

## Evaluación Longitudinal sobre los Estados postraumáticos vinculados a las catástrofes industriales. El caso de la población de San Juan Ixhuatepec (México)

Silvia Rosa Sigales Ruiz\*

Universidad de Colima (México)

**Resumen:** Este estudio identifica los efectos post-traumáticos causados por varias catástrofes industriales ocurridas en el norte de la ciudad de México entre 1984 y 1996. Una muestra de 117 víctimas fue evaluada con la escala ALFEST (Steinitz y Crocq, 1992) para identificar los efectos de la repetición de accidentes industriales (escapes de gas en una industria petrolífera: PEMEX, Petróleos Mexicanos). Los resultados muestran que una catástrofe de este tipo causa significativos efectos post-traumáticos en la salud mental de los individuos, a lo largo del tiempo y desencadenando síndromes psicotraumáticos específicos.

**Palabras clave:** Neurosis traumática; trastorno por estrés post-traumático (TEPT); síndromes post-traumáticos; traumatismos, víctima; catástrofe.

**Title:** Longitudinal evaluation of the effects of posttraumatic stress after an industrial catastrophe. The case of San Juan Ixhuatepec community (México).

**Abstract:** This study identifies the posttraumatic effects caused by several industrial catastrophe occurred in the north of Mexico city between 1984 and 1996. A sample of 117 victims was assessed with the ALFEST Scale (Steinitz y Crocq, 1992) to identify the effects of industrial accidents repetition (gas leakage from a petrochemical company: PEMEX, Petróleos Mexicanos). The results shown that a catastrophe of this kind causes significant posttraumatic effects on the mental health of the individuals along many years, and triggering specific psychotraumatic syndromes.

**Key words:** Traumatic neurosis; posttraumatic stress disorder (PTSD); psychotraumatic syndromes; traumatism; victim; catastrophe.

### Introducción

Con el desarrollo industrial la sociedad se enfrenta a nuevos peligros. En la actualidad, son numerosos los accidentes industriales que han hundido a nuestras sociedades en el desamparo y el sufrimiento debido a una catástrofe. Las pérdidas materiales y humanas son siempre la marca irrevocable del efecto devastador de estos fenómenos de la era moderna. Sin embargo, estos efectos desestabilizadores de la personalidad no son identificados a simple vista por los sujetos confrontados a una situación de desastre, en sus diversos niveles de implicación (servicios de rescate, víctimas directas o indirectas, testigos, etc.). Las alteraciones psicológicas asociadas al Trastorno por Estrés Post-traumático (TEPT) son identificados como las secuelas más comunes, sin embargo después de este estudio longitudinal se pudo constatar que estos trastornos pueden evolucionar a largo plazo en síndromes psicotraumáticos o en una neurosis traumática, vinculada a este tipo de traumatismo *mortífero*.

Nuestro interés por este tema surgió después de ser testigos de una catástrofe industrial ocurrida en un suburbio al norte de la ciudad de México. Desde este accidente en 1984, la población de esta localidad se enfrentó repetidamente (noviembre de 1984, noviembre de 1990 y noviembre de 1996) con otros accidentes industriales en los mismos depósitos de la industria petroquímica PEMEX (Petróleos Mexicanos). A partir de este hecho, emprendimos la tarea de definir e identificar las secuelas psicológicas que un evento como este puede dejar a lo largo plazo (Sigales, 2002). Este estudio longitudinal evalúa las secuelas psicológicas a largo plazo de las "víctimas latentes" (Crocq, 1994) que ha vivido la experiencia de un accidente repetido en los depósitos de la industria petroquímica PEMEX.

### Método

Nuestras pruebas se aplicaron a una muestra de 117 sujetos (73 mujeres y 44 hombres), de entre 24 a 60 años de edad, con el fin de evaluar las secuelas post-traumáticas en las "víctimas latentes", confrontadas a los accidentes repetidos en los depósitos de PEMEX (desde la catástrofe industrial en 1984 y hasta el último accidente en 1996).

Dadas las características del contexto de nuestra investigación, hicimos un estudio descriptivo no experimental (Hernández, Fernández y Baptista, 1998). Observamos al fenómeno desde un modelo transversal, realizándose una sola recopilación de datos en una sola etapa. Se tradujo y validó en lengua castellana el *Inventario-Escala de Neurosis Traumáticas* (Escala ALFEST) de Steinitz y Crocq (1992). Con esta escala evaluamos el evento traumático, el síndrome de repetición (específico), otros síntomas neuróticos (no específicos), la personalidad traumático-neurótica (específico), ligados todos ellos a la neurosis traumática y a los trastornos por estrés post-traumáticos (TEPT) o los síndromes psicotraumáticos.

Las características específicas de nuestra muestra fueron haber sobrevivido a los tres accidentes industriales (1984, 1990 y 1996) y haber sido "víctima latentes".

La escala ALFEST Steinitz y Crocq (1992) es un instrumento que permite realizar un inventario y una evaluación clínica de la neurosis traumática, de los Trastornos por Estrés Post-traumático (TEPT) y otros estados secuenciales del traumatismo psíquico. Esta escala incluye cuatro apartados:

- **El Traumatismo (Hoja A).** Esta hoja nos permite poner de relieve los componentes del acontecimiento traumático, su naturaleza, así como una descripción breve del traumatismo y de sus circunstancias. Así mismo, a partir de 46 ítems pudimos evaluar la violencia del trauma, las causas humanas, el impacto físico, el impacto psíquico y la "abreación" precoz después del acontecimiento.
- **El Estado Anterior (Hoja B).** Esta hoja nos permite explorar los antecedentes médicos, quirúrgicos y psiquiátricos del sujeto, así como de su familia; el objetivo es identificar en el sujeto una posible vulnerabilidad (coyuntural) o una predisposición (estructural) que pueda ayudarnos en la identificación de posibles traumas.

\* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Silvia Rosa Sigales Ruiz. Facultad de Psicología de la Universidad de Colima. Av. Universidad N° 333. Col. Las Viboras. Colima Col. C.P. 28040 México. E-mail: [ssigales@uacol.mx](mailto:ssigales@uacol.mx)

matismos psíquicos anteriores o acontecimientos mayores que hayan marcado su vida.

- **El Cuadro Clínico de la Neurosis Traumática (Hoja C).** A partir de un cuadro clínico de 121 síntomas (15 rúbricas o epígrafes semiológicos), se identifican los síntomas más frecuentes en las descripciones clínicas de la neurosis traumática. Todos los síntomas referidos están contenidos como criterios de diagnóstico del DSM-IV.
- **La Auto-evaluación (Hoja D).** A partir de diez escalas analógicas, el sujeto puede evaluar por sí mismo el efecto traumático del fenómeno de repetición de los accidentes industriales, así como el efecto en sí mismo de la catástrofe industrial (1984).

## Resultados

### Evaluación del traumatismo (Hoja A)

En lo que se refiere a la evaluación del traumatismo, los resultados de cada epígrafe son:

*Violencia del trauma:* Bajo este epígrafe se evaluó el traumatismo psíquico del sujeto. Las respuestas de la muestra se encontraron entre un traumatismo psíquico vinculado al fenómeno de repetición y un traumatismo psíquico vinculado a la catástrofe industrial de 1984 (ver Tabla 1).

Tabla 1: Causa del Traumatismo.

Violencia del trauma	Hombres	Mujeres
Traumatismo psíquico vinculado <i>al fenómeno de repetición</i>	40.90%	34.24%
Traumatismo psíquico vinculado <i>a la catástrofe industrial de 1984</i>	59.1%	65.76%

*Parte de causas humanas:* Bajo este epígrafe, el sujeto identificó la causa principal del traumatismo psíquico. Las respuestas muestran que un 39.31% de los sujetos de la muestra consideraron que la catástrofe industrial de 1984 se debió a un "error humano", mientras que 60.68% consideró la catástrofe como un "accidente industrial".

*El impacto físico:* Aquí es importante señalar que nuestra muestra tuvo la particularidad de ser "víctima latente", por lo que no tuvo daños físicos considerables, de hecho en la mayoría de los casos, se trató sólo de rasguños. Sin embargo, esto no evita que estas marcas hayan dejado una huella psíquica de gravedad. Además, el hecho de no ser afectado físicamente por el acontecimiento no significa que esto pueda ser considerado como un factor de protección; al contrario, el sujeto no herido, pero testigo de la "violencia" de tal acontecimiento puede sentirse afectado directamente por el impacto emocional causado por tal evento.

*Impacto psíquico:* Un 98.63% de las mujeres así como el 100% de los hombres de nuestra muestra afirmaron tener aún trastornos vinculados a este factor. Los trastornos más sobresalientes obtenidos en nuestra evaluación son: *miedo, susto y sorpresa*. En general, la población interrogada calificó de intenso

y muy intenso, los efectos experimentados de los síntomas referidos en este apartado. Por otra parte, estos resultados van a verse más acentuados en la evaluación clínica de esta escala (hoja "C").

*Abreacción precoz:* Un 94.52% de las mujeres así como un 95.45% de los hombres afirmaron haber tenido un abreacción precoz. Así pues, podemos constatar que la población interrogada tuvo la posibilidad de tener una abreacción positiva, en particular en la catástrofe industrial de noviembre de 1984.

### El Estado Previo (Hoja B)

En esta hoja, los antecedentes y la personalidad previa tienen un lugar importante. La información recogida por esta escala se esfuerza en abarcar todos los elementos útiles para considerar el estado psíquico previo al traumatismo. Sin embargo, en el caso de nuestra muestra, las respuestas dadas fueron escasas. Los datos obtenidos se recogen en la Tabla 2.

Tabla 2: Resultados Hoja B.

Indicador	Respuesta
<b>Notables Antecedentes familiares</b>	ninguna respuesta
<b>Antecedentes personales:</b>	
- Médicoquirúrgicos a repercusión psíquica	1 caso
- Psicósomático	10 casos
- Psicóticos	ninguna respuesta
- Neuropáticos	32 casos
- Sociopáticos	ninguna respuesta
<b>Psicotraumatismos previos</b>	ninguna respuesta
<b>Otros acontecimientos de vida notables</b>	ninguna respuesta
<b>Personalidad previa</b>	ninguna respuesta

### Inventario Semiológico (Escala de Evaluación Clínica, Hoja C)

Con el fin de conocer el perfil semiológico de nuestro caso de estudio, vamos a presentar en función del género los resultados obtenidos más significativos de las tres secciones constituidas de cinco epígrafes.

- a) *El síndrome de repetición (específico):* Un 87.12% de las mujeres y un 83.62% de los hombres presentan trastornos vinculados a este factor. De ellos, un 73% de las mujeres presentan al menos 5 síntomas. En cuanto a los hombres, el 70% presentan al menos 4 síntomas. Los trastornos evaluados en nuestra prueba son los que aparecen en la Tabla 3.

**Tabla 3:** El síndrome de repetición (específico).

Población en general	+ para las mujeres	+ para los hombres
<i>dar vuelta mentalmente a una idea</i> , recuerdos súbitos, nudo en la garganta, <i>vivir como si</i> , palidez, sudor,	pesadillas, coraje <i>temblores</i>	<i>vivir como si</i> , diarreas, dolores estomacales.

- b) *Otros síntomas neuróticos (no específicos)*: Un 69.4% de las mujeres y un 65.46% de los hombres manifiestan tener trastornos vinculados a este apartado. Así, observamos que un 74% de las mujeres y un 77% de los hombres tienen al menos 5 síntomas (Tabla 4).

**Tabla 4:** Otros síntomas neuróticos (no específicos).

Población en general	+ para las mujeres	+ para los hombres
tensión arterial, inquietud sin miedo de inseguridad, cansancio muscular, agotamiento al hacer esfuerzo, sensación de cansancio, disminución en la agilidad para pensar, necesidad de verificar todo con insistencia, crisis de nervios, ataque de llanto	sin ob- jetos, fobias de concentración, mucha- dum- calvicie, fuga.	dificultades de concentración, hipertensión, bulimia

- c) *Personalidad traumato-neurótica (específico)*: Los trastornos descritos en este epígrafe nos permitieron identificar las características de la personalidad del sujeto. Los resultados obtenidos en los cinco factores están vinculados a la personalidad histérica, obsesiva y fóbica. Un 55.9% de las mujeres y un 53.66% de los hombres afirmaron tener trastornos relativos a este aspecto. Así, 49.31% mujeres y un 54.54% de los hombres presentan al menos 5 síntomas (ver Tabla 5).

**Tabla 5:** Personalidad traumato-neurótica.

Población en general	+ para las mujeres	+ para los hombres
sueño ligero, hipervigilancia, sueños inquietos a media noche, percepción ansiosa del medio ambiente, huida en la hiperactividad, sensación de no tener un porvenir, sentimiento de incompreensión, sin ayuda.	esfuerzos por evitar pensar en la situación, pérdida de interés por el trabajo y las diversiones, frialdad hacia los demás, exigencias insatisfechas de atención, busca de protección, desconfianza	bajo nivel de rendimiento, egocentrismo, irritabilidad, agresividad, sentimiento de incompreensión, sin ayuda.

- d) *Evaluación global: Inventario semiológico*: Las respuestas obtenidas en cada una de estas tres secciones nos permitieron examinar la afluencia de los trastornos predominantes en

nuestra muestra. Las respuestas presentadas en este inventario semiológico nos mostraron que la población interrogada afirmó experimentar trastornos ligados a la nomenclatura post-traumática. El grado de intensidad de estos trastornos en general fue de *medianamente intenso*.

En estos resultados, podemos distinguir la decreciente relación que existe entre las tres secciones. Por otra parte, el síndrome de repetición es el que prevalece en nuestra muestra. Sin embargo, es necesario no olvidar que el valor de esta escala se centra en la evaluación del grado de intensidad sentido por los trastornos, más que por el número de síntomas experimentados. Así, según estos resultados, observamos que el grado de intensidad evaluado en general fue de *medianamente intenso*.

### Auto evaluación (Hoja D)

La cuarta hoja de esta escala se refiere a la auto evaluación del sujeto con relación al traumatismo consecutivo a la catástrofe industrial de 1984. De este modo, pudimos conocer la evaluación subjetiva efectuada por el propio sujeto. Clasificamos los resultados obtenidos, según su significado semiológico.

Hemos observado que las respuestas son muy homogéneas. Sin embargo, si consideramos la media estadística podemos observar que los datos más elevados están en las mujeres: En primer lugar, el *estado de alerta* relativo a la personalidad traumático-neurótica (específico), seguido de *accesos neurovegetativos espontáneos o provocados* que se reportan en el síndrome de repetición; y, por último, el *cansancio físico y mental* que se refiere a otros síntomas neuróticos (no específicos).

Por otra parte, se puede distinguir la manifestación significativa de otros trastornos vinculados con el síndrome de repetición; se trata del sobresalto a los estímulos. La forma clínica predominante en esta auto-evaluación se centró en el síndrome de repetición.

En lo que se refiere a la población masculina podemos observar que hay un estado de alerta que está vinculado a la Personalidad traumático-neurótica (específico), seguido de *sobresalto a los estímulos* vinculados al Síndrome de repetición, y en último lugar, *cansancio físico y mental*, referente a los otros síntomas neuróticos (no específicos). Por otra parte, observamos también la *dificultad para dormir en la noche*, relativo a la Personalidad traumático-neurótica (específico), en esta sección hubo también una frecuencia significativa. Podemos señalar pues que la forma clínica predominante en esta auto-evaluación se ha centrado en la Personalidad traumato-neurótica (específico).

### Evaluación clínica según la intensidad del traumatismo psíquico

Los resultados presentados aquí corresponden a la evaluación clínica obtenida a partir del Inventario-Escala de Neurosis Traumática, en lo que se refiere a las hojas "A" y

"C", aplicadas a una muestra de 117 sujetos, de los cuales 62.39% son mujeres y un 37.61% son hombres.

Los resultados de forma clínica según la intensidad del traumatismo psíquico se pueden observar en la Tabla 6.

**Tabla 6:** Evaluación clínica según la intensidad del traumatismo psíquico.

Forma clínica	Mujeres	Hombres
poco grave	5.4%	4.5%
moderado	19.1%	29.5%
medianamente grave	30.1%	36.3%
grave	28.7%	22.7%
muy grave	16.4%	6.8%

En lo que se refiere a la auto-evaluación, los sujetos de nuestra muestra refirieron haber sufrido un traumatismo *menos intenso* de lo que muestra la evaluación clínica (ver Tabla 7).

**Tabla 7:** Auto-evaluación en hombres y mujeres.

Forma clínica	Mujeres	Hombres
poco grave	31.5%	25%
moderado	24.6%	29.5%
Medio	31.5%	27.2%
Grave	9.5%	6.8%
muy grave	1.3%	9%
sin respuesta	1.3%	2.2%

En la auto-evaluación los sujetos consideraron tener un traumatismo psíquico diferente al evaluado en la "hoja C" (evaluación clínica), donde la puntuación más representativa se encuentra entre las mujeres, ya que fue de un traumatismo bajo la forma clínica evaluada como *mediano* (31.5 %) y *poco grave* (31.5 %). En cuanto a los hombres, experimentaron un traumatismo psíquico bajo la forma clínica evaluada como *moderado* (30.2 %), y *mediano* (27.9 %). Así, en estos resultados aparece una diferencia entre la evaluación clínica y la auto-evaluación, es decir, que la población femenina consideró, según su auto evaluación, haber sufrido un traumatismo bajo la forma clínica evaluada como *poco grave* y *mediano*.

La población masculina por su parte, consideró de acuerdo a su auto-evaluación, haber sufrido un traumatismo bajo la forma clínica evaluada como *poco grave* y *mediano*.

## Discusión

Los datos que obtuvimos en esta evaluación nos han permitido entrever varias líneas de interpretación, dada la riqueza de su contenido. Pudimos constatar que, en efecto, la catástrofe industrial de 1984 pudo someter, al aparato psíquico de la población definida como "*víctima latente*", a una dificultad capaz de metabolizarse en un traumatismo psíquico. Ciertamente, a causa de la violencia experimentada en el primer accidente industrial (1984), los sujetos han estado inmersos en las reminiscencias de la angustia, lo cual ha organizado en un primer momento el *Síndrome psicotraumático* derivado del traumatismo.

Los resultados obtenidos muestran que la población de nuestro caso de estudio manifestó sentir esa violencia, causada por la *sorpres*a, el *susto* y el *miedo* (la tríada del pánico), evaluado por ellos mismos como *intenso* (33 %) y *muy intenso* (57 %). De este modo, podemos decir que el traumatismo experimentado por la población es en efecto un traumatismo *mortífero*, procedente de una situación en la cual se enfrentó el individuo a la muerte, cuyo pánico emocional es el concomitante probablemente del traumatismo psíquico. Para Bailly (1994), este pánico y su carácter destructor está asociado con el encuentro con la muerte; más concretamente, este encuentro va a ser un encuentro no representable del sujeto con su muerte. Este tipo de situación va a cuestionar las bases del narcisismo en el sujeto, que se va a ver modificado para siempre, pero también la parte social del individuo.

Otro factor que puede agravar a largo plazo la salud del individuo es la reactualización del traumatismo por la aparición de un nuevo traumatismo. En efecto, el hecho de que esta población pueda verse enfrentada a otros accidentes industriales con ese potencial para traumatizar en serie o en cascada, puede actualizar de nuevo el traumatismo mortífero inicial, y puede hacer ineficaz aquello que había permitido detener este traumatismo (Croqç, 1990). Así pues, para nosotros, la cronicidad de los accidentes repetidos puede tener un triple valor en el desarrollo de una psicopatología:

- 1) Por una parte, se trata de un estrés que genera amenaza incesante de riesgo de otros accidentes. Esta amenaza mantiene a la población en un estado de espera continuo, en la cual la angustia es permanente y el miedo constante.
- 2) Se trata de la reactualización del traumatismo mortífero inicial, cuyo efecto traumático se encuentra en la señal particular de esos posibles encuentros con otros accidentes sucesivos, y no en la acumulación de estos acontecimientos traumáticos. Pueden también desencadenar el Síndrome de repetición traumático, que se produce cuando las modalidades de sustituciones establecidas por el sujeto ya no son suficientes, e implican la desestabilización de un equilibrio que a veces la función paliativa de los síntomas y conductas de la fase de latencia permite aún mantener (Briole, Lebigot, Lafont y Favre, 1994).
- 3) Sin embargo, sucede también que un segundo traumatismo oculta el primero, y en consecuencia funciona como suplente.

En esta investigación observamos que el Síndrome de repetición evaluado por la escala ALFEST está siempre vinculado a los recuerdos de la catástrofe industrial ocurrida en 1984. Estos recuerdos son mucho más recurrentes que los recuerdos de los accidentes de 1990 y los de 1996. Así pues, un 47% de la muestra evaluada consideró haber tenido aún repeticiones en el estado de vigilia con alucinaciones auditivas y olfativas de la explosión, de los olores a carne quemada, haber repetido el acontecimiento inicial hasta dar vueltas mentalmente a la idea de "¿cuándo va a terminar esto?" "¿por qué sucedió esto?", y de sentimientos de culpabilidad. Por otra parte, estas "vueltas mentales" dan lugar a emocio-

nes aún intensas acompañadas de descargas neurovegetativas (nudo en la garganta, temblor, palidez). Además, estas “vuel-  
tas mentales” se convierten en una verdadera tortura mental, dejando al individuo agotado e incapacitado de cara a la realidad de seguir viviendo en este lugar, que es una zona de alto riesgo industrial y de la cual además les resultó imposible salir o irse a vivir a otro lugar.

Por lo que respecta al Síndrome de repetición, el 40% de nuestra muestra informa tener aún pesadillas y sensaciones de *vivir como si* (como si otra explosión fuese a tener lugar). Aunque estas pesadillas desaparecían al cabo de algunos meses, volvían de nuevo sin que el sujeto entienda la lógica de esta presencia-absencia. Por ello, estas pesadillas hacen reaparecer la angustia y sentimientos de impotencia ante un nuevo accidente. Por otra parte, consideramos que el hecho de que otros accidentes industriales se reproduzcan en los depósitos de PEMEX, acentuarían en esta población el sentimiento de vivir como si el acontecimiento podría aún reproducirse.

También podemos observar que un 84% de los sujetos son también *muy sensibles a los estímulos evocadores de la catástrofe*. Además, un 95% de los sujetos interrogados afirmaron tener todavía trastornos psíquicos vinculados al Síndrome de Repetición, manifestando, como indicadores principales en nuestra muestra, *coraje, inquietud, ansiedad* y sentir *impotencia*.

Esta evaluación clínica tiene en cuenta también los otros trastornos neuróticos que acompañan el Síndrome de repetición patognomónico de la neurosis traumática. Por lo tanto, podemos observar que la frecuencia de los trastornos vinculados a este segundo aspecto de la evaluación clínica es menor con relación al primero. Así el 79% de la población evaluada indicó tener trastornos de ansiedad generalizada, en los cuales no hay estímulos específicos pero el sujeto sigue estando bajo tensión interior. Se trata pues de una forma difusa y crónica de la ansiedad que puede darse en relación con múltiples circunstancias de la vida del sujeto, incluido el sentimiento de inseguridad vinculado a la percepción del peligro. Un 80% de la muestra expresó tener cansancio mórbido que persiste a pesar del descanso. Este cansancio puede ser triple: física, psíquica y sexual. Los sujetos que respondieron dijeron que principalmente habían experimentado un cansancio general, un agotamiento rápido al menor esfuerzo físico, así como una reducción de las facultades mentales de atención, adquisición mnésica y concentración intelectual.

Cuando el sujeto se enfrenta a un acontecimiento traumático, si es ya portador de una psiconeurosis, resiste menos bien a las agresiones que traumatizan, y hacen una neurosis traumática invadida de su sintomatología psico-neurótica habitual (Crocq, 1987). En nuestra evaluación, pudimos observar que el 62% tuvieron síntomas vinculados a una superestructura psiconeurótica. Así, entre esta población:

- El 22% tienen síntomas vinculados a una superestructura psico-neurótica obsesiva (darle vueltas mentalmente a una idea, rituales de carácter religioso para sentirse protegidos).

- El 32% tienen síntomas vinculados a una pseudo fobia adquirida como condicionamiento a partir de una situación real (miedo, susto, angustia, que le conducen a la evitación siempre vinculada al acontecimiento traumático).

- El 29% tienen síntomas vinculados a una superestructura psico-neurótica histérica (desordenes psicósomáticos, jaquecas, migrañas, *fatiga* ansiedad).

En nuestra experiencia, estos desordenes no son desproporcionados con la causa objetiva. Recordemos que la neurosis traumática es capaz de producir la angustia, conversiones, pseudofobias y rituales protectores obsesivos, sin que sea necesario que el sujeto esté predispuesto a crear tales síntomas.

Del mismo modo, debemos considerar también la aparición de trastornos psicósomáticos después de las emociones de la catástrofe, los trastornos enlistados por el Inventario-Escala de neurosis traumática ayuda a definir algunos de estos trastornos. Entre los trastornos más importantes observamos: la hipertensión, la colitis irregular y la úlcera gastro-intestinal, evaluados en un 41% de nuestra muestra. Además, en nuestra experiencia observamos que después del accidente de 1984, los casos de diabetes y dolores de cabeza habían aumentado considerablemente.

Los trastornos de la personalidad forman también parte de las secuelas psíquicas de las catástrofes industriales, aunque los trastornos de la personalidad no son patognomónicos de la neurosis traumática. De hecho, un 68% de nuestros evaluados tuvieron principalmente *crisis nerviosas, agresividad y crisis de llantos*. Sin embargo, las respuestas encontradas aquí, parecen ocultar una realidad que no podemos ignorar. En efecto, en la población interrogada los sujetos manifestaron un resultado muy escaso en lo que se refiere a la toxicomanía y el alcoholismo. Aunque en nuestra evaluación de los trastornos de este tipo no los manifestaron realmente, en nuestra experiencia *en el terreno*, observamos que después del accidente de 1984, los problemas vinculados al alcoholismo habían aumentado, en la población en general, un 36%, mientras que los problemas vinculados a la toxicomanía habían aumentado un 19%. Además, pudimos constatar también un considerable aumento de tabaquismo y la denuncia de caso de incestos, de agresiones sexuales, e incluso de prostitución<sup>1</sup>.

Dentro de la información obtenida, también evaluamos los cambios ocurridos en la personalidad del sujeto bajo el impacto del trauma. Entre los indicadores situados en la escala ALFEST, podemos observar que:

- El 50% de la población evaluada presentó un bloqueo en la función de filtración, donde el sujeto expresa determinada incapacidad para reconocer y discriminar en su medio ambiente, los estímulos peligrosos de los estímulos banales (Crocq, 1999). Para nosotros, este bloqueo se produce también en la percepción que tiene la población de esta

<sup>1</sup> Informe del Centro de Salud Social de San Juan Ixhuatpec, bajo la dirección de Cristina Chimal y Miguel A. Jiménez, hecho por el Ministerio de Salud y Asistencia Pública, 1989, México.

zona de alto riesgo industrial, pues las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones se fijan de manera importante en el psiquismo del sujeto (Folkman y Lazarus, 1988).

- El 45% presenta un bloqueo en la función de presencia, que se manifiesta en la población interrogada por miradas ausentes, sin esperanzas y una tendencia a la inacción y al abandono de sus proyectos. Consideramos que en la manifestación de este bloqueo entran también en juego los factores de vulnerabilidad y la repetición de los accidentes en PEMEX, que dan prueba de la indiferencia ante las denuncias y los problemas no resueltos.
- El 51% presenta un bloqueo de las funciones de relación afectiva, amorosa y social. Por una parte, esto implica actitudes de dependencia hacia el ambiente, principalmente frente a las personas que pueden representar una autoridad moral (asistente social, médicos, sacerdotes, profesores, etc.); y, por otra parte, implica actitudes de irritabilidad y conductas agresivas hacia la familia y los vecinos principalmente, así como un gran sentimiento de incompreensión y desconfianza.

Estas alteraciones van a desembocar en una nueva personalidad, cuya dinámica de su psiquismo reproduciría o perpetuaría los trastornos de la neurosis traumática. En los datos obtenidos, se puede observar que solamente un 55% de la población de nuestra muestra expresó tener trastornos vinculados a la última Hoja de la escala en un grado de *medianamente intenso*.

Los resultados obtenidos en este inventario-escala de neurosis traumática nos permitieron definir el perfil semiológico de nuestro caso de estudio. Podemos hacer una doble lectura de estos resultados en función del sexo:

En la población femenina:

- El 71% de las mujeres revelaron tener una neurosis traumática evaluada estadísticamente como *medianamente grave*. Los resultados obtenidos en la auto-evaluación nos permiten suponer que en algunos casos, este traumatismo es negado por el propio sujeto o inadvertido en otros casos.
- El 29% de las mujeres revelaron tener síndromes psicotraumáticos. En efecto, podemos observar la afluencia más pronunciada de los trastornos vinculados al *síndrome de repetición* que a la modificación de la personalidad.

En la población masculina:

- Un 68% de los hombres presentaron una neurosis traumática, evaluada estadísticamente como *medianamente grave*. El resultado de su auto-evaluación nos permite suponer que algunos sujetos niegan este traumatismo o no lo perciben.
- Un 32% de hombres revelaron tener un síndrome psicotraumático, encontrando una afluencia más constante de los trastornos vinculados al *síndrome de repetición*.

Los resultados obtenidos en esta evaluación nos permiten observar que en los casos evaluados como neurosis

traumática, así como en los que se evaluaron como síndromes psicotraumáticos, el síndrome de repetición es el que prevalece, caracterizado principalmente por *la vivencia psíquica del síndrome de repetición* (96%) y *sensibilidad a los estímulos* (87%). Para Briole (1994), este predominio del síndrome de repetición puede infiltrar otras expresiones neuróticas, por lo tanto las especificidades propias a cada una estarán en primer plano del cuadro clínico.

Podemos encontrar la alternancia entre la preponderancia del síndrome de repetición y la patología neurótico-histérica u obsesiva, según la cual los síntomas conducen a veces a aliviar la angustia. Si tomamos en cuenta los resultados obtenidos en la auto-evaluación, esta alternancia es posible en nuestro caso de estudio. En efecto, en la auto-evaluación, los sujetos de nuestra evaluación, experimentaron el efecto post traumático en una forma clínica *moderada*. La población considera normal manifestar algunos síntomas vinculados al acontecimiento traumático y a las repeticiones de los accidentes industriales (inquietud, sueño ligero, pesadillas, ira, sensibilidad a los estímulos específicos, etc.). De hecho, las modificaciones de la personalidad las reconocen, pero como una mejora, lo que permite una especie de adaptación, pero que implica por otra parte una vida insostenible en la que el sujeto hace sufrir a su propia familia, por su reorganización caracterial irritable, posesiva y exigente (Crocq, 1999). Esto puede contribuir entre otras cosas, que a largo plazo sea la causa de graves problemas de violencia intrafamiliar en San Juan Ixhuatepec.

Así pues, la neurosis traumática y los síndromes psicotraumáticos evaluados hasta ahora no tienen un *efecto clínico grave*, en los cuales los casos más definidos conducen al sujeto a una dimensión depresiva y suicida. Sin embargo, este hecho no impide la posibilidad de una evolución hacia una *forma silenciosa* (Crocq, 1992) de la enfermedad. Sobre todo si tomamos en cuenta, por una parte, la vulnerabilidad de los individuos ante los problemas cotidianos (desempleo, problemas económicos o de salud, luto, y otros graves accidentes industriales, etc) y, por otra parte, su medio ambiente sociocultural (corrupción, violencia social, la crisis económica del país, etc.), que pueden contribuir al desconocimiento de las formas disimuladas o discretas de otras manifestaciones silenciosas. Estas manifestaciones silenciosas pueden vincularse con los antecedentes traumáticos, o con la estructura de la personalidad que puede dar origen a conductas de dependencia al alcohol o a la droga, marginación social, distintos comportamientos delictivos, etc., o a enfermedades psicósomáticas. Consideramos que las afecciones evaluadas aquí, aunque detectadas solamente a partir de una evaluación clínica, pueden ser de evolución crónica y silenciosa. El camino en la intervención para este tipo de afecciones es largo y queda por saber cuál será el futuro de las afecciones producidas por esta evolución.

## Referencias

- Bailly, L. (1994). *Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant*. Paris: ESF.
- Briole, G., Lebigot, F., B. Lafont, J.-D. y Favre, D. (1994). Le traumatisme psychique: Rencontre et devenir. *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française*. Paris: Masson.
- Crocq, L. (1987). Les réactions émotionnelles dans les catastrophes. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37113 (D- 10), 1-8. Paris: Elsevier.
- Crocq, L. (1990). Réactions psychiques dans les catastrophes. En P. Deniker, T. Lempérière y J. Guyotat (Eds.), *Précis de psychiatrie de l'adulte* (pp. 262-269). Paris: Masson.
- Crocq, L. (1992). Panorama des séquelles des traumatismes psychiques, névroses traumatiques, états de stress post-traumatique et autres séquelles. *Psychologie Médicale*, 24(5), 427-432.
- Crocq, L. (1994). Les victimes psychiques. *Victimologie*, 1, 25-33.
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Dunod.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466-475.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.
- Sigales, S. (2002). *Contribution à l'étude des états de stress post-traumatiques des situations de catastrophes. Les perturbations psychiques chez les «victimes attendantes» de la catastrophe industrielle de San Juan Ichuatepec (México)*. Toulouse (Francia), Tesis doctoral (no publicada), Université de Toulouse II.
- Steinitz, A. y Crocq, L. (1992). L'Inventaire Échelle de Névrose Traumatique. *Psychologie Médicale*, 24(5), 437-445.

(Artículo recibido: 1-2-05; aceptado: 18-4-06)