

Todas estas experiencias servían para ir trazando la intervención, para anudar nuevos conocimientos y desechando los que se pensaban innecesarios, ineficaces o sin pertinencia. También se indagaba con técnicas que en otros lugares se habían registrado, tales como el uso del tambor, la práctica de cantos o fragmentos con ciertos sonidos, la exploración del espacio mediante el ritmo corporal, entre otros. Así mismo, se fueron integrando también, nuevas propuestas que buscaran alcanzar el objetivo principal del trabajo y lograr disminuir el sufrimiento mediante herramientas artísticas en situación de catástrofe.

9.3.5 Deficiencia de recursos.

Se sabe que luego de una emergencia los recursos destinados a la reconstrucción son limitados, escasos o incluso nulos, por ello, los intervinientes tuvieron que hacer uso de sus propios medios para poder llevar a cabo la intervención. Durante la labor se tuvo que recurrir a colectas, rifas, convocatorias y donaciones para cubrir gastos básicos; como transporte, comida y compra de materiales.

Esta falta de recursos económicos impidió una mayor exploración con herramientas artísticas, así como un limitado uso de los materiales con los que se trabajaron. Por ejemplo, al inicio se planteó usar pintura vinílica y plastilina para pintar y modelar, este sería un primer acercamiento expresivo con los afectados y una introducción con herramientas artísticas. Sin embargo, esto no se pudo conseguir puesto que no se dispuso del material suficiente para todos los participantes. Por ello, el uso del teatro fue también debido al bajo costo que esta práctica representa.

Debido a estas limitaciones económicas ciertos miembros se vieron obligados a abandonar los colectivos o a limitar el tiempo de participación con el grupo. Esto propició que por momentos los recursos humanos fueran insuficientes, los intervinientes no podían ser siempre constantes ya que la mayoría de ellos trabajaban, estudiaban o realizaban otras actividades donde se requería su tiempo y constancia.

Si bien se gestionaron apoyos institucionales, la respuesta mayoritariamente fue negativa y/o ausente, hubo un limitado recurso que se brindó y solo consistió en instalaciones temporales (para dos de tres colectivos). Muchos intervinientes presentaron sentimientos de desesperanza al observar un panorama precario, se sentían frustrados o enojados ante esta respuesta gubernamental:

“No es posible que Graco llegue en esa camionetón y no de ni para comer a los que estamos haciendo su trabajo, todo su equipo trae bototas de marca (cómo si de veras fueran a meterse al trabajo de campo); cada par cuesta una pequeña fortuna, mientras que nosotros traemos lo justo o menos”.

Debido a estas circunstancias el espacio público fue necesario para realizar el trabajo. Esto tuvo muchas dificultades, ya que las plazas públicas y el estacionamiento donde se llevó a cabo también se encontraban ocupadas con otras actividades y el espacio para las actividades escénicas se redujo considerablemente. Aunado a ello, se tuvo que lidiar con condiciones ambientales que limitaban el proceso creativo y expresivo, tales como lluvias, altas temperaturas, humedad, ruido, polvo, trabajo en la reparación de la infraestructura, entre otras.

Como consecuencia ante estas considerables deficiencias se puede analizar cómo la precariedad provoca una desigualdad en el sufrimiento psíquico, no sólo el bajo presupuesto afecta en la distribución socioeconómica de las zonas marginadas, también incide de manera negativa sobre la salud mental de la población más vulnerable en situación de emergencia.

9.3.6 Fatiga por compasión

Se ha explicado que este concepto alude a un sentimiento de profunda empatía y pena por parte del profesional o interviniente hacia aquél que está sufriendo acompañado de un fuerte deseo por aliviar su dolor y resolver sus problemas y efectos. Este fenómeno psíquico se presentó y afectó el rendimiento de los intervinientes, la concentración en su labor y su propia estabilidad mental/personal.

Al inicio de la intervención, los afectados del sismo presentaban muchos síntomas y sufrimiento intenso, durante las sesiones narraban el dolor profundo que experimentaban frente a la pérdida y el trauma. Todas estas emociones se mostraban abiertamente y se dirigían principalmente hacia los miembros de los colectivos. Muchos de ellos si bien llegaron con intenciones de ayuda comunitaria se vieron rápidamente rebasados ante las circunstancias trágicas:

“Nunca pensé que esto me afectaría tanto, he trabajado con gente en circunstancias difíciles, pero esto es diferente, ver a los niños tan tristes, a los viejitos sin casa, a todos tan mal. Me está lastimando”.

“No sé qué me pasa que estoy tan ausente en los talleres, es como si no pudiera concentrarme, intento poner atención, pero se me van las palabras, en mi cabeza hay muchas ideas desordenadas. Creo que esto es muy fuerte y no estaba preparada”.

“Es duro, ya lo hemos dicho varias veces: el sufrimiento es altamente contagioso y nadie te prepara para esto, ni siquiera la escuela; la experiencia siempre es más fuerte, más arrasadora, más intensa. No hay que romantizar nuestra labor, quizá salgamos peor de todo esto y eso pueda ser nocivo para nosotros y los que nos aman”.

Cada historia de vida que los participantes compartían era una narrativa profundamente dolorosa, se escuchaba a los afectados contar experiencias traumáticas una y otra vez durante un tiempo prolongado, esto tuvo consecuencias negativas entre los miembros de los colectivos, ya que provocó entre muchos

intervinientes un desgaste por empatía grave. Surgieron nuestras propias emociones de desamparo y pérdida, emergieron nuestras propias experiencias traumáticas y el sufrimiento se compartía.

Desde mi lugar como investigadora participante hubo muchos momentos que no pude asistir a la intervención, el duelo me acompañaba de cerca y el sufrimiento de los otros me hacía sentir más vulnerable, más frágil y con miedo constante a perder sentido del trabajo investigativo. Presenté también circunstancias difíciles que me ocasionaron un trauma directo e indirecto, por lo que tuve que valerme de la psicoterapia individual, así como del apoyo grupal que los colectivos artísticos propiciaron.

Así mismo, muchos intervinientes como yo presentaron fuertes dificultades psicológicas para llevar su participación a comunidad, se sentían incapaces para hacer el trabajo, tenían emociones de carencia que incluso propició que dos compañeros abandonaran el proyecto y rompieran todo contacto (presencial y virtual) con el resto del grupo.

Se tenía la idea errónea de que quien ayuda a otros debe mantenerse fuerte, puesto que se llegó a pensar que era parte de ser profesional:

“No creo que sea correcto ponerse a llorar con los afectados, ellos buscan refugio en ti y es obvio que lo que menos necesitan es a alguien igual, que lloré frente a la menor provocación. Debemos mantenernos profesionales, intentar hacer el corazón duro”.

En las primeras semanas se mostraron muchos síntomas entre los intervinientes que pertenecen a la fatiga de compasión, estos se observaron cada vez más agudos y con mayor recurrencia entre los miembros. Entre dichos síntomas se destacaron: el miedo de no ser eficiente en el apoyo a población en condición vulnerable, la desesperanza, tristeza, ansiedad, estrés, poca capacidad para concentrarse y tomar decisiones; también se expresaron malestares somáticos como dolores musculares, agotamiento, insomnio, dolor de cabeza y problemas digestivos.

Fue difícil que los intervinientes asumieran que sus emociones y pensamientos dolorosos remitían a un problema del campo psíquico, así también a reconocer sobre la necesidad de solicitar apoyo a los demás. Con ello, se reitera sobre las dificultades de la irrelevancia de la salud mental en situación de catástrofe, así como en el principio exacerbado de la individualidad en la gestión de la salud mental. Observar estas respuestas incluso entre los intervinientes durante el trabajo apoyó el supuesto de que durante el trauma secundario también se experimenta poca sensibilidad en buscar apoyo en otros, se minimiza el daño que el sufrimiento psíquico representa y se recurre al aislamiento.

Frente a esta circunstancia muchas de las estrategias de contención y tramitación del trauma secundario se encontraron también en las intervenciones mismas, de modo que tanto intervinientes como participantes gestionamos durante el proceso un objetivo principal en común: elaborar el trauma que el sismo provocó.

CONCLUSIONES GENERALES

La danza ritual, la oración, el sonido rítmico y el acompañamiento en común son medios antiguos que se han usado dentro del grupo y el colectivo para transitar del dolor hacia la recuperación espiritual y psíquica. Estos elementos dotados de un simbolismo profundo pertenecen al campo del consciente y también al ámbito inconsciente; por ello, para sanar el alma, el psiquismo y al cuerpo, se recurre a estas prácticas desde tiempos inmemorables, buscando así una restauración y equilibrio de la vida anímica.

Este estudio constituye un aporte teórico y metodológico sobre prácticas de salud mental comunitaria con herramientas artísticas en situación de emergencia. Brinda un panorama de búsqueda y encuentro desde tres propuestas con elementos escénicos en la mitigación del dolor psíquico después del sismo del 19 de septiembre de 2017, específicamente en tres comunidades del Estado de Morelos, México.

El uso de elementos creativos durante la intervención post-sísmica permitió movilizar a la población en condición vulnerable hacia la elaboración del trauma compartido, gestionar sus propios recursos y mecanismos de apoyo, así como la reparación psíquica en situaciones adversas.

De este modo, se concluye que el arte, específicamente el arte en la emergencia es una alternativa eficaz de intervención frente al drama de la vida en circunstancias críticas. Así, el arte post-traumático brindó una respuesta comunitaria de solidaridad, contención y comunicación que propició el lazo social.

Ritualizar el dolor mediante el uso del teatro, permitió resignificarlo, resituarlo e integrarlo a la memoria individual y comunitaria para buscar nuevas formas de expresar la pena, la culpa, el remordimiento, la ira, la frustración y el sufrimiento psíquico. Por ello, el arte de la emergencia abre un intersticio que nos puede proteger frente al padecimiento colectivo y permite ejecutar el derecho fundamental del cuidado del sí mismo.

Este estudio permite reflexionar sobre la relevancia social y sanitaria de realizar acciones como el arte en la emergencia y en la importancia de reconocerse en las estructuras políticas que sostienen las prácticas de apoyo e intervención en situación crítica. Resulta necesario pensar sobre las acciones creativas en espacios públicos, en enlace colectivo, así como de un enfoque integral y abierto a la participación de la ciudadanía en condición vulnerable.

El hecho de que estas intervenciones se organicen y ejecuten desde una vía no institucionalizada gubernamentalmente no significa que deje de ser una práctica política. Ya que, si bien se pensaba que el sufrimiento psíquico es un hecho individual y de que su tratamiento también se buscaba en solitario, se aprendió que los medios y mecanismos para hacer frente a la tragedia se pueden llevar a cabo desde la participación colectiva, comunitaria y grupal, buscando un lugar alternativo de trabajo que subraye los *huecos* y carencias del sistema de salud mental; local, estatal y nacional. Estas intervenciones parecen necesitarse cada vez más debido a la escasa cobertura gubernamental y, además, porque propician el compromiso entre las personas y las comunidades que ejercen su autonomía, organización, gestión y compromiso con su medio próximo.

La sociedad y las comunidades más empobrecidas del estado de Morelos no cuentan con igualdad de circunstancias y privilegios que ciertas elites de la sociedad, por lo que buscar dicha organización es un mecanismo para protegerse mutuamente de la fuente del padecimiento. El arte en la emergencia resultó ser una práctica autosustentable y rentable frente a situaciones críticas, donde el grupo y la comunidad inventaron nuevas formas de apoyo en salud mental, enlazando tanto a los afectados como a la sociedad civil.

El sismo mostró que hay vidas más expuestas al sufrimiento que otras, que la pobreza, el desamparo, la ignorancia y el dolor psíquico también son condiciones de desigualdad que se sufren en distintos grados de intensidad. La vulnerabilidad de un gran sector poblacional frente a desastres por evento natural retrata la enfermedad de las instituciones gubernamentales. Existen condiciones estructurales que distribuyen de forma desigual el sufrimiento psíquico en situación

de catástrofe; las políticas públicas, la centralización de servicios de salud, la pobreza, la escasa gestión del riesgo, la baja información poblacional, la ubicación de las viviendas, entre otras. Estas condiciones provocan que frente al desastre cierto sector poblacional padezca con mayor intensidad las consecuencias negativas durante las fases impacto y post-impacto.

Si bien las causas genéticas y las decisiones personales tienen peso, éstas no explican el padecimiento colectivo frente a la catástrofe. Aunado a ello, existe una desigualdad de acceso a los sistemas de protección en salud mental una vez que el terremoto aconteció. El sufrimiento no es el mismo para todos, puesto que no se vive en igualdad de circunstancias ni se tienen los mismos privilegios para hacerle frente. Por lo que, el sufrimiento se distribuye de forma desigual, afectando mayormente a los más vulnerables.

El arte en la emergencia es una estrategia de mitigación frente a dicho sufrimiento ya que favorece la reconstrucción psíquica y simbólica. En un suceso telúrico como el del pasado 19 de septiembre se desmonta la aparente realidad y la seguridad en la que supuestamente se vive, con ello, se rompe el espacio y el tiempo. Por ello, durante el terremoto en los testimonios el tiempo se percibía como infinito. Sin embargo, la memoria, la biografía, así como el trauma, son sucesos que no remiten únicamente a cuestiones temporales, estos se constituyen y tramitan también mediante el espacio. Es así, que el trauma exige su propio lugar, y para sanarlo se persigue la interpretación, la escucha, el canto, el movimiento físico, los actos lúdicos y artísticos. Busca lugares físicos y simbólicos que contengan a la mente atormentada. Abrir estos *lugares* compartidos permite explorar el dolor, dotarlo de expresión y nombre, colocarle un *sitio*.

Son estos espacios hacia donde se dirige la elaboración traumática. La intervención mostró que en la simbolización se van ligando una serie de representaciones que reproducen la transformación del afecto negativo hacia actos creativos. La representabilidad se observó como acto clínico rehabilitatorio dentro del arte en la emergencia, así la escena fue el proceso identificatorio del adentro con el afuera; de la fantasía con la elaboración del trauma.

Mediante el teatro post-traumático se intenta recuperar la individuación, lo subjetivo del sujeto en la colectividad. Se fundaron lazos afectivos con el grupo que participó en el arte en la emergencia, se generaron expresiones, movilización de ideas y sentimientos que lograron simbolizar el dolor con elementos imaginativos para formar así, lazos sociales compartidos que contuvieron a los integrantes del grupo mediante la escucha, la atención, la empatía y la compañía.

Durante la intervención se observaron las siguientes fases de elaboración traumática: recuperación del cuerpo físico y psíquico, recobrar la seguridad del yo, reconstrucción de la historia traumática integrándola a la experiencia biográfica y la restauración entre la población afectada con su grupo y comunidad. La recuperación no fue lineal, el trauma que desató el sismo provocó que el aparato psíquico no volviera a su estado anterior, sin embargo, esto forma parte de la vivencia personal y la memoria colectiva.

El arte en la emergencia comunica, es un dispositivo relacional que se lleva a cabo en el espacio público, por lo que promueve una reapropiación del lugar, busca que los paisajes físicos dejen de percibirse como panoramas temidos, peligrosos, alejados del sujeto-grupo-comunidad para volver a investirlos de libidinización y reconfigurarlos como medios identitarios.

Por otra parte, esta investigación propició redes de trabajo interdisciplinario en sus tres principales fases de trabajo: organización, intervención y seguimiento. Se concluye así, que el conjunto de disciplinas articuladas sirve en la comprensión de la salud mental comunitaria y permiten un abordaje integral frente a situaciones de catástrofe que por su complejidad requieren una trayectoria de abordaje basada en una perspectiva interdisciplinaria.

Finalmente, se propone incluir mecanismos artísticos como herramienta de atención a la salud mental en situaciones críticas y de desastre por evento natural. Se considera importante generar espacios y servicios comunitarios con herramientas creativas en la promoción y atención de la salud mental frente a la emergencia.

Referencias bibliográficas

- Abeldaño, R. y Fernández, R. (2014). Salud mental en la comunidad en situación de desastre. Una revisión de los modelos de abordaje en la comunidad. *Universidad Nacional de Córdoba*. 1(5), 431-443.
- Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA). (2003). Riesgos: Información al público acerca de riesgos. Recuperado de: http://www.fema.gov/spanish/index_spa.shtm
- Aguirre, G. (1957). El proceso de aculturación. UNAM: Ciudad de México.
- Ahumada, M., Antón, B. Peccinetti, M. (2012). El desarrollo de la Investigación Acción Participativa en Psicología. *Enfoques*. 24(2), 23-52.
- Alarcón, R. (1997). Orientaciones teóricas de la Psicología en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 32(1), 177-180.
- Allier, E. (2018). Memorias imbricadas: terremotos en México, 1985 y 2017. *Revista Mexicana de sociología*. 80(1), 9-40.
- Almeida-Filho, (1987). N. Social epidemiology of mental disorders. A review of Latin-American studies. *Acta Psychiatr Scand*. 75(19), 1-10.
- Alvarez, D. y Medina M.E. (2018). Impacto de los sismos de septiembre de 2017 en la salud mental de la población de acciones recomendadas. 60(1), 160-188.
- Angert, E. (2001). The estate of dance research in Cuba. *Dance Research Journal*. 33(1), 82-87.
- Arbour, M. (2017). La consecuencia poco natural de los desastres naturales. 20(3), 16-32.
- Ardila, R. (1969). Desarrollo de la Psicología Latinoamericana. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 1(1), 63-71.
- Ardila, S. y Galende, E. (2009). El concepto de Comunidad en la salud mental comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 39 (1), 39-50.

- Arias, M., Riquelme, B. Cañaviri, A. y Bauco, A. (2012). Arte y sociedad: expresiones artísticas como reflejo del contexto histórico social en la ciudad de La Paz, Méndoza y Valparaíso. Cátedra virtual para la integración Latinoamericana. Universidad de Valparaíso.
- Augé, M. (1998). Las formas del olvido. Gedisa: Barcelona.
- Azas, M. y Guérin, A. (2006). VII jornada de investigación del Instituto de Historia del arte argentino y latinoamericano. Universidad de Buenos Aires.
- Badilla, F. (2011). Arteterapia: una manera de fortalecer la autoestima. Universidad de Chile para obtener el grado de Magister. Tesis no publicada.
- Bambarén, C. (2011). Salud mental en desastres naturales. *Psicol Hered.* 6(2), 20-25.
- Balcazar, F. (2003). Investigación acción participativa (iap): aspectos conceptuales y dificultades de implementación. *Fundamentos en Humanidades.* 7(8), 59-77.
- Barahona, P. (2013). El psicólogo clínico frente al estrés, burnout y fatiga por compasión. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 1-24.
- Barberousse, P. (2008). Fundamentos teóricos del pensamiento complejo de Edgar Morin. *Educare*, 12(2), 95-113.
- Basaglia, F. (2008). La condena de ser loco y pobre. Topia: Argentina.
- Beliza, C. (2013). Psicodrama, sociodrama y teatro del oprimido de Augusto Boal: analogías y diferencias. *Estudios culturales.* 26(26), 117-139.
- Bellak, L. (1986). Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Manual moderno: México.
- Belmar, D., Bontes, M., Levi, Y., Moreno, J. y Rehbein, L. (2012). Estrés post-traumático, locus de control y fatalismo en adultos afectados por el terremoto del 27 de febrero en ciudad del Angol. *Salud y Sociedad.* 3(1), 10-18.

- Beltrán, A., Mundet, A. y Moreno, A. (2014). Arte como herramienta social y educativa. *Revista complutense de Educación*. 26(2), 315-329.
- Beristain, C. (1999). Reconstruir el tejido social: un enfoque crítico de la ayuda humanitaria. España: Icaria.
- Bermejo, J. (2007). Psiquiatría y lenguaje: Filosofía e historia de la enfermedad mental. *Sonepsyn*, 45(3), 193-210.
- Bertaux, Daniel. [1997] 2005. *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*. Barcelona: Bellaterra.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2007). El rostro bifronte del fatalismo: fatalismo colectivista y fatalismo individualista. *Psicothema*. 19 (8), 552-558.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2004). Bienestar social y trauma psicosocial: una visión alternativa al trastorno de estrés postraumático. *Clínica y Salud*. 15(3), 227-252.
- Bleichmar, S. (1986). *Psicoanálisis extramuros*. Buenos Aires: Entre ideas.
- Boal, A. (1989). *Teatro del oprimido. Teoría y práctica*. México: Nueva Imagen.
- Bochar, J. Intervención sociodramática y construcción de autonomía con mujeres afectadas por violencia. En Cerva, D. (comp.) (2017). *Varias miradas, distintos enfoques: los estudios de género a debate*. México: Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- Braunstein, N. (2013). *Clasificar en psiquiatría*. México: siglo XXI.
- Buzzaqui, A (1998). *El grupo operativo de Enrique Pichón Riviére. Análisis y Crítica*. Tesis Doctoral Universidad Complutense de Madrid, Facultad de ciencias Políticas y Sociología. Departamento de Psicología Social. Recuperado de: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/cps/ ucm-t23006.pdf>, 25-05-2015
- Campos, R. (2015). Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de Burnout en profesionales del centro de mayores en Extremadura. [Tesis doctoral, Universidad de Extremadura]. España.

- Capacci, A. y Mangano, E. (2014). Las catástrofes naturales. *Revista Colombiana de Geografía*. 24(2), 35-51.
- Cardona, O. (2003). La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo: una crítica y una revisión necesaria para la gestión. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Cariño, C. (2012). Epistemologías otras en la investigación social, subjetividades en cuestión. Buenos Aires: Clacso.
- Carnacea, M. (2012). Arte para la transformación social desde y hacia la comunidad. 1er congreso Internacional de Intervención psicosocial, Arte social y Arteterapia. España.
- Castilli, B. (2013). Psicodrama, sociodrama y teatro del oprimido de Augusto Boal: Analogías y diferencias. *Revistas de estudios culturales* 26(26), 117-139.
- Castillo, J. y Rosete, H. (2019). Primeros auxilios psicológicos en la Ciudad de México tras el sismo del 19 de septiembre de 2017. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 22 (1), 79-105.
- Castaldo, M. (2004). Susto o espanto: en torno a la complejidad del fenómeno. *Dimensión antropológica*. 11(32), 1-39.
- Castro, X. (2014). El sujeto de psicoanálisis: Más allá de la dicotomía individuo-sociedad. *Affectio Societatis*. Universidad de Medellín. 11(21), 102-121.
- Causse, M. (2009). El concepto de comunidad desde el punto de vista socio-histórico-cultural y lingüístico. *Ciencia*. 3(1), 12-21.
- Centro de Instrumentación y Registro Sísmico (1885), A.C. El sismo del 19 de septiembre de 1985. México
- Centro Nacional de Prevención de Desastres. (2016). Primeros Auxilios Psicológicos [versión electrónica]. México: CENAPRED.
- Centro Sismológico Nacional (2015). Universidad de Chile.

- Chao, A. (2001). Guía de psicología clínica comunitaria. Universidad Autónoma del Estado de Morelos: México.
- Comisión económica para América Latina y el Caribe (2013). Manual para la evaluación de desastres. Naciones Unidas: Santiago de Chile.
- Consejo Nacional de Psicología España. (2016). Acreditación Nacional del Psicólogo/a Experto/a en Psicología de Emergencias y Catástrofes. 1-16.
- Corneta, A. (2011). Graffiti en América del Sur. *Universidad de Colombia*. 2(14), 38-56.
- Cueli, J. (1990). Psicocomunidad. Ciudad de México: Geiza.
- Cuenca, J. (2002). Arte y espacio público. *Red visual*. 05(7), 98-102.
- Coordinación Nacional de Protección Civil. (2017). Reporte de acciones de la Coordinación Nacional de Protección Civil tras el sismo del 19 de septiembre. Recuperado de:

<https://www.gob.mx/segob/prensa/reporte-de-acciones-de-la-coordinacion-nacional-de-proteccion-civil-tras-el-sismo-del-19-de-septiembre>
- Davoine, F. (1991). “La locura de Wittgenstein”. Argentina: Edelp.
- Davoine, F. y Gaudillière, J.M. (2011). Historia y trauma: la locura de las guerras. Fondo de cultura económica: Buenos Aires.
- De la Fuente R. (1986). Las consecuencias del Desastre en la Salud Mental. *Salud Mental*, 19(3), 3-8.
- Deleuze, G. (1987). Conferencia dictada en la cátedra de los martes de la fundación FEMIS (Escuela Superior de Oficios de Imagen y Sonido).
- Departamento de Gestión de Riesgos en emergencias y Desastres. (2019). Desastres: lo que hay que saber. Recuperado de:

<https://degreyd.minsal.cl/conozcanos/#:~:text=El%20Departamento%20de%20Gesti%C3%B3n%20de,en%20el%20marco%20internacional%20de>

Dirección General de Información en Salud. (2013). Recursos públicos disponibles para la atención en salud. Secretaría de Salud. México. Recuperado de:

<http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>

Dohrenwend B.S. (1982). Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. *Public Health*. 72 (10), 271-294.

Dohrenwend B.S., (1990). Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders. *Soc. Psychiatry*. 25 (5), 41-7.

Domínguez, A. (2010). El arte urbano como forma de comunicación. *Cultura para todos*. 11(13), 46-83.

Dupuy, J. (2006). Per un catastrofismo illuminato: quando l'impossibile è certo. Nápoles: Medusa.

Duque, F. (2011). Arte urbano y espacio público. *Res Pública*. 07(26), 75-93.

Edelman, L. y Kordon, D. (2018). Trauma social: trabajo elaborativo en grupos de reflexión. *Psicoanálisis & intersubjetividad*. 12(2), 1-14.

Echeburúa, E. y Amor, P. (2019). Memoria traumática: estrategias de afrontamiento adaptativas e inadaptativas. *Scielo*. 37(1), 71-80.

Erazo, C. y Permjean, A. (2010). Red de atención de salud mental en Chile y el terremoto de febrero 2010: fortalezas, daños y respuestas. *Revista chilena de salud pública*. 14(1), 59-65.

Excelsior. (2017). Brinda Segob atención psicológica tras el sismo. Recuperado de:

<https://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/09/21/1189869>

Ezequiel, B. (2009). Las psicoterapias. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. 1(1), 1-9.

Fajardo, G. (2018). Terremoto 19s: un recordatorio para los sistemas de salud. *Salud pública de México*. 60(1), 1-5.

- Fals-Borda, O. (2008). Orígenes universales y retos actuales de la IAP (Investigación- Acción Participativa. Peripecias. Recuperado de:
<http://www.peripecias.com/mundo/598FalsBordaOrigenesRetosIAP.html>.
- Faundes, X. y Cornejo, M. (2010). Aproximaciones al estudio de la transmisión transgeneracional del trauma psicosocial. *Revista de Psicología*. 19(2), 31-54.
- Ferigato, S, Sy, A. y Resende, S. (2011). Explorando las fronteras entre la clínica y el arte: relato de una experiencia junto al frente de artísticas del Borda. *Salud colectiva*. 7(3), 347-363.
- Fernández, J. (2013). Gestión e intervención psicológica en emergencias y catástrofes. Manuales prácticos: España.
- Figley, C. (1985) Trauma and its wake. The study and treatment of Post-traumatic Stress Disorder. USA: Brunner/Mazzel.
- Figueroa, R., Cortés, P., Accatino, L. y Sorensen, R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista médica de Chile*. 144(8), 643-655.
- Fischetti, N. y Chiavazza, P. (2017). Narrativas. Arte y ciencia en los márgenes de la academia. CLACSO: Buenos Aires.
- Flannery, R.B. (1990). Social support and psychological trauma: a methodological review. *Journal of traumatic stress*. 3(4), 593-611.
- Foucault, M. (1976). Historia de la locura en la época clásica 1. México: Fondo de cultura económica.
- _____ (1980). Microfísica del poder. Madrid: la piqueta.
- _____ (2005). El poder psiquiátrico. Fondo de cultura económico: México.
- Fleiz-Bautista C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública*, 47(1), 8-22.

- Francès, R. e Imperty, M. (1985). *Arte, estética y ciencias humanas*. Madrid: Akal.
- Freire, P. (1970). *Cambio*. Bogotá: América Latina.
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of oppression*. New York: Continuum.
- Freud, A. (2011). *El yo y los mecanismos de defensa*. Paidós: México.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Amorrortu: Argentina.
- _____ (1970). *La interpretación de los sueños*. Amorrortu: Argentina.
- _____ (1976). *Lo ominoso*. Amorrortu: Argentina.
- _____ (1991). *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. Amorrortu: Argentina.
- _____ (1996). *Más allá del principio del placer*. Amorrortu: Argentina.
- _____ (1995). *Recuerdo repetición y elaboración*. Amorrortu: Argentina.
- Gaborit, M. (2006). *Desastres y trauma psicológico*. *Pensamiento psicológico*. 2(7), 15-39.
- Galende, E. (1991). *Evolución del trabajo comunitario en salud mental en Argentina: II Jornadas de APS, CONAMER, ARHNRG*, 411-433.
- Galindo, E. (2010). *El papel de los psicólogos en situación de catástrofe: el caso de los terremotos de septiembre de 1985 en México*. UNAM: México.
- Gama, M. y León, F. (2015). *Bogotá: arte urbano o grafiti. Entre la ilegalidad y la forma artística de expresión*. *Arte, individuo y sociedad*. 28(2), 355-369.
- García, M. (1998) *El sociodrama como técnica de intervención socioeducativa*. *Cuadernos de trabajo social*. 2(2) 165-180
- García, M. y Naranjo, H. (2016). *Factores influyentes en la vulnerabilidad ante desastres naturales en Bolivia 1980-2012*. Scielo. 2(16), 7-28.
- Ghiso, A. (2014). *Investigación Acción Participativa: acción y coraje*. Colombia: Fundación Universitaria.

- Gerber, D. (2005). *El psicoanálisis en el malestar de la cultura*. Buenos Aires: Lazos.
- Gobierno de la Ciudad de México y Rockefeller Fundación. (2018). *Aprender del sismo para ser más resilientes* (Primera edición). Recuperado de <https://www.resiliencia.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Publicaciones/aprender-del-sismo-para-ser-mas-resilientes.pdf>
- Guía Técnica de Salud Mental en situaciones de Desastres y Emergencias. (2005). OMS: Ginebra.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La invención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Hernández, M. y Ullán, A. (1996). Estudio del comportamiento artístico desde la perspectiva psicosocial: El enfoque de Vigotsky. *Arte, Individuo y Sociedad*, 8(1), 51-61.
- Herrera, M. y Olaya, V. (2011). Ciudades tatuadas: arte callejero, política y memorias visuales. *Universidad Central de Colombia*. 11(3), 98-116.
- Hewitt, K. (1983). *The idea of calamity in a technocratic age*. Londres: Allen and Unwin.
- Ibarra, C. (26 de septiembre de 2017). Ficha técnica del sismo del 19 de septiembre de 2017 en México. *Diario de Morelos*, pp. 1213.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barral: México.
- Jasiner, G. Woronowsky, M. (2003). *Para pensar a Pichón*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Karl, A. (1988). *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno.
- Klein, N. (2010). *La doctrina del shock: el auge del capitalismo del desastre*. Toronto: Paidós.
- Lacan, J. (1975). *Conferencia en Ginebra sobre el síntoma*. Edición no establecida. Francia.

- _____ J. (2003). Función del campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. Siglo XXI: Argentina.
- _____ (2006). El seminario 10: La angustia. Paidós: Buenos Aires.
- _____ (2012). La psiquiatría inglesa y la Guerra. Paidós: Buenos Aires.
- Lamovsky, L. (2005). Pensando a Ulloa. Libros del Zorzal: Buenos Aires.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996). Diccionario de Psicoanálisis. Paidós: México.
- Lascano, E. y Oropeza, C. (2018). Terremotos, salud y sociedad: lecciones aprendidas. *Instituto Mexicano de Salud Pública*. 60(1), 5-10.
- Lavell, A. y Argüello, M. (2003). Gestión de riesgo: un enfoque prospectivo. Colección cuadernos de prospectiva. Tegucigalpa: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Leiva-Blanchi, M. (2011). Relevancia y prevalencia del estrés post-traumático post-terremoto como problema de salud pública en Constitución, Chile. *Salud Pública*. 13(4), 551-559.
- Lonigro, S. y Seoane, I. (2002). Del paradigma manicomial al campo de la salud mental. Puntuaciones de su historia política en Argentina. Argentina: Universidad Nacional de la Plata.
- López, A. (1969). De las enfermedades del cuerpo humano y de las medicinas contra ellas, estudios de cultura Nahuatl. México: UNAM.
- López, J. (2009). La elaboración psíquica, sus fracasos, los desbordes pulsionales. *Dialnet*. 135 (35), 195-206.
- López, V. (29 de septiembre de 2017) Historia de los sismos en Morelos. *Diario de Morelos*, pp. 10-11.
- Lubo, F. (2013). Notas para un estudio histórico sobre la recepción de las ideas del denominado movimiento antipsiquiátrico en la Argentina. V Congreso Internacional de Investigación y práctica profesional en Psicología. Buenos Aires.

- Luza, R. (2005). *Psicología de la personalidad*. Universidad Nacional de San Agustín: Arequipa.
- Madrid, A. (2002). Politizar el dolor. *El vuelo de Ícaro*. 2 (3), 217-236.
- Mar, M. (2008). La Colifata: 17 años de locura". Periódico virtual: Elmundo.es
- Marmot, M., Allen J., Bell R., Bloomer E. y Goldblatt P. (2012). European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*, 20 (380), 1011-29.
- Marchiori, H. (2008) *Victimología 4*. Córdoba: Encuentro grupo Editor.
- Martín-Baró, I. (1989). La violencia política y la Guerra como causas en el país del trauma psicosocial. *Revista de Psicología*. 12(7), 123-141.
- Martín-Baró, I. (1990). *Guerra y salud mental*. UCA: San Salvador.
- Martínez, M. (2009). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas.
- Maskrey, A. (1998). *El manejo popular de los desastres naturales: estudios de vulnerabilidad y mitigación*. Lima: Tecnología intermedia.
- Meli, R. (2002). *El sismo de 1985 en México*. México: FCE.
- Monroy, R., Flores, R., Jiménez, C., et al. (2018). El sismo del 19 de septiembre. ¿Cómo enfrentamos la crisis en Morelos, México?. *Cad. Metropolitana*, 20 (42), 325-345.
- Monsiváis, C. (2005). *No sin nosotros. Los días del terremoto 1985-2005*. Editores independientes: México.
- Molina, M., Pastor, C. y Violant, V. (2009). *Guía de estrategias lúdicas y creativas*. Barcelona: La caixa.
- Mora, M., et, al. (2018). 19S: La respuesta en Salud del Gobierno del Estado de Morelos. *Salud pública de México*. 60(1), 97-104.
- Morales, H. (2015). *Psicoanálisis con arte*. Ediciones del deseo: México.

- Moreau, C., y Zisook, S. (2002). Rationale for a post traumatic stress spectrum disorder. *Psychiatric clinical North America*. 25(4), 775-790.
- Moreno, A. (2010). La mediación artística: un modelo de educación artística para la intervención social a través del arte. *Revista Iberoamericana de Educación*. 52(2), 67-78.
- Moreno, B. (2002). Análisis de patrones de utilización de servicios en pacientes esquizofrénicos. (Tesis de Doctorado Universidad de Granada, España). Recuperado de <http://digibug.ugr.es/handle/10481/4420>
- Moreno, et, al. (2004). Estrés traumático secundario: El costo de cuidar el trauma. *Psicología conductual*, 12(2), 215-230.
- Moreno, J. L. (1970). Psicoterapia de grupo y psicodrama. Introducción a la teoría y a la praxis. México: F.C.E.
- Moreno, J.L. (1972). El psicodrama. Lumen: Buenos Aires.
- _____ (1997). *Psicomúsica y sociodrama*. Paidós: Buenos Aires.
- Morin, E. (1994). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa.
- Munevar, D. y Díaz, N. (2009). Arteterapia, papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social. *Corp-oralidades*. 4(1), 65-79.
- Munich Reinsurance Group. (2015). Natural disaster annual statistics. Economic Research & Consulting. Recuperado de:
<https://www.munichre.com/en/reinsurance/business/non-life/natcatservice/annual-statistics/>
- Naranjo, A. (2005). La noción de sujeto en psicoanálisis: una relectura de la obra freudiana, a propósito del concepto de represión. *Límite. Revista Interdisciplinaria de filosofía y Psicología*. 1(12), 119-135.
- Noji E. (2005). Disasters: introduction and state of the art. *Epidemiol.* 27(3), 3-8.

- Ochoa, M. (2015). La psicología de emergencias: una nueva profesión. *Anuario del centro de la Universidad Nacional de Educación a distancia*. 21(1), 173-187.
- Ojeda, C. (2009). Sociodrama y Rol Playing, herramientas para una clínica de las organizaciones. VI Jornadas Universitarias y III Congreso latinoamericano de Psicología del trabajo. Buenos Aires, Argentina.
- Oliver-Smith, A. (1990). Post-Disaster Housing Reconstruction and social inequality: A challenge to policy and practice. *Disasters*. 14(1), 7-19.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra. Recuperado de:
<https://www.who.int/whr2001main/sp/index.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2007). Informe sobre sistema de Salud Mental en Chile. Santiago de Chile.
- Organización Mundial de la Salud/UNICEF (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Declaración de Alma-Ata.
- Organización panamericana de la salud. (2010). Condiciones de salud y sus tendencias. *Regional Spa*, 7(2), 142-143.
- Organización Panamericana de la Salud (2006). Guía práctica de salud mental en desastres. Washington, D.C. EUA.
- Ortiz, L., López, S. y Guilherme, B. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cuadernos de Salud Pública*. 23(6), 1255-1272.
- Pain, S. y Jarreau, G. (1995). *Una psicoterapia por el arte*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Palacios, A. (2009). El arte comunitario: origen y evolución de las prácticas artísticas colaborativas. *Papeles de arteterapia*. 4(1), 197-211.
- Parada, E. (2004). Apoyo psicológico: relación de ayuda inmediata a las personas afectadas por desastres. *Redulac*. 12(8), 32-54.

- Pérez, C. (2015). Habitantes de campamentos del 85 tendrán casa: Mancera. Excelsior. Ciudad de México.
- Pérez, M. (2007). Daños económicos e impacto de los desastres naturales o antrópicos: principales rasgos de un marco de evaluación. Gerencia de riesgos y seguros 24 (98), 22-42.
- Pérez-Sales, P. (2004). Intervención en catástrofes desde un enfoque psicosocial y comunitario. *Átopos*. 1(5), 5-16.
- Pfaff, K. A., Freeman-Gibb, L., Patrick, L. J., DiBiase, R., y Moretti, O. (2017). Reducing the “cost of caring” in cancer care: Evaluation of a pilot interprofessional compassion fatigue resiliency programme. *Journal of Interprofessional Care*, 31(4), 512–519.
- Pichón-Riviére, E. (1975). *El Proceso grupal: Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Placanica, A. (1991). *Lo specchio del finimondo: usi storiografici*. Italia: Guerini.
- Pol, E. y Vida, T. (2005). La apropiación del espacio: una propuesta teórica para comprender la vinculación entre las personas y los lugares. *Anuario de Psicología*. 36(3), 281-297.
- Ponce, D. (2019). Aproximación a un modelo ecosistémico de atención a la salud mental comunitaria en estudiantes de bachillerato. [Tesis doctorado, Universidad Autónoma del Estado de Morelos]. México.
- Ponce, D. (2014). Grupo operativo como técnica preventiva del estrés traumático secundario en estudiantes practicantes del área clínica. [Tesis maestría, Universidad Autónoma del Estado de Morelos]. México.
- Pozo, J. I. (2001). *Humana mente: el mundo, la consciencia y la carne*. Madrid: Morata.
- Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo. (2012). OMS: Ginebra.

- Rappaport, J. (2015). Más allá de la observación participante: la etnografía colaborativa como innovación teórica. Prácticas otras de conocimiento. *Entre crisis*. 2(1), 323-352.
- Restrepo, E. (2018). Etnografía. Alcances, técnicas y éticas. Universidad Mayor de San Marcos: Lima.
- Rivera, J. y López, M. (2002). El cuerpo: perspectivas filosóficas. Universidad Nacional de Educación a distancia: España.
- Rodríguez, L., Tustanoski, G., Mazzia, V. y Moauro, L. (2018). La elaboración psíquica en la clínica de la urgencia. *Revista universitaria de Psicoanálisis*. 18(1), 51-59.
- Rosen, G. (1985). De la política médica a la medicina social. México: Siglo XXI.
- Rothschild, B. (2009). Ayuda para el profesional de la ayuda. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario. Biblioteca de Psicología: España.
- Ruben, A., Collado, R., O'Neill, C. (1995). Susto. Una enfermedad popular. Fondo de Cultura Económica: España.
- Ruiz, L. (2013). Arte para liberarte: Intervención de arte comunitario y psicosocial. Congreso Internacional de Intervención Psicosocial. España.
- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia para contar. *SciELO*. 16(45), 163-189.
- Safouan, M. (2005). Lacaniana. México: Paidós.
- Sánchez, A. (2018). 19 edificios como 19 heridas. Por qué el sismo nos pegó tan fuerte. Grijalbo: Ciudad de México.
- Sánchez, J. (2002). Artes de la escena y de la acción en España 1978-2002. *Archivo Artea*. 4(26), 103-118.
- Sánchez-Vidal, A. (2002). Psicología social aplicada: teoría, método y práctica. Universidad de Barcelona: España.

- Sandoval, E. (2015). ¿Por qué hablar de la psicología de la emergencia en América Latina? Una discusión necesaria. *Revista de estudios Latinoamericanos sobre reducción del Riesgo de Desastres*. 3(1), 102-107.
- Sandoval, J. (2005). La salud mental en México. *Servicio de Investigación y análisis. División de Política Social*. 1844(3), 1-48.
- Salas, M. y Píe, A. (2021). Arqueología del dolor. Un (re) encuentro con Paulo Freire e Iván Illich para aprender del sufrimiento. *Letras y salud*. 23 (1), 213-246.
- Schinca, M. (2000). *Expresión corporal: técnica y expresión del movimiento*. Barcelona: Cispraxis.
- Schreck A. (2011). *Compulsión de Repetición. La transferencia como derivado de la pulsión de muerte en la obra de Freud*. México: Editores de Textos Mexicanos.
- Secretaría de la Defensa Nacional. (2019). *Acciones y programas, qué es el Plan DNIII*. Recuperado de:
<https://www.gob.mx/sedena/acciones-y-programas/que-es-el-plan-dn-iii-e>
- Secretaria de Salud: *Servicios de Salud de Morelos, servicios de salud a la comunidad y control de enfermedades*. (2013). México.
- Selener, D. (1997). *Participatory action research and social change*. New York: Cornell.
- Segato, R. (2013). *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos y una antropología por demanda*. Buenos Aires: Prometeo.
- Servicio sismológico Nacional (UNAM). 19 de septiembre de 2017.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Journal American Psychological Association*. 65(2), 62-80.
- Silva, A. (2014). *Atmósferas ciudadanas y graffiti, arte urbano y nichos estéticos*. Universidad de externado de Colombia: Colombia.

- Sistema Español de Protección civil. (2019). [Versión electrónica]. España. Recuperado de <http://www.proteccioncivil.org/>
- Sistema Nacional de Protección Civil. (2019). [Versión electrónica]. México: SINAPROC. Recuperado de <http://www.proteccioncivil.gob.mx>
- Slaikeu, K. (2000). Intervención en crisis. Manual Moderno: México.
- Sociedad Mexicana de Ingeniería sísmica. (2018). Zonas sísmicas en el mundo. México. Recuperado de:
<https://smis.org.mx/informacion/zonas-sismicas-en-el-mundo/>
- Sotelo, I. (2007). Clínica de la urgencia. JCE: Buenos Aires.
- Sotelo, I. (2014). Perspectivas de la clínica de la urgencia. Grama: Buenos Aires.
- Stolorow, R y Atwod, G. (2004). Los contextos del ser: las bases intersubjetivas de la vida psíquica. Barcelona: Herder.
- Subsistema de información de equipamiento, recursos humanos e infraestructura para la atención de la salud (SINERHIAS). (2013) Red Estatal de Salud Mental. Servicios de Salud Morelos. México.
- Tapia R., Sepúlveda J., Medina-Mora M., Caraveo J. y De la Fuente J. (1987). *Prevalencia del síndrome de stress post-traumático en la población sobreviviente a un desastre natural. Salud Pública. 29(5), 406-11.*
- Taylor, A.J.W. Y Frazer, A.G. (1998). Psychological sequelae of operation over due following. Victoria University, Wellington, New Zealand: Victoria University of Wellington Publications in Psychology.
- Taylor D. y Fuentes, M. (2011). Estudios avanzados de performance. Fondo de cultura económica: México.
- Tobie, N. (1997). La influencia que cura. Fondo de cultura económica: México.
- Tonda, J. (20 de septiembre de 2017). El Nuevo sismo del 19 de septiembre. *La Jornada*, pp. 29-30.

- Toscana, A. (2017). Vulnerabilidad y resiliencia en conjuntos urbanos de la Ciudad de México. *Quivera*. 19(2), 11-34.
- Turkle, S. (1983). Jacques Lacan, la irrupción del psicoanálisis en Francia. Buenos Aires: Paidós.
- Ulloa, F. (2011). Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- Urzúa, A., Vera-VillaRroel, P., Zúñiga, C. y Salas, G. (2015). Psicología en Chile: análisis de su historia, presente y futuro. Universidad de Bogotá. *SCielo*. 14(3), 1141-1158.
- Valverde, L. A., Ayates N., Pascua, R., y Fandiño, D. (1989). El trabajo en equipo y su operatividad. *Acta Médica*. Universidad Autónoma de Centro América: San José.
- Vásquez, R. (2011). Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la razón psiquiátrica. *Critical journal of social an juridical sciences*. 31(3), 211-220.
- Velázquez, 2019. ¿Aumentó la actividad sísmica en el cinturón de Fuego de Pacífico? *Publímetro*.
- Viveros, P. y Kraus, A. (2018). Nuestros terremotos. *Salud pública de México*. 60(1), 105-108.
- Whitehead M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *Health Serv*. 22 (2), 429-45.
- Williams, R. (2000). *Marxismo y literatura*. Barcelona: Península.
- Zaman, A., Cavallo, E. y Noy, I. (2010). The Economics of Natural Disasters A Survey. *Development*, 3 (5), 395–424.
- Žižek, S. (2016). *Acontecimiento*. México: Sexto piso.

ANEXOS



INSITUTO DE INVESTIGACIÓN EN HUMANIDADES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

Fecha: _____

Consentimiento informado a mayores de edad.

Buen día, mi nombre es Thania Espindola Ayala y soy estudiante del doctorado en el Instituto de Investigación en Humanidades de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Actualmente me encuentro realizando un estudio para conocer sobre las herramientas artísticas usadas para mejorar la salud mental en situación de catástrofe.

Tu participación en este trabajo resulta ser importante y valiosa. Consiste en realizar una entrevista semiestructura (puedes no contestar ciertas preguntas o no hablar de ciertas situaciones), siéntete cómodo de expresarte libremente y de detenerte en el momento que consideres oportuno.

La información que nos brindes apoya en el entendimiento de cómo mejorar la salud mental luego de un sismo mediante estrategias artísticas. Es importante que sepas que lo que cuentes será resguardado confidencialmente y sólo yo tendré acceso al material, por ello tus datos personales, incluyendo tu nombre no se colocarán en el documento de tesis.

Tu participación es completamente voluntaria, puedes decidir si continuar o no participando, se respetará siempre tu opinión sin ser juzgada o invalidada. Recuerda también que puedes hacerme preguntas sobre esta investigación en cualquier fase del estudio si así lo deseas.

Si aceptas participar te pido por favor que pongas tu nombre y firma en la parte de abajo.



INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN HUMANIDADES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

Fecha: _____

Consentimiento informado a menores de edad.

Buen día, mi nombre es Thania Espindola Ayala y soy estudiante del doctorado en el Instituto de Investigación en Humanidades de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Actualmente me encuentro realizando un estudio para conocer sobre las herramientas artísticas usadas para mejorar la salud mental en situación de catástrofe.

Tu participación en este trabajo resulta ser importante y valiosa. Consiste en realizar una entrevista semiestructura (puedes no contestar ciertas preguntas o no hablar de ciertas situaciones), siéntete cómodo de expresarte libremente y de detenerte en el momento que consideres oportuno.

La información que nos brindes apoya en el entendimiento de cómo mejorar la salud mental luego de un sismo mediante estrategias artísticas. Es importante que sepas que lo que cuentes será resguardado confidencialmente y sólo yo tendré acceso al material, por ello, tus datos personales incluyendo tu nombre no se colocarán en el documento de tesis.

Tu participación es completamente voluntaria, de modo que pese a que tus padres o tutores hayan brindado su consentimiento para tu participación tú puedes decir que no en cualquier momento. Se respetará siempre tu opinión sin ser juzgada o invalidada. Recuerda también que puedes hacerme preguntas sobre esta investigación si así lo deseas en cualquier fase del estudio.

Si aceptas participar te pido por favor que pongas tu nombre y firma en la parte de abajo.

Cuernavaca, Morelos, 24 de febrero de 2022

Dr. Sergio Rodrigo Lomelí Gamboa
Coordinador Académico de la Maestría y
Doctorado en Humanidades
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
P r e s e n t e

Por medio de la presente me permito comunicarle que he leído la tesis **“El arte como herramienta de elaboración del trauma colectivo después del sismo del 19 de septiembre”** que presenta la alumna:

Thania Espindola Ayala

Para obtener el grado de Doctora en Humanidades. Considero que dicha tesis está terminada por lo que doy mi voto aprobatorio para que se proceda a la defensa de esta.

Baso mi decisión en lo siguiente:

- El trabajo documenta y analiza rigurosamente la respuesta comunitaria surgida tras el sismo del 19 de septiembre de 2017, acaecido en Morelos, en tanto pieza fundamental para la reconstrucción y elaboración del trauma colectivo.
- Su estudio se sustenta en un amplio y detallado trabajo de investigación-acción participativa en campo. El cual logra conectar de manera acertada con un marco teórico suficiente y acorde con los objetivos de la tesis.

- El trabajo presenta una óptima maduración de las ideas que propone, evidenciando una aportación original, meticulosa y pertinente para el campo de estudio en que se enmarca.

Por lo anterior, considero que la investigación presentada por la Mtra. Espíndola responde satisfactoriamente a los criterios y requisitos que establece el Programa del Doctorado en Humanidades por lo que doy mi voto aprobatorio.

Sin más por el momento, quedo de usted.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia
Dr. Joan Vendrell Ferre

C.c.p. Archivo



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

JOAN VENDRELL FERRE | Fecha:2022-02-24 13:23:38 | Firmante

mlBd5/7Q2sCHyWz/Sc6GDQ5MZ68JPNrsEX5bFWqIWjArEARTLDQ9ZEhr6EMANlou2Xj0DLj+NDrPpYjWCTkZkrZQcNn0S6UFTNMW/x2wyy/c80oGkjWQ+T42QSpSxf2PqfGMf3rfVmyFKg7SEdM8dBqKT8ADgG5vLqUJ33L+HAXTT7VdjeVRa2jqdrui6EzbcN90+hWu4hqilqUdQN3jGuueLrJCAAdj60Ohtfx35mLzX7n4YPEXpZTySK9mcxqAfzMfR6iWS3INKfPT9XDiGDsnAQQg4cznDeHa2LL8UnxUVc1999N7xNoYZkXWEkT5qTmvpuA4xccapUHUNs76pw==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[1bJIRuVjk](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/ir11bStW9ivl4S70Y5imUsmsu3m59V00>



Cuernavaca, Morelos, 06 Mayo de 2022

Dr. Sergio Rodrigo Lomelí Gamboa
Coordinador del Posgrado en Humanidades
Centro Interdisciplinario de Investigación en Humanidades
Doctorado en Humanidades
Universidad Autónoma del Estado de Morelos

P r e s e n t e

Por medio de la presente me permito comunicarle que he leído la tesis “El arte como herramienta de elaboración del trauma colectivo después del sismo del 19 de septiembre” que presenta la alumna:

Thania Espíndola Ayala

Para obtener el grado de Doctora en Humanidades. Considero que dicha tesis está terminada por lo que doy mi **voto aprobatorio** para que se proceda a la defensa de esta.

Baso mi decisión en lo siguiente:

- Es un trabajo con una propuesta innovadora para el trabajo psicosocial.
- Logra es propósito de la interdisciplina al comunicar las artes con las ciencias sociales y del comportamiento.

Por lo anterior, considero que la investigación presentada por la Mtra. Espíndola Ayala responde satisfactoriamente a los criterios y requisitos que establece el Programa del Doctorado en Humanidades. Sin más por el momento reciba un cordial saludo.

Atentamente

Dr. Luis Pérez Álvarez

Profesor Investigador adscrito al CITPsi – UAEM.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

LUIS PEREZ ALVAREZ | Fecha:2022-05-09 08:52:16 | Firmante

gniORjbr1jzDor9h2bCYN2V7Ug6DP9kba/4xgoViyD2C27RiekjW5QcTr4OhGhhzW3LB1LUX/aRpVkJUL0mqWsZahau+2dtzlrpv41o72zX6+wSQQbL69UQ+PniuSbf8Ng7iucIjxU4U9fznOXMdw1vqJtX4mbIzE+rppym+sQ8QCkPTjxC3+YQ/1Bxh8bbAWnjarOIhQGwSEkplUSZNe43RKMgN6sUCFSVDbCrjB5LzvT/4wZSBD4Gjk41plcpz1921nO5Q8JrP7oQrxR+uXfwweoV5y5ybcod9h6WiiGE3pefUMF9K2ryK7jp7y+xtlHFh3ZxfWZQ65kQhkAW9meg==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[h6sKXmNeC](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/C8DbGDevTSRYXLFbgwbzhwa9DK4xDNby>



Cuernavaca, Morelos a 4 de marzo de 2022

Dr. Sergio Rodrigo Lomelí Gamboa
Coordinador del Posgrado en Humanidades
Centro Interdisciplinario de Investigación en Humanidades
Instituto de Investigación en Humanidades y Ciencias Sociales
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
PRESENTE

Por medio de la presente le comunico que he leído la tesis: El arte como herramienta de elaboración del trauma colectivo después del sismo del 19 de septiembre, que presenta:

Thania Espíndola Ayala.

para obtener el grado de Doctor en Humanidades.

Considero que dicha tesis está terminada por lo que doy mi **voto aprobatorio** para que se proceda a la defensa de la misma. Baso mi decisión en lo siguiente:

Durante el proceso del proyecto de tesis la alumna ha realizado los cambios y sugerencias conforme a las diversas etapas de la investigación, por lo que el texto final ya cuenta con una estructura teórica y metodologías ad hoc conforme a sus planteamientos, la argumentación es coherente y se sustenta en un corpus epistemológico de autores y fuentes documentales.

Sin más por el momento, quedo de usted

María Araceli Barbosa Sánchez,
Profesora Investigadora, Fac. Diseño, UA



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

MARIA ARACELI BARBOSA SANCHEZ | Fecha:2022-03-11 12:43:24 | Firmante

C+iocJxkYPXHpvVWbyvoLoalEFihSm/5SPFRVg0RgNni2Ld+KY8WMOH+fwo3PV95+CiohE38y+vAUSk8/wGz/gu6slUeV3X2WqHIMA+9RNkaE9XU0jIDH2kQ8P6PIMVKU+HNw+vkAM7PM8LWcc/qmzZ6buSZpsq4Mt1EwikO1XDxvONA+qpqaR/PwcludJtDMYo/tS2TTXK+9NTIA4W0mKP05DE18G6lppmtuY69ykHOK9tLE/xZgliDSD08T/MJ8vi7/AGa/WTOspuauM5s/lfM54NrCdFYGRDI63iKBH7cr/O1nSEUZO+yqXvrgTRGkj6bl2Q6Oi41XpNfGDWBw==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



VZFLOYE4u

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/ZNuFtHuGzyM5NQkAfAAbk22o3zHJAeO7>





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES Y ESTUDIOS REGIONALES



Cuernavaca, Morelos, 05 de abril de 2022

Dr. Sergio Rodrigo Lomelí Gamboa
Coordinador del Posgrado en Humanidades
Centro Interdisciplinario de Investigación en Humanidades
Doctorado en Humanidades
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
P r e s e n t e

Por medio de la presente me permito comunicarle que he leído la tesis “**El arte como herramienta de elaboración del trauma colectivo después del sismo del 19 de septiembre**” que presenta el alumna:

Thania Espíndola Ayala

Para obtener el grado de Doctora en Humanidades. Considero que dicha tesis está terminada por lo que doy mi **voto aprobatorio** para que se proceda a la defensa de esta.

Baso mi decisión en lo siguiente:

- La tesis presenta un estudio muy completo de las estrategias institucionales para el manejo y gestión del trauma en el marco de las crisis provocadas por eventos naturales, en particular por el sismo. Da cuenta de las deficiencias y las incapacidades de las distintas dependencias para destinar recursos humanos y materiales para la capacitación y atención psicológica de las personas.



- Uno de los aportes que presenta el trabajo de investigación desarrollado por la Mtra. Espíndola Ayala es la revisión de los materiales internacionales para la gestión del trauma en el marco de crisis naturales. Lo cual permite comprender las limitadas capacidades estatales de nuestro país.
- La tesis da cuenta de la importancia que el trabajo colectivo comunitario tiene respecto a la gestión del trauma, y así como la capacidad que el arte tiene tanto para contribuir a este proceso, como para fortalecer los lazos comunitarios.

Por lo anterior, considero que la investigación presentada por la Mtra. Espíndola Ayala responde satisfactoriamente a los criterios y requisitos que establece el Programa del Doctorado en Humanidades y, en consecuencia, doy mi **voto aprobatorio**.

Sin más por el momento, quedo de usted.

Atentamente

*Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia*

Dra. Tania Galaviz Armenta



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

TANIA GALAVIZ ARMENTA | Fecha:2022-04-05 13:28:51 | Firmante

LqrsdRypfL9w4+KVbn0hPR2HaJNQ7nK+uzX8RioplhVGMTDmp+yR4us3OHKEQ2/BQ35MtMjfGv28PX301VHmbuR9QVPyFpBS+yV5Hi4aitnKalLmxlnCKUwk6l0h9JStVZ9up9e6PW3wSCceaGcvDK4ID3XNR9xOo6M8bQaWqjNuL/MLzumA7E8ZB50T208ySeWit9LF2mgfe5aZtYJcM3BGu4BCTuOcv4CUBnhOdZwKQk1a3VNs/of29xJSGiocPq3UvNB+G XuqhO3C1CVTwpLFAdkG2ChQ7mcMqhOZAPMTpxW7T4VilH1pSknP4gcRHA92iSsAmvD78WiZxMs8g==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[AYyJrHf5D](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/tyduTBtKtWtC0casqRnE0qriNZL4R2S1>





Universidad Autónoma del Estado de Morelos

Cuernavaca, Mor. a 21 de marzo de 2022.

Dr. Sergio Rodrigo Lomelí Gamboa
Coordinador del Posgrado en Humanidades
Centro Interdisciplinario de Investigación en Humanidades
Instituto de Investigación en Humanidades y Ciencias Sociales
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
PRESENTE

Por medio de la presente le comunico que he leído la tesis **El arte como herramienta de elaboración del trauma colectivo después del sismo del 19 de septiembre** que presenta:

Thania Espíndola Ayala

para obtener el grado de Doctor en Humanidades.

Considero que dicha tesis está terminada por lo que doy mi **voto aprobatorio** para que se proceda a la defensa de la misma. Baso mi decisión en lo siguiente:

La investigación realizada es una aportación académica interdisciplinar a las teorías, discusiones y debates sobre las diferentes vías para apoyar a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad por eventos naturales con efectos catastróficos. Se trata de un ejercicio de exposición y análisis en tres dimensiones: i) teórica, donde se presenta y discute literatura de la temática proveniente de diferentes disciplinas; ii) la de intervención en campo, a través de la cual se indican las condiciones y los procesos vividos, por diferentes grupos de profesionales del arte y de otros horizontes de formación, para participar, acompañar y apoyar a los habitantes afectados y, una última, iii) en relación con las vías de análisis y reflexión sobre los alcances y límites de las conceptualizaciones disciplinares académicas, así como de las políticas de gobierno y los programas de apoyo planificados para estas situaciones.

Sin más por el momento, quedo de usted

Julieta ESPINOSA MELENDEZ
Profesora – Investigadora UAEM



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

JULIETA ESPINOSA MELENDEZ | Fecha:2022-03-21 16:40:51 | Firmante

kKn6/tpadFR+2ldFyfk7MJNxuTTMtfH44xFTP14K0tsMiiSvzodzEc7SptA6YhyVydO50heXLxQzh3tJMKS4xesjCH+Oop6tn5ejjiIXAcoCyeC40LbvBujd4M1agQY6dQCuDQIYqzKC
GQOfN9q/ub/SMPyk9nBFcCo81QWuUDy3p1FjlgLSiuePzkhfrYmmjmvH38qSqsEMI0otvH5J4o4I9L/qDRhFYmtudoYdcwVT9eXU8dV/v69L2xy3FLa6B1IYHZR0Fm3V8BeideTYK
Ogkj5ymGsvX0fya45yqZFYbBK9nVAnF42ts8bxz6HXx3/c+ufpgQO7AxwuMliLWA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[jfqO1tuLP](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/n8mwW0t9HhURdgiogE3otMAewIFw13YE>





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE DISEÑO

FACULTAD DE
DISEÑO

Cuernavaca, Morelos a 24 de abril de 2022

**DR. SERGIO RODRIGO LOMELÍ GAMBOA
COORDINADOR DEL POSGRADO EN HUMANIDADES
CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE INVESTIGACIÓN EN HUMANIDADES
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
PRESENTE**

Por medio de la presente le comunico que he leído la tesis **EL ARTE COMO HERRAMIENTA DE ELABORACIÓN DEL TRAUMA COLECTIVO DESPUÉS DEL SISMO DEL 19 DE SEPTIEMBRE** que presenta:

THANIA SPINDOLA AYALA

para obtener el grado de Doctora en Humanidades.

Considero que dicha tesis está terminada por lo que doy mi **voto aprobatorio** para que se proceda a la defensa de la misma. Baso mi decisión en lo siguiente:

Cumple con los requerimientos académicos de una tesis de doctorado, y se demuestra un adecuado manejo de la teoría y la información.

Sin embargo, respetuosamente me permito hacer las siguientes sugerencias que no tienen impacto en el sentido del voto, sino que son deseables como parte de la formación metodológica de la estudiante:

- a) Incluir en el apartado de la Metodología lo necesario para especificar el tratamiento a menores de edad entrevistados, ya que deben tener permiso de los padres o tutores.**

LICENCIATURA EN DISEÑO ACREDITADA POR COMAPROD | MAESTRÍA EN IMAGEN, ARTE, CULTURA Y SOCIEDAD PNPIC | ESPECIALIDAD EN DISEÑO EDITORIAL PNPIC | ASOCIACIÓN MEXICANA DE ESCUELAS DE DISEÑO GRÁFICO, ENCUADRE | ASOCIACIÓN MEXICANA DE INSTITUCIONES Y ESCUELAS DE DISEÑO INDUSTRIAL DI-INTEGRA

Av. Universidad 1001, Col. Chamilpa; C.P. 62209, Cuernavaca, Mor.
Tel. (777) 329.7000, Ext. 2195 / direccion.disenio@uaem.mx



1



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE
DISEÑO

- b) **Incluir en los extractos de las entrevistas que se citan en el cuerpo del texto, quien fue entrevistado, cuándo y cómo mediante el estilo de citación pertinente. Esto puede hacerse de forma que se mantenga el anonimato pero que dé cuenta de que están suficientemente sistematizadas las entrevistas.**
- c) **Hay un apartado dónde se trabaja porqué se afirma que el Gobierno no tuvo capacidad de respuesta con datos precisos, mismo que debe autoreferenciarse en otros apartados de la tesis.**
- d) **Especificar que es el terremoto de 2017 en las menciones que se requieran. Hubiese sido deseable que fuera desde el título de la tesis.**

Sin más por el momento, quedo de usted

DRA. LORENA NOYOLA PIÑA
(EFIRMA-UAEM)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

LORENA NOYOLA PIÑA | Fecha:2022-04-24 20:06:40 | Firmante

bfGEjeChN4CKxdSWodiQ/PqGvEhWVD/YEW8qbU3jYHa0FO+5b2TqYTR9ucST6h6diYdC2z0YwXD0KPHvkSUehkgRMQnrPhkgvIANcD88D9NjjBChZMmE9QYoh90N4tZ/nYoLskecLtAtz7+gcdvf7SZqyuC19Y/EeOQjcfZrNRCa7aLiFp9vCkrYUC5WGDIFnrjItJrsIRG30rwQxAN8OuS8hTIhfUTDcPAu/HSauJVZGhQ4BPJcJA7WMIrEbk8AlgZUsH6IAYNrJqWj1xVLo3tEnlaPe+bZp54jwentUvFj8oh/ZulaDHwjUGpMNaxbjtpxpSUrps9U6+gSsCORSw==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[57YvxKDwE](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/5DqBxTnG3wgFMQ2SJJzpEO33Vj3wm4C7>

