



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

400282



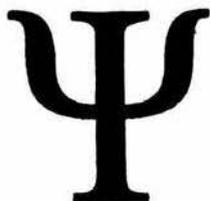
61060

**"ATENCION PSICOLOGICA A VICTIMAS DE
DESASTRES EN SALAS DE URGENCIAS"**



U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MONICA ADELAIDA ISAIS REYNOSO



LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEX.

1996



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

GRACIAS es una palabra corta y fácil de pronunciar, pero llena de tantas emociones y sentimientos difíciles de expresar.

Y más aun cuando con ella cierras un período importante dentro del desarrollo profesional y personal, y con ello lograr conocer personas increíbles, reconocer a tus amigos y apreciar a un más a tu familia.

En este momento es cuando me doy cuenta y valorizo a un más que antes el gran valor que tienen mis maestras y asesoras, quienes no sólo me regalaron parte de su tiempo y de sus conocimientos, sino que me permitieron conocerlas fuera del aspecto docente y aprendí no sólo con ellas conocimientos profesionales, sino el valor de dar y ayudar, comprendí que son seres extraordinarios a los cuales amo y respeto profundamente además de considerarlas mis amigas. Gracias Mtra. Amparo Caballero, Mtra, Ma. Antonieta Dorantes, Lic. Norma Coffin, Lic. Beatriz Frias y Lic. Margarita Martínez, por estar conmigo durante todo este proceso, sin su ayuda no hubiera sido posible su realización.

A mis amigos, quienes constantemente me demostraron interés y apoyo a lo largo de este trabajo, apoyandome en

conseguir información, en agilizar trámites y en criticar lo que estaba haciendo, sin su ayuda este trabajo no hubiera sido tan divertido. Especialmente un Gracias con mucho amor y especial gratitud para Anabell, quien a pesar de algunos momentos de distancia física me ha demostrado lo fuerte de nuestra amistad, Gracias al Lic. Roque Olivares y a la Lic. Landa por el enorme apoyo y paciencia durante mis trámites administrativos, son dos personas de una grandeza espectacular; a Fernando por su constante estar dando lata, principalmente estos últimos meses, a través de los cuales me ha demostrado lo valioso de su amistad.

Y a Joaquín quien forma parte importante en este trabajo y al cual quiero muy especialmente, gracias por estar conmigo y apoyarme.

A mi familia (Abuelita, Tías y Mamá) no me resta más que decirles gracias por su amor, apoyo y sobre todo tolerancia en mis momentos de crisis durante este período de titulación, me demostraron más que nunca lo que me aman y lo mucho en que puedo confiar en ustedes, un GRACIAS jamás logrará expresar lo especiales que son para mí y lo mucho que las admiro y respeto.

A un ser muy especial el cual aun no conozco pero al que amo demasiado y que ha sido pieza fundamental en este trabajo

logrando a sus ocho meses de gestación darme todas las energías para concluir este trabajo antes de su llegada, a mi hijo, de quien desde ahora, espero ser amiga, confidente y madre en forma incondicional en reciprocidad a la gran dicha de tenerlo y de compartir con él día a día sus triunfos y fracasos convertidos en buenas experiencias y principalmente verlo disfrutar del triunfo de titularse en una carrera profesional, hijo éxito y gracias.

Gracias a todos aquellos que a lo largo de este tiempo han estado conmigo y que se han interesado por mí y mi desempeño profesional, y a quienes, al igual que yo esta en busca de alcanzar sus metas, suerte y que pronto las logres.

I N D I C E

RESUMEN	IZT.	1
INTRODUCCION		2
JUSTIFICACION		9
CAPITULO I. DESASTRES		14
1.1 Definición		14
1.2 Clasificación		19
1.3 Fases de los desastres		21
1.4 Aspectos técnicos de los desastres		24
1.4.1 Sismos		24
1.4.2 Inundaciones		26
1.4.3 Incendios		28
1.4.4 Riesgos Químicos		30
1.5 Desastres mas frecuentes en la República Mexicana		32
CAPITULO II. CENTROS MEDICOS DE URGENCIAS.		35
2.1 Protección Civil		35
2.2 Sector Salud		37
2.2.1 IMSS e ISSSTE		40
2.3 El área de la salud ante los desastres		45
2.4 Cruz Roja		48
2.5 Programas de atención psicológica		52

CAPITULO III. VICTIMAS DE UN DESASTRE	57
3.1 Definición	57
3.2 Consecuencias psicológicas en la víctima	61
CAPITULO IV. INTERVENCION PSICOLOGICA	73
4.1 Conceptos clave para conocer las reacciones de las víctimas	74
4.2 Objetivos en la intervención psicológica a víctimas de un desastre	77
4.3 Técnicas de intervención terapéutica	80
1. Intervención en crisis	80
2. Psicoterapia breve intensiva y de urgencia (PBIU)	88
3. Psicoterapia breve sistémica (Escuela de Palo Alto)	92
METODO	101
RESULTADOS	104
DISCUSION	115
PROPUESTA	123
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	145
ANEXO	149

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es evaluar y analizar la actividad del psicólogo dentro de las salas de urgencia, al igual que la conducta de otros profesionales en relación a su trabajo; para demostrar la importancia del psicólogo dentro de las salas de urgencias y proponer un manual de intervención psicológica de emergencia a víctimas de desastre. Para lo cual se realizó una investigación bibliográfica y hemerográfica sobre los temas de: desastres, centros de urgencia, víctimas de desastres e intervención psicológica. Además de un estudio preliminar aplicado al personal de los centros de urgencias, cuyos resultados dieron a conocer los siguientes puntos: 1) el psicólogo no se encuentra en las salas de urgencias, 2) la atención psicológica a lesionados y familiares de éste, no se encuentra en ningún hospital y 3) el psicólogo debe capacitarse para su trabajo en la salas de urgencias. Basado en esto, se propuso un manual que participe en la formación del personal urgencias, teniendo por objetivo concientizar al lector de que la víctima del desastre debe aprender a manejar sus reacciones emocionales posteriores a este evento a través del tratamiento psicológico, y que esta primera ayuda psicológica en la sala de urgencias es la base para el posterior manejo terapéutico.

INTRODUCCION

Los desastres son eventos inesperados e inevitables que afectan un área amplia o en un sitio específico; originan destrucción considerable de bienes materiales y pueden dar por resultado muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano en grado variable. Para su estudio el desastre es considerado como el conjunto de elementos que interactúan entre ellos y que pueden, o no, ser simultáneos. Sus componentes esenciales son: agentes perturbadores, agentes afectables y agentes reguladores (Cohen,1989; CENAPRED,1994; Hyman,1990).

Los desastres según su naturaleza se clasifican en: geológicos, hidrometeorológicos, químicos, sanitarios y socio-organizativos (CENAPRED,1994); presentando tres fases (Cohen,1989): la fase de PREIMPACTO, la fase DE IMPACTO y la fase de POSIMPACTO.

Erikson (1976, citado en Cohen,1989) señala dos tipos diferentes de trauma psicológico, individual y colectivo, que son evidentes en la conducta de las personas afectadas por un desastre. Estos pueden ocurrir uno en ausencia del otro, pero están relacionados y suelen ocurrir en forma conjunta. En situación de desastre es posible distinguir tres tipos de síndromes (o conjunto de síntomas): el desastre, el contradesastre y el derrotismo.

En cuanto a las reacciones emocionales, estas son clasificadas de la siguiente manera (Márquez,1993): en fase heroica, en fase de bienestar emocional, en fase de desilusión, en fase de reconstrucción, en reacciones individuales y colectivas en situación de desastre.

Son particularmente susceptibles a las reacciones físicas y psicológicas ante un desastre, quienes:

- * son vulnerables como resultado de vivencias traumáticas previas,
- * están en riesgo a causa de enfermedades recientes,
- * experimentan estrés y pérdidas graves,
- * pierden sus sistemas de apoyo social y psicológico, y
- * carecen de habilidades para la resolución del problema.

Son conceptos clave que se consideran para comprender las reacciones de los damnificados:

- * Estrés y crisis,
- * pérdida, duelo y pena,
- * recursos sociales y emocionales, y
- * resolución de crisis y adaptación (Cohen,1989).

Un desastre provoca en el individuo la angustia de lo

inesperado, que produce fantasías de mutilación, de atrapamiento, de pérdida de familiares, despierta temor desquiciante de perder el equilibrio psíquico, o de perder la propia existencia. Es un fenómeno grave porque en quienes sobreviven a él, el dolor por la pérdida de familiares, amistades y conocidos, además de la angustia de perder "lo hecho durante años con el esfuerzo", propicia sentimientos de estar solo, de abandono, de impotencia para resolver la situación, que pueden conducir a trastornos por estrés postraumático. Se pierde para siempre el sentimiento de invulnerabilidad y la seguridad interior se derrumba. En algunos casos se manifiestan reacciones neuróticas agudas: angustia, irritabilidad y belicosidad, fácil fatigabilidad (Márquez,1993). Por su parte los familiares de la víctima suelen presentar sentimientos de culpa e impotencia, a su vez los miembros de rescate suelen experimentar frustración, cólera, culpa e impotencia (Hyman,1990).

Knobel (1987) menciona que la psicoterapia es una asistencia que se propone tratar problemas de naturaleza emocional, pretendiendo eliminar o modificar aquello que el paciente presenta como perturbador, siendo esto un proceso evolutivo. Dentro de las técnicas terapéuticas en condiciones de desastre Márquez (1993) menciona las intervenciones en casos de emergencia, las intervenciones en crisis y la psicoterapia dinámica breve. Por su parte Flores (1993)

menciona la técnica de relajación de Wolpe, la técnica de asertividad, la intervención en crisis y la psicoterapia breve, individual y de grupo. Feria y Ribera (1994) mencionan a la psicoterapia breve y de emergencia. Slaikeu (1988) a la intervención en crisis y Bellak (1993) a la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia.

De acuerdo a las características geográficas y a la distribución demográfica de la República Mexicana, es frecuente que en ella exista la presencia de algún agente desencadenante de un desastre, por lo cual, es necesario que diversos organismos, instituciones, profesionistas y población civil en general, se encuentre preparada para actuar ante los mismos.

En el presente trabajo se muestra un panorama general de lo que es un desastre y de sus consecuencias, de las instituciones y organismos que prestan auxilio en esta situación y sobre todo, ahonda en la labor del psicólogo como profesional de la salud mental.

Poniendo especial interés en los programas de atención psicológica prestada en los centros médicos de urgencias. Ya que como se podrá ver a los largo del presente trabajo, la labor del psicólogo en casos de desastres, es principalmente en la fase de posimpacto en los refugios y colaborando con

otros profesionales de la salud que pueden rechazar o inferiorizar la labor del psicólogo en estos casos; pero también se podrá ver que es importante la intervención del psicólogo en las primeras horas posteriores a la fase de impacto; y en éstas, por lo general las personas se encuentran dentro de los centros médicos de urgencias.

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar y analizar la actividad del psicólogo dentro de las salas de urgencia, al igual que la conducta de otros profesionales en relación a su trabajo; para demostrar la importancia del psicólogo dentro de las salas de urgencias y proponer un manual de intervención psicológica de emergencia a víctimas de desastre.

Siendo sus objetivos particulares:

1.- La elaboración y aplicación de un cuestionario al personal de urgencias (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos), que laboren en el IMSS, ISSSTE y Cruz Roja del D.F. y área metropolitana, para evaluar la actividad del psicólogo dentro de las salas de urgencias y de su relación con los otros profesionales del área.

2.- La elaboración de un manual de atención psicológica a víctimas de desastres en salas de urgencia, dirigido al

personal de urgencias.

Para lo cual se desarrolló en el presente trabajo los siguientes puntos:

En el primer capítulo se desarrolló lo referente a desastres, aspectos técnicos e incidencia en nuestro país.

En el segundo capítulo se desarrolló lo referente a los centros de urgencia, en éste se habló de instituciones como el IMSS, ISSSTE y Cruz Roja, de la organización y del personal que labora en las salas de urgencias de estas instituciones, haciendo referencia a las instituciones que se encuentran en el D.F. y el área metropolitana. Así como de los programas de atención y prevención en caso de desastres.

En el tercer capítulo se desarrolló lo referente a víctimas de desastres, poniendo especial interés en las consecuencias psicológicas en la víctima y haciendo énfasis en el aspecto psicológico que muestran las investigaciones realizadas en México a partir de septiembre de 1985.

En el cuarto capítulo se desarrolló lo referente a la intervención psicológica, haciendo énfasis en los conceptos clave para conocer las reacciones de las víctimas, los objetivos del trabajo terapéutico y las técnicas de

intervención terapéutica.

En la discusión se desarrolló lo referente al debate los resultados del estudio preliminar.

En la propuesta se desarrolló un manual de atención psicológica a víctimas de desastre en salas de urgencia.

Por último se anexo el instrumento empleado en el estudio preliminar.

JUSTIFICACION

Debido a las características geográficas y a la distribución demográfica de la Ciudad de México (área metropolitana y D.F.), es frecuente la presencia de algún agente desencadenante de un desastre.

Los desastres (humanos o naturales) rompen la cotidianidad de la vida de un hombre; al ocasionar daños físicos y/o mentales; por lo que se hace latente el hecho de que se participe activamente prestando atención de urgencia según el caso.

En relación a los daños físicos existen ya instituciones, tanto privadas como del gobierno, organizadas que prestan este tipo de ayuda, por mencionar alguna, se encuentra la Cruz Roja. Pero en su mayoría, estas instituciones cubren únicamente el aspecto físico de una víctima de desastre; pero ésta no sólo tiene daños físicos, sino que también presenta reacciones emocionales que deben ser atendidas en el momento.

Para atender este tipo de reacciones se hace necesaria la participación activa del psicólogo, quien debe estar apacitado para atender a este tipo de personas y contar con un lugar dentro de la sala de urgencia de estas

instituciones.

Hasta ahora y partiendo del desastre más significativo en México (el sismo de 1985) se han realizado diversas investigaciones sobre la atención a víctimas de desastres, éstas se han desarrollado principalmente en albergues, sin embargo Márquez (1993) reporta que si la atención a víctimas hubiese sido dada lo más próximo al suceso, muchos de los efectos que mostraba la población o no se hubieran presentado o se presentarían con menor intensidad. Además de que el psicólogo debe de estar preparado al igual que las instituciones para actuar en caso de desastre, para poder cubrir las necesidades de la población.

Partiendo de lo anterior, se hace patente el hecho de que la intervención del psicólogo, debe ser lo más cercana al desastre y que en la mayoría de los casos, las víctimas de los mismos son trasladados a centros de urgencias médicas, donde pasan las primeras horas posteriores al suceso aislados del medio y estresados.

Esta situación no sólo afecta a la víctima sino a su entorno (familiar y social) dependiendo de la magnitud del desastre; pero no debemos de esperar a que suceda un desastre natural o del hombre, cuyas magnitudes abarquen a la mayoría; para poder actuar.

De las investigaciones realizadas se han derivado manuales de atención y organización en casos de desastres, pero todos ellos hablan de desastres de gran magnitud y la mayoría aplicados en albergues; Pero ¿qué sucede con las víctimas de desastres como los incendios, los accidentes aéreos, terrestres o marítimos, por mencionar algunos, y que son más frecuentes que los anteriores? Basta con escuchar diariamente las noticias para ver la magnitud de estos sucesos; pero casualmente para ellos no se ha escrito mucho y tampoco se hace mucho. Se actúa para atenderle en cuestiones físicas (atender sus heridas, lesiones, traumatismos); se le da rehabilitación en caso de perder algún miembro y después se le atiende psicológicamente.

Pero en tanto que sucede, todo este proceso lo vive la víctima, por lo general solo y estresado, en un ambiente desconocido al suyo y con personas ajenas a él. Se olvida el aspecto emocional, queda en segundo plano. Y ante esto surge el cuestionar, ¿cómo es que se ha permitido que esto suceda? y ¿cómo se podría solucionar?.

Para poder dar respuesta a estas interrogantes es necesario, no sólo realizar una revisión bibliográfica y hemerográfica exhaustiva, sino también ir directamente a los centros de urgencias a conocer y observar el trabajo del personal de urgencias, sobre todo el del psicólogo.

Para poder así obtener directamente de la fuente la información que se necesita, para lo cual, es necesario contar con un instrumento que permita obtener el máximo de información requerida, en un mínimo de tiempo y a bajo costo.

El cuestionario con preguntas abiertas, es el instrumento idóneo para cumplir dicho propósito, ya que permite obtener la información que se requiere en forma directa y en poco tiempo, a través de la elaboración previa de ítems que ayudan a obtener la información requerida sobre un punto específico. Además de que se puede emplear el cuestionario como la base de una entrevista guiada o como el instrumento de una encuesta.

Como se mencionó previamente, dentro de las técnicas terapéuticas en condiciones de desastre Márquez (1993) menciona las intervenciones en casos de emergencia, las intervenciones en crisis y la psicoterapia dinámica breve.

Por su parte Flores (1993) menciona la técnica de relajación de Wolpe, la técnica de asertividad, la intervención en crisis y la psicoterapia breve, individual y de grupo. En tanto que Bellack (1993) nos habla de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia.

Siendo la terapia breve, intensiva y de urgencia, junto

con la intervención en crisis, las más idóneas para el tratamiento de víctimas de un desastre al igual que a familiares de la víctima, por tener como objetivo principal reducir los efectos de los trastornos mentales, de víctimas y familiares, a través de la primera ayuda psicológica; además de considerar a los profesionales de la salud como ayudantes importantes para su aplicación.

Por lo que el presente trabajo se basará en éstas técnicas para analizar la actividad del psicólogo dentro de las salas de urgencia, al igual que la conducta de otros profesionales en relación a su trabajo; para justificar la importancia del psicólogo dentro de las salas de urgencia y principalmente para la elaboración de un manual de intervención psicológica de emergencia a víctimas de desastre, dirigido al personal de urgencias de los centros de urgencias de la Ciudad de México.

CAPITULO I DESASTRES

1.1 DEFINICION

Los desastres han sido objeto de estudio para diversas ciencias generando una gran variedad de investigaciones que se han realizado, cuyos resultados obtenidos permiten conocer aspectos como sus características, aspectos técnicos, su frecuencia dependiendo de las características geográficas de la zona, sus consecuencias, en fin la gama extraordinaria de conocimientos que se ha derivado de estos estudios es extensa y enriquecedora.

En el presente capítulo, se empleará parte de esta extensa gama de conocimientos relacionados con los desastres, y se iniciará el mismo con el concepto de desastres.

Los desastres han sido definidos por diversos autores y organizaciones; Cohen (1989) define a un desastre como un evento extraordinario que origina destrucción considerable de bienes materiales y que puede dar por resultado la muerte, lesiones físicas y/o el sufrimiento humano.

Márquez (1993), lo define como el suceso causado por fuerzas naturales o humanas que puede resultar física o

psíquicamente traumático; y que produce pérdidas humanas, materiales y culturales, además de ocasionar al ser humano gran angustia y dolor.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al desastre como una situación que implica amenazas imprevistas, graves e inmediatas para la salud pública (citada en Márquez 1993).

Para el Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED, 1994), es un evento centrado en tiempo y en espacio, resultado del impacto de un agente perturbador o calamidad en un agente o sistema afectable, y cuyos efectos pueden ser prevenidos, mitigados o evitados por un agente regulador.

Para su estudio se ha considerado como el conjunto de elementos que interactúan entre ellos y que pueden, o no, ser simultáneos. Sus componentes básicos son: a) los agentes perturbadores (fenómenos naturales o humanos); b) los agentes afectables (asentamientos humanos) y c) los agentes reguladores.

Los *agentes perturbadores* son de origen natural o humano; estos agentes pueden alterar el funcionamiento normal de los asentamientos humanos (sistemas afectables) y

producir en ellos un estado de desastre. Los mecanismos generadores son los procesos a través de los cuales se producen las calamidades, y están constituidos generalmente por las siguientes etapas:

- * Preparación: determina la conjunción de las condiciones necesarias para la formación de la calamidad.
- * Iniciación: es la excitación del mecanismo.
- * Desarrollo: es la fase de crecimiento o intensificación del fenómeno.
- * Traslado: consiste en el transporte de elementos o energía del fenómeno, del lugar de inicio al de impacto.
- * Producción de impactos: se entiende como la manifestación y realización del fenómeno o agente perturbador en el sistema afectable.

Los mecanismos de encadenamiento son aquellos que propician, que como consecuencia de la presencia de una primera calamidad, surja otra, a esta última se le llama "calamidad encadenada" (CENAPRED, 1994).

Los *agentes afectables* son el sistema compuesto por el hombre y su entorno físico -incluye a la población, los servicios y los elementos básicos de subsistencia; los bienes

materiales y la naturaleza- donde pueden materializarse los desastres al presentarse un agente perturbador.

El impacto es cualquier incidencia de un agente, elemento o suceso sobre el sistema afectable, que produce efectos indeseables -o daños- de diversos tipos: humanos, materiales, productivos, ecológicos y sociales.

Los *agentes reguladores* están constituidos por la organización de instituciones además de las acciones, normas, programas y obras destinadas a proteger a los agentes o sistemas afectables, y a prevenir y controlar los efectos destructivos de los fenómenos o agentes perturbadores.

El desastre es considerado usualmente como un hecho inesperado e inevitable, que tiene diversas características. Algunas surgen con lentitud, otras de manera repentina y sin advertencia alguna; pueden afectar un área amplia o sus efectos se ejercen en un sitio específico; también varía su duración (horas, minutos o segundos); por último produce daños materiales y pérdidas humanas en grado variable (CENAPRED, 1994).

Las definiciones antes descritas son unas de las que se han desarrollado con el objeto de explicar a los desastres, pero como ya se mencionó, este fenómeno es objeto de estudio

de diversas ciencias, entre ellas la psicología, y por tanto, su definición debería abarcar el aspecto psíquico, el cual ha sido desplazado y únicamente es mencionado como una de las posibles causas originadas por un desastre (y lo menciona Márquez, 1993).

Es importante mencionar que los estudios de los desastres y por ende la definición de la cual se ha partido para su estudio, han permitido integrar diversos elementos -descritos con anterioridad-, pero que el elemento psicológico ha sido desplazado, por lo que, aquí se entenderá por desastre a:

Suceso inesperado causado por fuerzas naturales o humanas que afecta un área de dimensiones variables; produce daños materiales, pérdidas humanas y lesiones físicas; de duración variable y que resulta psíquicamente traumático.

Debido a lo anterior, es necesario que el psicólogo tome parte activa de los estudios relacionados con este fenómeno y colabore con las disposiciones, reglamentos y leyes que otorgan atribuciones y facultades a distintas dependencias y organismos para prevenir, auxiliar y apoyar a la población en situaciones de desastre, existentes en México y para lo cual se hace necesario conocer diversos aspectos sobre los desastres como su clasificación.

1.2 CLASIFICACION

Como se mencionó anteriormente los *agentes perturbadores* son de origen natural o humano; los primeros provienen de la naturaleza (cambios en las condiciones ambientales) y los segundos son la consecuencia de la acción del hombre y de su desarrollo.

Con base en estos agentes es que el CENAPRED (1994) clasificó a los desastres de la siguiente forma:

I.- Los desastres se clasifican de acuerdo con la forma de ocurrencia en previsibles y no previsibles; de los primeros es posible tener conocimiento previo a su ocurrencia por lo que se facilita aplicar, acciones de prevención. En tanto que los segundos se presentan súbitamente, como los sismos, los incendios y las explosiones.

II.- Los desastres según su naturaleza se clasifican de la siguiente manera:

* Geológicos: los cuales se producen por la actividad de las placas tectónicas, fallas continentales y regionales que cruzan y circundan a la República Mexicana. Fenómenos de este tipo son: los sismos, el vulcanismo, los deslaves y colapsos de suelos, el hundimiento regional, el

agrietamiento, los maremotos (tsunamis) y los flujos de lodo.

* Hidrometeorológicos: derivan de la acción violenta de los agentes atmosféricos como los huracanes, las inundaciones fluviales y pluviales, -costeras y lacustres-, las tormentas de nieve, granizo, polvo y electricidad, y las temperaturas extremas.

* Químicos: se encuentran íntimamente ligados a la compleja vida de la sociedad, al desarrollo industrial y tecnológico de las actividades humanas, y al uso de las diversas formas de energía. Generalmente afectan en mayor medida a las grandes concentraciones humanas e industriales. En esta clase están incluidos los incendios -urbanos y forestales-, las explosiones, radiaciones, fugas tóxicas y envenenamientos masivos.

* Sanitarios: se vinculan con el crecimiento de la población y la industria. Sus fuentes se ubican en las grandes concentraciones humanas y vehiculares. Destacan en este grupo , la contaminación de aire, suelo y agua; la desertificación, las epidemias y las plagas, y la lluvia ácida.

* Socio-Organizativos: se originan en las actividades de las concentraciones humanas, y en el mal

funcionamiento de algún sistema de subsistencia que proporciona servicios básicos. Entre las calamidades de este tipo están los desplazamientos tumultuarios, las concentraciones masivas de personas en locales o áreas poco idóneas, y los accidentes terrestres, aéreos fluviales y marítimos que llegan a producirse por fallas técnicas y humanas, que por su magnitud o tipo pueden afectar a parte de la sociedad.

En este punto se vuelve a observar el hecho de que el factor psíquico como agente perturbador, no es tomado en cuenta, por tanto, se propone la idea de introducir este factor en el desarrollo de estudios posteriores que nos permitan obtener información para determinar disposiciones, reglamentos y leyes que otorgan atribuciones y facultades a distintas dependencias y organismos para prevenir, auxiliar y apoyar a la población en situaciones de desastre, existentes en México, y en particular para la función y desempeño del psicólogo en estos casos, al igual que en el planeamiento del trabajo del mismo dentro de las fases de los desastres, las cuales serán descritas a continuación.

1.3 FASES DE LOS DESASTRES

Los desastres presentan diversas fases como:

La fase de *preimpacto*: la cual abarca las etapas que

preceden al desastre mismo, incluidas la de amenaza y advertencia. Por la primera se entiende el peligro general y a largo plazo constituida por la posible calamidad que hace a ciertas áreas y sus habitantes estar en mayor riesgo que otros. En tanto que la etapa de advertencia: puede ser vaga general, o específica.

La fase de *impacto*: período en la que la comunidad se ve afectada por el desastre y el período subsecuente, en que se organizan las actividades de ayuda.

La fase de *posimpacto*: ésta empieza varias semanas después de ocurrido el desastre e incluye las actividades continuadas de ayuda, así como la evaluación de los tipos de problemas que suelen experimentar los individuos (Cohen, 1989).

Para Márquez (1993) las fases que constituyen a un desastre son la que se mencionan a continuación:

- * las condiciones previas al desastre,
- * los fenómenos de advertencia,
- * la amenaza real,
- * el impacto,
- * el inventario acerca de lo sucedido,
- * tareas de rescate,
- * tareas para remediar la situación, y

* tareas de reestablecimiento.

De acuerdo con las fases antes descritas se puede concluir que el factor humano está presente en cada una de ellas, por ende se puede determinar que el factor psíquico también se encuentra presente en cada una de estas fases y por tanto existe alguna alteración en este factor dentro de cada una de las fases, una vez más se puede observar que éste ha sido omitido.

Cabe mencionar la importancia de este factor ya que Erikson (1976, citado en Cohen,1989) señala dos tipos diferentes de trauma psicológico (individual y colectivo), que son evidentes en la conducta de las personas afectadas por un desastre.

El trauma individual es "...un golpe a la psique que rompe las defensas de la persona de manera tan repentina y tan fuerte que no es posible responder a él de manera eficaz" (Erikson,1976, citado en Cohen,1989 p.5).

El trauma colectivo es "... un golpe a la trama de la vida social que lesiona los vínculos que unen a la gente y daña el sentido prevaleciente de comunidad" (Erikson,1976,citado en Cohen,1989 p.5). Estos pueden ocurrir uno en ausencia del otro, pero están relacionados y

suelen presentarse en forma conjunta.

Para comprender mejor la importancia de la relación existente entre los desastres y los efectos que producen en la población que los vive, es necesario describir en forma general algunos de los diversos aspectos técnicos de los desastres, para lo cual se desarrollará el siguiente subtema.

1.4 ASPECTOS TECNICOS DE LOS DESASTRES

El Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED), uno de los organismos en la República Mexicana que se ha encargado del estudio de los desastres, del cual se ha derivado una extensa bibliografía que permite obtener un basto conocimiento de los mismos y de las diversas medidas de prevención que se han desarrollado, por lo que, se ha tomado información significativa de la bibliografía emitida por ésta institución y bajo la cual se desarrolla el presente subtema, iniciando con:

1.4.1 SISMOS

Con base en su causa de origen, los desastres se clasifican en NATURALES y ARTIFICIALES. Los sismos de origen Natural pueden ser de tres tipos:

1. Sismos Tectónicos.

2. Sismos Volcánicos.

3. Sismos de Colapso.

Este tipo de sismos generalmente liberan una mayor cantidad de energía y, por tanto sus efectos en la superficie son mayores en relación a los sismos artificiales.

Los sismos artificiales son producidos por el hombre a través de explosiones convencionales o nucleares, y con diversos fines. En ocasiones su intensidad es lo suficientemente grande para ser detectados por sismógrafos en diversas partes del planeta, pero sólo llegan a sentirse en sitios cercanos al lugar donde se produce (CENAPRED,1994).

La intensidad de un sismo está asociada al lugar de origen o epicentro, y se asigna su magnitud en función de los efectos causados en el sitio (en el hombre, en sus construcciones). La forma de medir al tamaño real de un sismo tiene que ver con la cantidad de energía liberada, la cual es independiente de la localización de los sismógrafos que lo registren.

La consecuencia de un sismo tectónico bajo el fondo del océano son los maremotos (Tsunamis), que provocan ondas que se propagan a partir de los alrededores de la fuente del terremoto y viajan a través del océano hasta que llegan a la

costa, provocando olas que pueden llegar a ser hasta de 30 metros de altura.

1.4.2 INUNDACIONES

De acuerdo con su origen, las inundaciones se clasifican en: pluviales, fluviales y costeras.

Las inundaciones pluviales y fluviales se dan como consecuencia de las precipitaciones (que pueden presentarse en alguna de las siguientes formas: lluvia, nieve o granizo), que se producen cuando la humedad contenida en los mares, océanos y otros grandes cuerpos de agua es transportada hacia la tierra por el viento. El proceso puede originarse debido a la existencia de: huracanes, vientos normales, masas polares y procesos convectivos.

Además de verse afectadas las zonas costeras por los Tsunamis, pueden ser afectadas por las mareas de tormenta, donde la sobre elevación del nivel medio del mar hace que éste penetre tierra adentro afectando en algunas ocasiones zonas muy amplias (CENAPRED,1994).

Con la finalidad de disminuir los daños causados por las inundaciones se han desarrollado medidas de protección para la sociedad, las cuales son de dos tipos: las estructurales y

las no estructurales o institucionales. Las primeras, constituidas por obras de infraestructura hidráulica destinadas al control de inundaciones, son clasificadas en:

- a) Obras de regulación (presas y el mejoramiento de cuencas) para poder ir contrarrestando parcialmente, los efectos negativos de la urbanización.
- b) Obras de rectificación (rectificación de cauces)
- c) Obras de protección (éstas consisten en: bordos longitudinales)

Las segundas, son las medidas de Protección Civil que buscan disminuir los daños causados por las inundaciones y que pueden ser de carácter permanente o aplicables sólo en relación a la presencia de un fenómeno hidrometeorológico importante.

Las medidas permanentes están constituidas por la reglamentación del uso de suelo, cuyo objetivo es evitar que bienes de gran valor económico y social se ubiquen en zonas de riesgo.

En tanto que las medidas de operación, son las medidas que se toman cuando se presenta un fenómeno de ésta índole, y

las cuales deben apoyarse en modelos de pronóstico en sus diferentes fases. Tales como las medidas para la población en caso de inundaciones las cuales están descritas de acuerdo a un orden cronológico (antes, durante, después) con base en el desarrollo del evento; escritas en frases afirmativas (por ejemplo, durante el evento desconecte los equipos de gas y energía eléctrica), dispuestas en forma de listado que facilitan su consulta y su presentación es en folletos, lo cual permite su distribución y por ende, su fácil acceso a la población en general.

1.4.3. INCENDIOS

El incendio es fuego no controlado de grandes proporciones, que se presenta ya sea de manera gradual, súbita o instantánea, que produce daños materiales, pueden ocasionar lesiones o pérdidas humanas y deterioro ambiental; en la mayoría de los casos el factor humano es causa de los incendios (CENAPRED,1994).

El fuego ha sido clasificado en cuatro tipos básicos, cada uno identificado por una letra del alfabeto. El Fuego tipo A, es aquel que se origina a partir de materiales que contienen carbono. El tipo B, se inicia a partir de algunos líquidos o sólidos inflamables, que pueden ser solubles o insolubles en agua. El fuego de tipo C, se produce a partir

de la corriente eléctrica. Cuando entran en contacto bajo ciertas condiciones físicas y químicas, algunos materiales como el sodio, el potasio o el magnesio con el agua producen el fuego de tipo D.

Los incendios se clasifican en urbanos y forestales. En el primero hay destrucción total o parcial de instalaciones, casas o edificios y existe ya sea dentro o alrededor una concentración de asentamientos humanos. Estos se dividen en domésticos, comerciales e industriales. El incendio forestal se presenta en áreas cubiertas de vegetación cuando se dan las condiciones propicias para que reaccionen elementos como material combustible y una fuente de calor. Estos se subdividen en aéreos o de copa y rastreros o de superficie.

Según su magnitud un incendio puede clasificarse en:

1. *Connato*, cuando se inicia y puede ser controlado fácilmente.

2. *Incendio parcial*, es aquel en el que una instalación o un área geográficamente determinada es abarcada parcialmente por el fuego y tiene posibilidad de salir de control y causar víctimas o daños mayores.

3. *Incendio total*, es aquel en el que el fuego se

encuentra fuera de control ocasionando una alta destrucción dentro de una área o instalación difícil de combatir directamente, y por consecuencia deben protegerse vidas y bienes de los alrededores a través de la evacuación (CENAPRED,1994).

Al igual que en el caso de los sismos, se ha desarrollado una guía de medidas de operación, que se toman cuando se presenta un fenómeno de ésta índole, y las cuales deben apoyarse en modelos de pronóstico en sus diferentes fases.

1.4.4. RIESGOS QUIMICOS

Los riesgos químicos son los accidentes químicos que pueden ser originados por una explosión o incendio en una planta o almacén; por fugas o derrames en una planta, almacén o durante la transportación de productos químicos; por envenenamiento o radiaciones debidas al inadecuado manejo de los desechos (CENAPRED,1994).

En relación a las acciones que deben de realizarse en caso de un accidente químico, éstas están clasificadas en las acciones que deben tenerse antes del accidente y en las que deben tenerse después del accidente; las cuales se presentan a continuación.

Antes del accidente debe hacerse: 1) evaluación de riesgos, 2) medidas de prevención y 3) planificación de la mitigación de los efectos. Después del accidente las fases de respuesta son: 4) emergencia (reacción y velocidad de acción adecuada y precisa), 5) el seguimiento y 6) rehabilitación (de las instalaciones).

En cada uno de los distintos desastres tratados con anterioridad se puede observar que existen una serie de medidas desarrolladas que indican a la persona como actuar cuando se encuentre de alguna forma incluida en éste.

Y una vez más se puede observar que estas medidas sólo abarcan el aspecto conductual y material, pero cabe preguntar si las personas que se encuentran de una u otra forma relacionados con el desastre ¿no sufren alteraciones emocionales?, ¿su estado mental acaso no se ve afectado por la situación que vive? y ¿será que no es necesario que se desarrollen medidas de prevención a nivel psicológico para éstas personas?, y lo más importante ¿qué está haciendo el psicólogo, cómo está formando parte activa de esta situación?.

Es importante recordar que los desastres en la República Mexicana no son algo nuevo y han hecho historia. A continuación se desarrollará un breve bosquejo de lo que ha

ocurrido en este territorio.

1.5. DESASTRES MAS FRECUENTES EN LA REPUBLICA MEXICANA

La información que se tiene sobre los desastres que han ocurrido en México, se empieza a registrar a partir del período preclásico (que abarca los dos últimos milenios antes de nuestra era) (CENAPRED,1994).

Se inicia la historia con la erupción del Xitle, que afecta el centro ceremonial de Cuicuilco. Mil quinientos años antes de nuestra era se registran los desastres de tipo socio-organizativos (producto de la actividad del hombre) dentro de las civilizaciones Maya, Tolteca y Azteca; dos sismos y una inundación, los cuales son descritos por cronistas del siglo XVI.

Durante la época colonial se registraron desastres de índole sanitaria, hidrometeorológica, así como 16 sismos en diversas localidades de la República Mexicana.

En el siglo XIX se registraron diversos huracanes, ciclones, temporales, inundaciones y epidemias.

En el siglo XX además de los desastres de índole natural se sumaron los provocados por el hombre, y debido a la

explosión demográfica, se incrementaron las víctimas y los daños materiales; de los desastres que se agregan a la lista se encuentra el aumento de incendios principalmente de tipo urbano, accidentes químicos y de tipo socio-organizativos.

Un ejemplo de esto son los desastres registrados en la última década (1980-1990) dentro de los cuales destacan los huracanes Olivia y Rosa en 1982; las inundaciones de 1980 y 1984 en Jalisco, Veracruz y Tamaulipas, además de la ocasionada por el río Panuco.

Dentro de los derrumbes destaca el del estadio de Mérida en Yucatán. También destaca la erupción del Chichonal en Chiapas; otra tragedia fue la de San Juan Ixhuatepec, en donde millones de litros de gas estallaron. Dentro del rubro de los sismos se encuentran los de 1980 y 1985, en las ciudades de León, Oaxaca, Jalisco y México, D.F. En 1988 destaca el huracán Gilberto.

En lo que va de la presente década destacan en 1992 la explosión en Guadalajara, en 1993 las lluvias en Tijuana, los derrumbes en Veracruz, los huracanes Gert y Calvin, el derrame químico en las costas de Michoacán, la tormenta Hillary y el huracán Lidia (CENAPRED, 1994).

Como se puede observar México tiene una basta historia,

dentro del área que corresponde a los desastres; destacando el hecho de que conforme aumenta el factor humano y con ello su desarrollo económico y cultural, incrementa el índice de frecuencia de los diversos tipos de desastre y con ello el número de víctimas que dejan.

Es a partir del sismo de septiembre de 1985, que se inicia una nueva cultura hacia los desastres para los mexicanos. Es así como con el desarrollo de investigaciones se va dando origen a un bagaje de conocimientos que van desde la clasificación, definición e historia de los desastres en la República Mexicana hasta los planes de prevención y afrontamiento a los desastres, estos últimos han ido formando parte activa del hombre dentro de sus diversas áreas, siendo una de ellas el área de la salud.

CAPITULO II

CENTROS MEDICOS DE URGENCIAS

En la República Mexicana existe una red de atención a la salud, de la cual, se hablará de la estructura del sector salud en el D.F. y área Metropolitana. De ésta se mencionarán aspectos generales que permitan tener un bosquejo sobre su organización y actitud ante los desastres. Por lo que se hace necesario comenzar a hablar sobre Protección Civil.

2.1 PROTECCION CIVIL

En México, a raíz de los sismos de septiembre de 1985 las acciones de protección civil se consolidaron; debido a los dolorosos resultados de ese desastre se hizo patente la necesidad de intensificar todas las acciones que llevaran al tratamiento de los desastres desde un punto de vista integral en donde, cada ciencia aportara observaciones y propuestas a la búsqueda de una mayor eficacia en la defensa y preservación de la vida humana, de sus productos culturales y de su medio ambiente, ante los daños que ocasionan los fenómenos destructivos (CENAPRED, 1994).

Es la suma de los sismos de septiembre de 1985 y otros que le antecedieron, lo que conllevó a la necesidad de

perfeccionar los dispositivos de protección civil, creandose el 9 de octubre del mismo año la Comisión Nacional de Reconstrucción con el fin de "dirigir adecuadamente las acciones de auxilio a la población damnificada, sentar las bases para establecer los mecanismos, sistemas y organismos para atender mejor a la población en la eventualidad de otros desastres, incorporando las experiencias de instituciones públicas, sociales y privadas, de la comunidad científica y de la población en general" (CENAPRED,1994;p.20).

El 29 de noviembre de 1985 en sesión plenaria se presentaron las aportaciones resultantes de la Comisión Nacional de Reconstrucción que sirvieron de base para la conformación del Sistema Nacional de Protección Civil, definiéndolo como "Un conjunto orgánico y articulado de estructuras y relaciones funcionales, métodos y procedimientos que establezcan las dependencias y entidades del sector público entre sí, con las organizaciones de los diversos grupos privados y sociales y con las autoridades de los estados y municipios a fin de efectuar acciones de común acuerdo destinadas a la protección de los ciudadanos contra peligros y riesgos que se presentan en la eventualidad de un desastre" (CENAPRED,1994;p.22). El Sistema Nacional de Protección Civil se apoya en una estructura institucional que en distintos niveles de operación define responsabilidades claras para todos los participantes y

cuenta como soporte con la infraestructura básica de estas mismas instituciones.

2.2 SECTOR SALUD

La descripción de sector salud que se brindará será la que existe en la Ciudad de México (D.F. y área Metropolitana), en donde los desastres de tipo socio-organizativos son más frecuentes, debido a la distribución demográfica que presenta dicha ciudad. Así como a la extensa gama de hospitales de esta índole (Cruz Roja, IMSS e ISSSTE), a los cuales los servicios de ambulancias canalizan a las víctimas de desastres de este tipo.

Uno de los servicios de ambulancias con mayor reconocimiento en la Ciudad de México, es el de la Cruz Roja. Durante el mes de junio de 1995, la Cruz Roja Mexicana a través del Centro de Informática de Urgencias (CIU) recibió 285 llamados, los motivos de estos llamados están descritos en el cuadro 1.

CUADRO 1

TIPOS DE LESIONES ATENDIDAS			
APUÑALADOS	ASFIXIADOS	ATROPELLADOS	BALACEADOS
CAIDAS	CARDIACAS	CHOQUES	CORTADAS
ELECTROCUTADOS	ENFERMOS	FRACTURAS	GOLPEADOS
INTOXICADOS	LESIONADOS	VOLCADURAS	

Cuadro 1 muestra los distintos tipos de lesiones que fueron motivo de llamados de urgencias.

La distribución de los llamados de acuerdo al turno en que se recibieron son en un 31.9% en el turno matutino, un 37.5% en el vespertino y un 30.5% en el nocturno (ver gráfico 1).

GRAFICO 1

PORCENTAJE DE LLAMADAS RECIBIDAS
EN LOS TURNOS DEL CIU

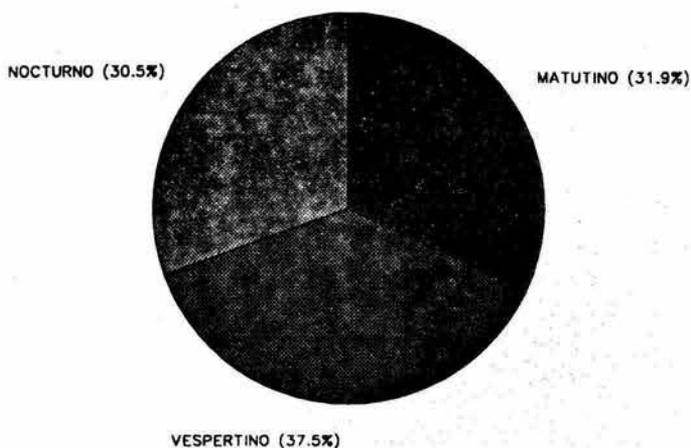


Gráfico 1 muestra la distribución de los llamados atendidos por el CIU, en sus diferentes turnos.

de los cuales se trasladaron el 49.1% a la Cruz Roja y el 50.9% restante a diversos hospitales de carácter privado y público del D.F y área Metropolitana (ver gráfico 2).



GRAFICO 2

U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

PORCENTAJE DE URGENCIAS ATENDIDAS
POR LOS HOSPITALES

IZT.

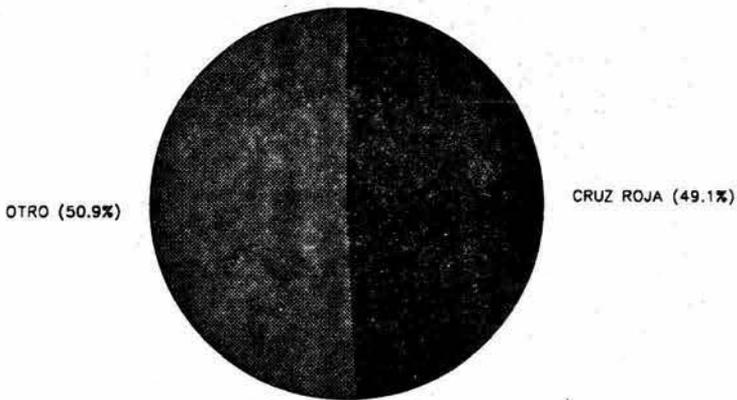


Gráfico 2 muestra la distribución hecha por las ambulancias de las víctimas a los hospitales donde fueron atendidos.

El porcentaje de cada uno de los tipos de llamados recibidos por el CIU y descritos en el cuadro 1, se distribuyen gráficamente de la siguiente forma (ver gráfico 3):

GRAFICO 3

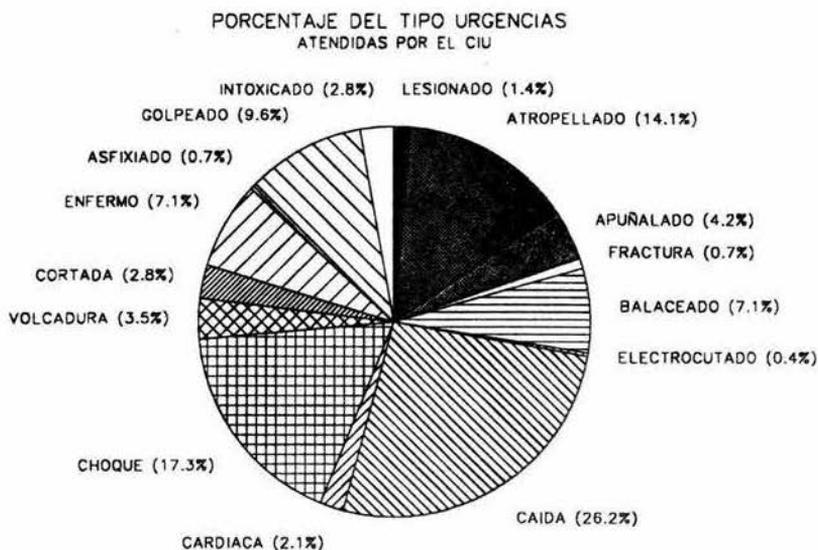


Gráfico 3 muestra el porcentaje de cada uno de los tipos de lesiones atendidas por el CIU.

2.2.1 IMSS E ISSSTE

La atención médica en México ha sido el resultado del proceso dinámico de interacción entre la comunidad y las instituciones; dando origen a los niveles de atención médica que permiten a las instituciones de salud identificar y clasificar las actividades médicas. Los niveles de atención se han denominado como primario, secundario y terciario, y sus características son:

a) Nivel primario, realizan acciones tendientes a conservar la salud individual y comunitaria, a través de la atención de primer contacto (consulta general, urgencias, derivación de pacientes a otro nivel y control de tratamientos o indicados por otro nivel) y servicios de diagnóstico y tratamiento limitados.

b) Nivel secundario, cubren actividades de primer nivel (tendientes a la conservación de la salud), dan consulta general familiar y de algunas especialidades, urgencias y hospitalización derivada de estas acciones, brindan servicios propios de diagnóstico y tratamiento (amplios). En este nivel se efectúa investigación biosocial, clínica y administrativa, se adiestra al personal y se cuenta con enseñanza programada.

c) Nivel terciario, sus actividades son tendientes a restaurar la salud, brindar atención de alta especialidad en consulta externa y hospitalización contando con recursos de diagnóstico y tratamiento amplios y tecnificados, así como la enseñanza e investigación formalmente programada.

La forma en que se esquematiza la distribución de los hospitales dentro de estos niveles es en forma de pirámide (ver figura 1),

FIGURA 1.



La figura 1 muestra la distribución gráfica de los niveles de atención del sector salud.

En tanto que el presupuesto para cada uno de los niveles en una representación gráfica presenta una forma de pirámide invertida, distribuyéndose un 70% del presupuesto a los hospitales de tercer nivel y el 30% restante a los hospitales de primer y segundo nivel (ver figura 2).

FIGURA 2.



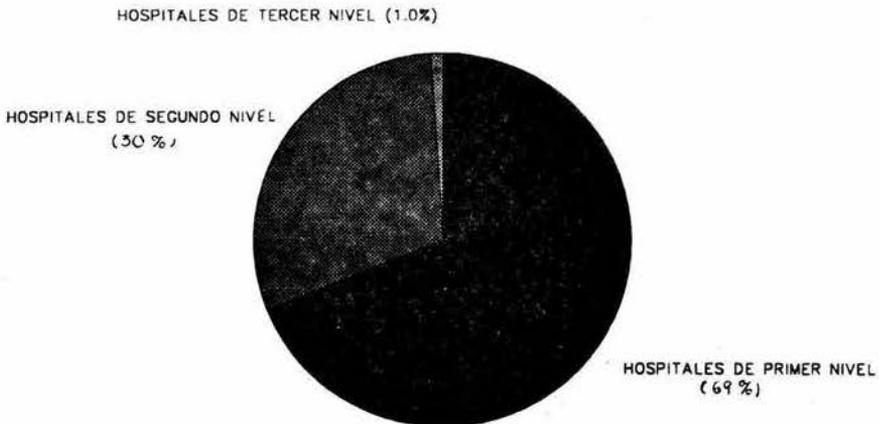
La figura 2 muestra la distribución gráfica del presupuesto destinado a los hospitales de acuerdo al nivel al que pertenecen.

Y la población que atienden se distribuye de la forma siguiente:

- Un 1% de la población es atendida en hospitales de tercer nivel (hospitales con especialidades y hospitales generales),
- un 30% es atendida en hospitales de segundo nivel y tercer nivel y
- el 69% en los hospitales de primer nivel (ver gráfico 4).

GRAFICO 4

DISTRIBUCION DE LA POBLACION



El gráfico 4 muestra la distribución porcentual de la población atendida en los diversos hospitales de acuerdo al nivel que pertenecen.

Estos niveles de atención han determinado la forma de trabajo de cada uno de los hospitales tanto del IMSS como del ISSSTE.

Ya que, estos hospitales según su nivel reciben las funciones de restauración de la salud, prevención de la enfermedad y el de la investigación; se clasifican dentro de los hospitales de carácter gubernamental, atendiendo el IMSS a los trabajadores de la industria privada y el ISSSTE a los trabajadores del sector gubernamental; conforme a la naturaleza de la enfermedad los hospitales se dividen en generales y de especialidad (San Martín, 1988).

Algunos de los hospitales que existen en la Ciudad de México y que cuentan con salas de urgencias Médicas pertenecen al IMSS o al ISSSTE, estos son:

CLINICAS FAMILIARES DEL ISSSTE.- Tlalplan, Valle de Aragón, Villa Alvaro Obregón, Xochimilco. HOSPITALES DEL ISSSTE.- Adolfo López Mateos, Darío Fernández, Fernando Quirós, Gonzalo Castañeda, Ignacio Zaragoza, Primero de Octubre, Tacuba, Tecamachalco, 20 de Noviembre.

HOSPITALES GENERALES DE ZONA DEL IMSS.- Siglo XXI, la Raza, Lomas verdes, T1 Calzada del Hueso, Los Venados. UNIDADES MEDICO FAMILIAR DEL IMSS.- Clínica 45, 59, 64, 67.

2.3. EL AREA DE SALUD ANTE LOS DESASTRES

Una catástrofe es un evento crítico que tiene impacto en el equilibrio personal y por tanto se requiere de un programa de atención efectivo, el cual debe ubicarse lo más próximo al cataclismo del evento y a las víctimas de éstos, quienes regularmente se localizan en las salas médicas de urgencia.

Dentro del área de salud, la Secretaría de Salud aporta el Programa Nacional de Atención a la Salud en caso de desastres. El cual indica que una vez establecida la situación de desastre, sin importar el tipo de agente que lo origina, la ayuda es lo que imperativamente se requiere, la cual debe estar constituida por una gran variedad de actividades: acciones de rescate, información, auxilio médico, físico, psicológico, psiquiátrico, de transportación de personas y materiales de todo tipo (Márquez, 1993).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1983) plantea que debe organizarse una red médico asistencial para casos de desastres a nivel del país, que incluye cada uno de los hospitales pertenecientes a las diversas categorías definidas de cada una de las instituciones prestadoras de servicios de salud; de acuerdo a la categoría a la que pertenecen estas instituciones será la función que desempeñen dentro del plan global de atención en caso de desastre. Estas

instituciones deberán elaborar un plan de medidas para situaciones de desastre, que cumpla con los requerimientos del plan global y que a su vez permita al hospital afrontar sus propias situaciones de desastres para que la atención médica frente a la emergencia sea óptima (Savage,1989; OPS,1983).

Savage (1989), comenta que los desastres a los que debe enfrentarse un hospital están en relación directa con los riesgos presentes en su campo de acción. Y define al desastre como la llegada imprevista de un número de heridos de todo tipo y gravedad, mayor del que puede atender dicha institución con su personal o equipo en ese momento en particular. Por tanto es aconsejable que todo hospital analice los riesgos potenciales de su radio de acción y operación, y formule las disposiciones detalladas para la atención de las víctimas, por lo que, debe contar con un comité de planeación integrado por representantes del personal médico, de enfermería, administrativo y jefes de departamento, que elaboren un plan de acción ante las situaciones de desastre, cuyo diseño sea flexible.

Los componentes sugeridos para los planteamientos hospitalarios en casos de desastre y la finalidad de los mismos es:

- 1.- El tratamiento médico de los accidentados, su

finalidad es designar a un número determinado de personas para ocupar posiciones clave y darles instrucción suficiente y clara de sus obligaciones (esto sin inhibir la iniciativa personal).

2.- La alerta, aviso y distribución del personal, cuyo fin es detallar y explicitar las instrucciones de tal modo que se obedezcan las normas administrativas (permitiendo así tener un control sobre la iniciativa personal, para que ésta no interfiera).

3.- La información, el control y la comunicación intra y extrahospitalaria permite evitar confusiones, a través, de informar a los miembros del hospital quién es su superior inmediato, para supeditarse y recibir órdenes e instrucciones.

El plan de atención hospitalaria, debe de ser fácilmente identificable por su cubierta, el contenido dispuesto en forma tal que la información deseada pueda obtenerse rápidamente, debe tener un resumen breve que proporcione una revisión de políticas y procedimientos, seguidos por anexos detallados, apéndices y tarjetas de actividades; las páginas deben estar todas fechadas en la parte inferior izquierda. Dicho plan debe ser probado y en caso necesario corregido, además de ser constantemente actualizado; la forma en que se

evalúan estas condiciones es a través de un simulacro de desastres por fases; cada una de las fases sirve para verificar un punto en particular del plan, y no se debe pasar a la siguiente fase hasta que sea realizada satisfactoriamente y aprobada.

2.4 LA CRUZ ROJA MEXICANA

La Cruz Roja pertenece a la organización de Cruz Roja y Media Luna Roja Internacional; fue reconocida por el gobierno Mexicano en 1909 por el Sr. Presidente Don Porfirio Díaz, adquiriendo así carácter oficial; se reconoce como fundadora oficial de la Cruz Roja Mexicana a la Sra. Luz González Cosío de López. Esta institución se rige bajo los principios de humanidad, imparcialidad, neutralidad, independencia, voluntariado, unidad y universalidad (Cruz Roja Mexicana, 1988).

La Cruz Roja está compuesta por diversos comités entre los cuales se encuentran * Damas voluntarias, * socorrismo, * desastres, * juventud, * paramédicos, * capacitación y adiestramiento, * enfermería, * banco de sangre, * prótesis y rehabilitación, por mencionar algunos. Cuenta con diversos centros de emergencias y con áreas de hospitales, como el de Naucalpan, Tlalnepantla y Polanco. Cuentan con una red de comunicación a nivel nacional y con uno de los servicios de

ambulancias más reconocido del país. Su personal está en constante capacitación y adiestramiento, en su gran mayoría el personal que labora en dicha institución es voluntario. Su capacitación y adiestramiento va encaminado a la atención de las víctimas de cualquier desastre aplicando sus conocimientos de primeros auxilios para el alivio de sus lesiones físicas; están capacitados para abrir y administrar refugios para damnificados; al igual que para el rescate de los mismos (acuático, de montaña) (Cruz Roja Americana, s.f.). De acuerdo al comité que pertenece se va especializando la capacitación y el adiestramiento, pero a pesar de ser uno de los centros mejor organizados, que cuenta con instalaciones adecuadas para la aplicación de sus conocimientos y además de desarrollar el programa de sistema de apoyo psicológico por teléfono (SAPTEL); ha descuidado la atención psicológica dentro de las salas de urgencias. Ya que dicho programa está centrado en las instalaciones de la Cruz Roja de Polanco, pero a distancia lejana del hospital y de la sala de urgencias.

Hyman (1990) propone brindar atención psicológica en las salas de urgencias a los cuatro tipos de víctimas que genera un desastre (descritas en el capítulo 3); procurando que los familiares de una víctima y a la misma si aún está con vida se les tranquilice en relación a lo ocurrido durante el evento catastrófico y a la vez pensamos que en una situación

de desastres el personal médico se encuentra saturado de trabajo, por lo que el psicólogo podría tomar parte en este tipo de acciones, colaborando de dos formas, una disminuyendo la carga de trabajo del personal médico y otra aplicando sus conocimientos, al permitir que se realice en este momento una intervención terapéutica cuyo objetivo será que el individuo no desarrolle problemas psicológicos posteriores al evento (prevención). Es por todo lo anterior que para actuar eficazmente en caso de desastre el área de salud debe contar con planes de atención medicoasistencial y con programas de ayuda psicológica en condiciones de desastre.

Como respuesta a la demanda ulterior al sismo de septiembre de 1985, se abre el primero de septiembre de 1988 el Comité Mexicano de Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, con horario limitado y siendo cerrado a finales de 1989 (Feria y Ribera, 1994). En 1992 la Cruz Roja y la Federación Mundial de la Salud Mental ponen a funcionar el programa de SAPTEL, el cual atiende las 24 horas del día los 365 días del año, dentro de las instalaciones de la Cruz Roja de Polanco, cuyos objetivos son:

- * Brindar apoyo a las personas que se encuentren en medio de una crisis o emergencia psicológica;

- * Dar apoyo a la persona que por algún motivo no pueda

comunicarse con su terapeuta o bien no tenga la posibilidad física o económica de asistir con un terapeuta cara a cara;

* En cualquiera de estos casos siempre y cuando se encuentren en posibilidad de hacer una llamada telefónica.

Su planeación de atención psicológica de emergencia se basa en las siguiente premisas:

- * Prioridad del aquí y ahora;
- * Evaluar y sugerir estrategias al paciente;
- * El tratamiento debe atender a los cuatro niveles del sistema, personal, familiar, grupo social y comunidad social.

Los servicios que presta el SAPTEL son:

- * Información,
- * Canalización,
- * Apoyo psicológico,
- * Seguimiento,
- * Apoyo para emergencias (apoyo psicológico cara a cara a pacientes del hospital de urgencias de la Cruz Roja a petición de los médicos en turno) (Feria y Ribera, 1994).

2.6 PROGRAMAS DE ATENCION PSICOLOGICA

En cuanto a los programas de atención psicológica se refiere, es oportuno mencionar que fue a raíz de las experiencias de los sismos de septiembre de 1985, que en México se empezó a generar una serie de bibliografía que en su mayoría son el reporte de los estudios realizados sobre el rubro de la atención psicológica a las víctimas de desastres en albergues de la Ciudad de México.

Márquez (1993) describe la importancia de los programas de ayuda psicológica cuyo objetivo es que toda institución con servicios de salud mental cuenten con elementos básicos para responder a situaciones de emergencia, con la realización de acciones inmediatas de asistencia psicológica directa a individuos y grupos. Cohen (1989) sugiere una guía para la planeación de los servicios de salud mental, en la cual propone busquen la aprobación y el apoyo de sus acciones a nivel local a través de la creación de un grupo de trabajo compuesto por 15 ó 18 miembros representantes de diversos niveles como el de grupo profesional, el del grupo de poder (políticos), de los grupos cívicos o sociales y del grupo de los mismos damnificados; que diseñen un programa con base en el estudio y evaluación de la situación y que debe considerar los requisitos funcionales, tecnológicos, de eficiencia y sistemáticos.

Márquez (1993) propone una guía para estructurar la organización de una institución con servicios de salud mental en condiciones de desastre, que no interfiere con la infraestructura formal establecida por y para el gobierno de la misma; puesto que la propuesta va encaminada a funcionar de acuerdo a lineamientos de la institución en condiciones de emergencia. Con los objetivos de:

- * Posibilitar a la institución para que disponga de un instrumento de consulta que facilite su organización para la ayuda psicológica lo más pronto a los sujetos de desastre;

- * prepararse para actuar con mayor eficacia tanto en condiciones de desastre como en situaciones fuera de la normalidad y

- * por último el de sentar las bases para una mayor y eficaz participación intra e interinstitucional en la tarea de proporcionar la ayuda psicológica en situaciones catastróficas.

Dicha propuesta consiste en la formación de una comisión de la institución que lleve la coordinación general del programa de emergencia, así como la formación de dos subcomisiones:

- 1) La subcomisión de ayuda psicológica compuesta por un

equipo de recepción y evaluación, un equipo de atención en la institución y un equipo de atención en los albergues; y

2) la subcomisión de apoyo al trabajo institucional; con la formación de esta comisión y subcomisiones se integra a todo el personal que labora en la institución y a la vez le brinda una capacitación constante al mismo.

Si se toman en cuenta ambas propuestas y son llevadas a la práctica, permitirán crear en la comunidad del área de salud una cultura relacionada a la posición e importancia que guarda la atención de la salud mental dentro del hospital, y principalmente en lo que corresponde a la atención en urgencias.

En el presente capítulo se ha descrito de forma general cómo es que los sismos de septiembre de 1985, dejaron en la Ciudad de México una huella importante en cada uno de los mexicanos, cómo es que este evento marcó una madurez civil. Ya que fue a partir de este fenómeno que se fundó Protección Civil, que los desastres han sido estudiados desde diversas perspectivas teóricas, que desembocaron en la elaboración de material estudiado en nuestro país, por gente de nuestro país y para el beneficio de nuestra población.

Pero también es notorio que a pesar de que se formaron

diversas instituciones y que se han generado diversos programas, cuyo objetivo ha sido brindar atención psicológica a la población mexicana (algunas de las instituciones que han prestado este servicio son LOCATEL, TELSIDA, el Instituto Nacional de la Senectud y SAPTEL), la gran mayoría de los hospitales en la ciudad de México no cuentan con un programa de atención a la salud mental de las víctimas de desastres dentro de su área de urgencias.

Otra situación es que a pesar de que se ha propuesto el trabajo multidisciplinario, éste se encuentre en su mayoría descrito a su perfección sólo en forma teórica, porque en la práctica esto no se presenta. Por ejemplo, se describió, cómo se desarrolla un plan de atención médico asistencial que integra a cada uno de los miembros del personal de un hospital y el cual describe en particular su actividad a desarrollar, pero, dichas actividades están dirigidas a enfermeras, médicos, laboratoristas, afanadores, camilleros, rescatistas, trabajadoras sociales, y como cada uno cuenta con un lugar en especial para desempeñar sus actividades, se observa que en ningún momento se menciona al psicólogo, cuáles son sus funciones y su área de trabajo. Se menciona al psicólogo pero únicamente en el listado de un cuestionario que ayuda a determinar los recursos con los que cuenta un hospital (Savage, 1989), y de no ser por esta mención, la palabra psicólogo, ni siquiera se encontraría.

Aunque en algunos materiales desarrollados para México se marca una propuesta de cómo debe incluirse el aspecto psicológico a las instituciones de salud, haciendo énfasis en que éstas deben entrar en acción en situaciones de desastres. Esto continúa sin incorporarse en la práctica, y hace pensar que es necesario sufrir una catástrofe natural de gran magnitud, como el sismo de septiembre de 1985 para unirnos y trabajar en equipo, parece que no recordamos que un desastre además de una catástrofe natural, es la llegada imprevista de un número de heridos de todo tipo y gravedad, mayor del que puede atender una institución con su personal o equipo en ese momento en particular.

Y del cual también se derivan personas afectadas directa o indirectamente, que requieren de atención psicológica. Si recordamos esto podremos entender la importancia que tiene el psicólogo para tomar parte activa en estas instituciones, dejando de ser únicamente una palabra más escrita dentro de una relación de personal, que no cobra mayor importancia.

Para comprender mejor la interacción del psicólogo dentro del área salud en la atención a víctimas de desastre que requieren de atención psicológica, se hace imperante el hecho de describir cuáles son las consecuencias psicológicas que presenta la víctima recurriendo a la descripción de algunas investigaciones realizadas sobre el tema.

CAPITULO III

VICTIMAS DE UN DESASTRE

De los diversos estudios realizados respecto a las consecuencias psicológicas de las víctimas de un desastre, existe un amplio bagaje de conocimientos, por lo que en el presente capítulo se abordará este punto, destacando algunas características comunes de las abundantes investigaciones dentro de sus aportaciones al tema.

3.1 DEFINICION DE VICTIMA

Los desastres pueden ser vistos desde diversas posturas, un ejemplo de éstas son los estudios realizados por autores como Avila (1995), y Sanders (1995); por mencionar algunos.

De la misma forma como los desastres y sus víctimas, al igual que otros factores de interés han sido estudiados en diversos países; algunos autores han estudiado las reacciones de las víctimas de un desastre durante el mismo, a través de un simulador y otros han descrito vivencias profesionales posteriores al desastre (Goenjian, 1993; Deryugin, 1989; Echterling, 1989; Lafarga, 1985; White, 1992).

Antes de continuar se hace necesario comprender que víctima es una persona que padece daño por culpa ajena o por

causa fortuita (Quillet,1983); podemos decir entonces que eventos como el abuso sexual o de poder, los desastres naturales u ocasionados por el hombre, dejan como consecuencia víctimas, las cuales han sido estudiadas desde diversas perspectivas y autores como Sánchez (1995), Lira (1995), Cárdenas (1995); sólo por mencionar algunos.

En relación al material derivado de las investigaciones sobre desastres realizadas en México se puede decir que son pocos los trabajos desarrollados, más sin embargo son material importante que ayudan a la formación de un panorama general de lo que han significado los desastres en la Ciudad de México y sobre todo el conocer más sobre lo que es una víctima y de las consecuencias psicológicas de la misma, después de su vivencia en el desastre.

De los estudios derivados de la investigación sobre el tema de los desastres y como se mencionó previamente, se desprende el considerar que, un desastre puede tener causas naturales (inundación o terremoto) o artificiales (accidente de aviación o incendio); implicar a un número de personas relativamente escaso (un accidente de coche) o a toda una comunidad (una inundación). Siendo una de sus características el que afectan a mucha gente al mismo tiempo, dejando como consecuencia inmediata un estado de urgencia.

Un desastre produce cuatro tipos de víctimas (Hyman, 1990):

A). Personas con lesiones físicas. A quienes además de la atención médica que se les debe dar, en caso de estar conscientes se deberá intentar aliviar cualquier malestar respondiendo a sus preguntas en caso de contar con la información o de indicársele que se buscará información sobre las mismas para poderle responder.

B). Pacientes sin daños físicos. Quienes presentan sentimientos de culpa por haber escapado ilesos, sentimientos de impotencia por no haber podido prever o reducir las lesiones durante el desastre.

C). Los familiares de las víctimas. Quienes suelen llegar a la sala de urgencias con la información fragmentada y con sentimientos de culpa e impotencia.

D). Los miembros de rescate. Que pueden experimentar frustración, cólera, culpa e impotencia.

Los terremotos, inundaciones o huracanes son factores estresantes que afectan el equilibrio psicofisiológico de los damnificados, y el estrés resultante puede originar crisis personales. Puesto que una catástrofe causa siempre diversos

tipos y grados de pérdidas personales como resultado de muerte, lesiones, desempleo o destrucción de bienes materiales. Que con frecuencia marcan un punto de viraje para el damnificado, influyendo en sus relaciones emocionales y en su conducta presente y futura (Cohen,1989).

Cabe mencionar que ha de entenderse por damnificado a las personas y familias afectadas por un desastre o sus consecuencias (Cohen,1989). Y si se ve al desastre como una causa fortuita, podremos considerar a los damnificados del mismo como víctimas.

De las personas que son víctimas de un desastre algunas pueden ser susceptibles a reacciones físicas y psicológicas ante un desastre, particularmente quienes:

- * son vulnerables como resultado de vivencias traumáticas previas,
- * están en riesgo a causa de enfermedades recientes,
- * experimentan estrés y pérdidas graves,
- * pierden sus sistemas de apoyo social y psicológico,
- y
- * carecen de habilidades para la resolución de problemas.

Entre los damnificados de un desastre pueden incluirse

personas de todas edades, clases socio-económicas y grupos étnicos o raciales; considerándose que los ancianos, los niños, las personas que tienen antecedentes de enfermedades mentales y las personas que estaban experimentando alguna crisis personal en el momento del desastre, forman grupos susceptibles o de riesgo, debido a que este tipo de personas se encuentran en situaciones de depresión y de sensación de impotencia (Cohen, 1989).

Son las víctimas de un desastre quienes experimentan un evento estresante e inesperado, viendo así su capacidad de resolución de problemas limitada por el estrés de la situación, pudiendo por tanto presentar síntomas de estrés físico o psicológico, sin tener que considerarseles como enfermos.

3.2. CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN LA VICTIMA DE UN DESASTRE

Cohen (1989) y Slaikeu (1988) citan a Titchener, Kapp y Winget (1976), FredaricK (1977), Lifton y Olson (1976), Lindemann (1944), Erikson (1976) y Ahear y Castellon (1977), como los primeros autores que han explorado el tema de los desastres y que sostienen la idea de que un desastre si origina efectos psicológicos graves.

De las diversas investigaciones que se han realizado con

respecto a este tema, sobresalen las siguientes aportaciones.

Al momento del desastre, la conducta del damnificado depende de factores antecedentes (el divorcio, el nacimiento de un hijo o una mudanza), además de la interpretación y definición que confiera a este evento amenazante y que el individuo haya tenido o no experiencias previas y exitosas de resolución de crisis, así como experiencias con desastres.

Debido a que las experiencias previas y el estado físico y emocional previo al desastre influyen sobre la forma en que los damnificados enfrentan el evento inesperado y sus consecuencias.

Algunas víctimas de una catástrofe sufren de estrés intenso después del impacto inicial de un desastre y éstas pueden presentar o no reacciones psicológicas, lo cual depende de factores como:

- * el tipo y duración del desastre
- * el grado de pérdidas sufridas
- * el papel social, las habilidades de resolución de crisis y el sistema de apoyo del damnificado, y
- * la percepción e interpretación que el sobreviviente da a la catástrofe.

La conducta al momento del impacto y en las primeras horas o días después del mismo está en relación directa con la forma en que los individuos juzgan la gravedad del peligro según definan la naturaleza del desastre y sus posibles consecuencias para sí mismos y sus familias.

Los desastres tienen un efecto "narcótico", sobre las personas que les impide temporalmente asimilar el cambio de su mundo y la posición que guardan en él (Moore, 1956) esta dificultad de interpretar la realidad es particularmente común en desastres que ocurren sin previo aviso y se intensifica cuando el individuo no ha tenido otras experiencias en desastres (Kilpatric, 1957; Fritz, 1961). En esta fase la víctima se enfrenta con la vida cotidiana en un ambiente que ha sufrido modificaciones radicales y en la que la experiencia de peligro extremo y vulnerabilidad personal no pasa con el cataclismo; ya que, suelen estar afligidos por recuerdos atormentadores del evento y un temor intenso a que se repita (Wolfstein, 1957)

Aunque las respuestas emocionales varían de una persona a otra, parece haber consenso generalizado de que la emoción predominante que se expresa es temor: este suele manifestarse en la huida instintiva para salvarse a sí mismo y a la familia, una sensación de seguridad al estar entre la muchedumbre y un estado de ánimo muy sugestionable. En casos

más graves, la persona también experimenta petrificación, alucinaciones y delirios (Fritz,1961).

Tyhurst (1951) menciona que la primera expresión emocional abierta que manifiesta la víctima, ocurre en la fase de posimpacto, y se le llama "período de rebote", en éste la persona tiene necesidad de estar con otros y ventilar sus sentimientos relacionados con la sensación de pérdida que le causan la conmoción o quizá de soledad (necesidad de hablar y narrar sus experiencias relativas al desastre).

Cuando la expresión emocional se posterga, suelen manifestar los damnificados hipoactividad, impotencia y un vagabundeo errático, apatía abrumadora o depresión. Una reacción extrema es la respuesta de "choque", y sucede cuando el individuo no puede comunicarse en forma normal (Healy,1969).

El período de rebote arriba descrito va seguido de lo que algunos denominan fase postraumática, de la cual se ha planteado la hipótesis de que forma parte del período de posimpacto y que puede continuar durante el resto de la vida de la persona.

Las reacciones de esta fase abarcan la angustia fluctuante y transitoria, un estado de fatiga, episodios

psicóticos, pesadillas repetidas acerca de la catástrofe y reacciones depresivas, insomnio, molestias digestivas, nerviosidad y otros síntomas físicos. Algunas expresiones acentuadas de conducta podrían ser una reacción de depresión que se manifiesta en la aparente falta de emociones, una expresión ausente o inmovilidad. Las expresiones más graves y duraderas de estos síntomas han recibido nombre de "síndrome traumático" o "neurosis postraumática" (Tyhurst, 1951).

Erikson (1976, citado en Cohen, 1989) realizó una de investigaciones más interesantes sobre las consecuencias emocionales de las víctimas de la inundación de Buffalo Creek, y en la cual, llegó a la conclusión de que muchos de los problemas psiquiátricos presentes después de la catástrofe eran resultado del desastre mismo, pero algunos podían atribuirse a la desorganización social (el proceso de reubicación, el hecho de vivir en un ambiente no familiar y la necesidad de iniciar de nuevo la vida sin los seres amados y trabajo) causada por el cataclismo.

Al período en el que la víctima vive por un tiempo después del impacto del desastre dentro de la desorganización social y en ella debe enfrentar y ajustarse a su realidad, se le denomina "segundo desastre"; el cual origina estrés que se agrega al causado por la fase de impacto, y cuyo origen es la crisis que emana del entorno destruido y la

desorganización social resultante pudiendo ser causa de síntomas psicofisiológicos.

Además de que, a causa de esta situación los individuos no afectados inicialmente por el desastre, se vean expuestos a las condiciones prevalecientes en la fase posterior al desastre y experimenten crisis y estrés intenso.

Por su parte Márquez (1993) clasifica a las reacciones emocionales de la población mexicana de la siguiente manera:

1. *Fase heroica*, la cual aparece en forma inmediata, al desastre. En ella la gente trabaja conjuntamente para salvarse unos a otros y para salvar sus propiedades.

2. *Fase de bienestar emocional*, es relativamente corta (de dos semanas a dos meses después del desastre), las víctimas se sienten alentadas por las promesas de ayuda gubernamental o comunitaria, viendo en ellas la posibilidad de reestablecerse rápidamente.

3. *Fase de desilusión*, suele durar un año o un poco más, presenta demoras y fracasos inesperados que agudizan la frustración originada en la confusión burocrática. Las víctimas se concentran en sí mismas para reconstruir su vida y resolver sus problemas.

4. *Fase de reconstrucción*, puede durar varios años, se caracteriza por la coordinación de esfuerzos individuales y comunitarios para reconstruir y restablecer el funcionamiento normal.

5. *Reacciones individuales y colectivas en situación de desastre*. Algunas de éstas son:

- Surgen o se agudizan formas particulares de dirigir el impacto causado por el desastre (aumento de la religiosidad, transformación de la actividad en pasividad y viceversa, organización civil, propagación de rumores, lucha por asumir el mando).

- Se activan y dinamizan los mecanismos de defensa psicológicos (en los primeros momentos de la urgencia), como la negación de la realidad, de la gravedad de los efectos y el aislamiento de los mismos.

En relación a las conductas que presentan las víctimas de un desastre Wallace (1957) señala que la conducta inicial es un estado temporal de choque, en la que la persona puede experimentar confusión, aturdimiento y cierta desorientación, que puede persistir durante minutos u horas; esta reacción puede considerarse como normal en el contexto de pérdidas y destrucción considerables. Otra es una conducta manifiesta en

forma general, la cual es, una conducta adaptativa (centrada en objetivos) tal como las tareas rescate inicial, la ayuda mutua y a la propia persona (Fritz, 1957; McGonage, 1964).

Dentro de las investigaciones cuyo objetivo son las reacciones de las víctimas, destaca el realizado por Titchener, Kapp y Winget (1976), en el cual agruparon las reacciones de los sobrevivientes a la inundación de Búfalo Creek dentro de (1) los efectos agudos del impacto, (2) síntomas que persistieron durante meses y años después, y (3) trastornos en el modo de vida. Los efectos agudos incluyen muchos síntomas como trastornos de memoria, pesadillas, insomnio, irritabilidad y pánico. Los síntomas que persistieron más allá de la fase aguda, continuaron con ansiedad, fobias, depresión, incremento en el uso de estimulantes y antidepresivos (tabaco y alcohol), pérdida del interés por las relaciones sexuales, búsqueda de recreaciones y socialización en general.

Los síntomas de los niños incluyen perturbación continua en el sueño, la falta de interés por la escuela y angustia por desastres futuros (Frederick, 1977).

Entre el carácter más pasivo y los efectos en el modo de vida, hubo un sentido de culpa y vergüenza por la supervivencia, el duelo no resuelto sobre la pérdida del ser

querido y modo de vida, un sentido de desesperanza y vacío sobre la vida, y disminución de la confianza. Lo complejo de los efectos transitorios y persistentes se denominó "el síndrome del superviviente" (Slaikeu,1988).

Un aspecto importante de las investigaciones realizadas son los diversos síndromes (o conjuntos de síntomas) que presentan las víctimas, de los estudios que sobresalen está el de Lifton y Olson (1976), quienes describieron el síndrome del superviviente en término de cinco categorías; (1) la impresión y ansiedad de la muerte, (2) la culpa de la muerte, (3) el entorpecimiento psíquico - sentimientos de degradación y desensibilización a la experiencia (apatía, aislamiento, depresión)- (4 y 5) deterioro de las relaciones humanas, en particular entre marido y mujer, patrón y empleado, y una lucha interna por encontrar alguna formulación cognoscitiva del significado del desastre, con frecuencia en términos de convicciones religiosas.

Márquez (1993) señala que en la situación de desastre es posible distinguir tres tipos de síndromes y cuyas características son:

1. En el síndrome de desastre se presentan varias etapas: la del trauma, el estado de sugestión, el estado de euforia y la ambivalencia entre uno y otro estado.

2. Por su parte, el contradesastre se caracteriza por un inusitado interés de la gente por llevar a cabo sus sentimientos de solidaridad mediante la prestación de servicios personales y por un estímulo de reconstrucción.

3. El derrotismo se configura con los sentimientos o las sensaciones de ansiedad, apatía, temor, depresión, fatiga de vivir, indiferencia, impotencia, desesperanza, susto,...

Por su parte, Erikson (1976 citado en Cohen,1989) señala 2 tipos diferentes de trauma psicológico, individual y colectivo, los cuales son evidentes en la conducta de las personas afectadas por un desastre. El trauma individual es "...un golpe a la psique que rompe las defensas de la persona de manera tan repentina y tan fuerte que no es posible responder a él de manera eficaz" (Erikson,1976 citado en Cohen,1989 p.5). En tanto que el trauma colectivo es "... un golpe a la trama de la vida social que lesiona los vínculos que unen a la gente y daña el sentido prevaleciente de comunidad" (Erikson,1976 citado en Cohen,1989 p.5). Estos pueden ocurrir uno en ausencia del otro, pero están relacionados y suelen ocurrir en forma conjunta.

Respecto a la actitud que presentan los damnificados Frederick (1977), señala que la información disponible sugiere que por lo general surge la hostilidad entre los

amigos y la familia, se muestra resentimiento hacia los vecinos que no han sufrido una pérdida personal, o la cólera y desconfianza se dirige hacia el personal de ayuda.

El resentimiento declarado, por lo general, ocurre después del choque inicial. En tanto que Wallace (1957) a su vez indica que los damnificados casi siempre tienen una actitud tranquila, comprensiva y considerada entre ellos y con los trabajadores que les ayudan.

De las diversas investigaciones presentadas, es necesario destacar los puntos en común:

1. Las consecuencias emocionales de un desastre así como la intensidad y magnitud de los efectos psicológicos dependen de factores como la duración y tipo de desastre, la fase de advertencia que le precede, de experiencias previas, magnitud de la destrucción, número de muertos y la forma en como son percibidos e interpretado por la víctima.

2. Las consecuencias emocionales son descritas mediante un marco de referencia de fases (preimpacto, impacto y posimpacto) de desastres, en donde se describe el hecho de que cada persona responde de acuerdo a las condiciones de la fase de que se trate.

3. La mayoría de los estudios emplea un marco de referencia de fases (preimpacto, impacto y posimpacto) de desastres, para llevar a cabo sus investigaciones.

4. La mayoría de las investigaciones se realizaron con víctimas de eventos catastróficos de gran magnitud.

En este capítulo se ha observado que el factor psicológico se encuentra presente antes, durante y después de un desastre, se ha destacado el hecho de que las consecuencias emocionales que deja un desastre en la población son tanto para la población sobre la cual actuo el desastre como para la que la rodea, por tanto se hace necesario hablar sobre las formas de atención psicológica indicadas para esta situación.

CAPITULO IV

INTERVENCION PSICOLOGICA

Como se ha venido diciendo, los desastres son eventos inesperados que provocan daños en diversas escalas, generando cuatro tipos de víctimas (Hyman,1990), quienes presentan diversos tipos de respuestas emocionales (ver capítulo 3) estas víctimas requieren de tratamiento médico y psicológico; y es en las salas de urgencias, en las que, de acuerdo a su distribución y personal brindan un excelente tratamiento médico, aunque descuidan el tratamiento psicológico (Slaikau, (1976).

Cabe agregar a lo anterior, que en una situación de desastre las condiciones características, ejercen una influencia importante, debido a que en ese momento priva una situación en la que el tiempo disponible es limitado, tanto por parte de los pacientes como de los terapeutas; existe una amplia gama de características de personalidades y motivaciones dentro de la población afectada, y además un gran número de sujetos de desastre que necesitan de intervención (Márquez,1993), por tanto se requiere de terapeutas que brinden atención a dicha población empleando técnicas terapéuticas breves.

4.1. CONCEPTOS CLAVE PARA COMPRENDER LAS REACCIONES DE LAS VICTIMAS

Antes de iniciar este estudio, es necesario conocer algunos conceptos, que se consideran claves para comprender las reacciones de las víctimas y los cuales son:

- * Estrés y crisis (conceptos psicofisiológicos relacionados),
- * pérdida, duelo y pena (luto),
- * recursos sociales y emocionales, y
- * resolución de crisis y adaptación (Cohen, 1989).

Esto es debido a que una catástrofe (terremotos, inundaciones o huracanes) es un factor estresante, que como consecuencia deja diversos tipos y grados de pérdidas personales como resultado de muerte, lesiones, desempleo o destrucción de bienes materiales, lo cual afecta el equilibrio psicofisiológico de las víctimas, y el estrés resultante puede originar crisis personales. Las cuales con frecuencia marcan un punto de viraje para el damnificado, que influye en sus relaciones emocionales y su conducta presente y futura.

El damnificado pierde de manera repentina un vínculo íntimo y significativo, experimentando un proceso de duelo similar al que generalmente ocurre con la muerte natural de

un familiar muy estimado o amigo cercano. Por lo que es frecuente que éste lamente la pérdida del vínculo de seguridad y familiaridad con su hogar, sus recuerdos valiosos o su barrio. O también experimente un proceso de pena con la destrucción de sus bienes materiales o pérdida de su empleo.

Resulta trascendental que los profesionales de la salud mental recuerden, a) que esta sensación de pérdida y cambio puede derivarse no sólo de la muerte, sino también de la destrucción de los bienes personales materiales y de la devastación del entorno del damnificado y b) que la respuesta psicológica de la conducta de la persona ante un desastre, está condicionada por su sistema de apoyo social y emocional que le ayude a resolver el estrés.

La resolución de crisis es un conjunto de mecanismos psicofisiológicos, que se ven estimulados por el estrés y la crisis; pérdidas y duelo, así como por los sistemas de apoyo operativos, que fomentan los tipos de conducta que sirven para lograr un estado de equilibrio. Estas conductas adaptativas protegen al individuo mediante la evitación, modificación o manejo del estrés causado por el desastre.

Diana Everstine (1992), en su libro Personas en Crisis describe las características generales de conducta de una víctima, en el ciclo de respuesta y recuperación del trauma,

a través del cual la víctima logra favorecer una conducta sana y adaptativa. Durante este ciclo uno de los papeles primarios del terapeuta en el tratamiento de la víctima es ayudarla y estimularla a pasar por el ciclo, cuyo fin es ayudar al individuo a recuperarse.

Las fases del ciclo de respuesta y recuperación del trauma (ver cuadro 1) se describen brevemente a continuación: durante la fase de respuesta al trauma la víctima es presa de una sensación de incredulidad logrando con esto una confusión, fingiendo que lo que ocurre no es real. Cuando la realidad se hace presente, aparece una etapa durante la cual todas las funciones cognitivas se concentran en la supervivencia hasta que termina el ataque. La mayoría después del ataque entra en un estado de choque que le permite aislarse hasta cierto punto de la experiencia vivida, este estado se caracteriza por un aplanamiento afectivo que cuando llega a su fin da entrada a una fase de depresión debido a que muy pocas personas pueden expresar ira poco tiempo después del acontecimiento. Hacia el final de esta etapa la víctima presenta a menudo cambios intensos de estado de ánimo.

Después de la etapa depresiva, el individuo entra a menudo en una fase de ira activa, desplazando la misma hacia un ser amado o amigo; ulterior a este período las personas

entran en un estado filosófico durante el cual analizan el acontecimiento y su significado, meditando en lo que esto puede significar en su futuro; después, la persona procede a un período de dejar en paz, en la cual la experiencia es convertida en un desagradable recuerdo.

CUADRO 4

CICLO DE RESPUESTA Y RECUPERACION DEL TRAUMA DE LAS VICTIMAS EN GENERAL

RESPUESTA AL TRAUMA

- * Choque
- * Incredulidad
- * Comprensión
- * Estado de supervivencia no afectivo o cognoscitivo

LIBERACION O ESCAPE

CICLO DE RECUPERACION

- * Choque
- * Depresión
- * Cambios de estado de ánimo
- * Ira
- * Reflexión filosófica
- * Dejar en paz

El cuadro 4 resume las etapas principales del ciclo de respuesta y recuperación del trauma.

4.2.OBJETIVOS EN LA INTERVENCION PSICOLOGICA A VICTIMAS DE UN DESASTRE

Lo anterior nos lleva a determinar una serie de objetivos para la intervención psicológica en situaciones de desastres, uno de ellos es el uso adecuado de técnicas que (Cohen, 1989) :

1) Restauran la capacidad de los damnificados para resolver las situaciones estresantes en que se encuentran.

2) Ayudar a reordenar y organizar su mundo mediante la interacción social.

3) Colaboración continua y activa con otros grupos que brindan atención y apoyo, así como los organismos que ayudan a los damnificados en lo particular y a la comunidad en lo general.

Los objetivos principales de la atención psicológica a los damnificados son los siguientes:

1) Ayudarles para que adquieran una sensación interna de orden y perspectiva, de modo que puedan organizar su propio ambiente conforme reciben ayuda para procesar las emociones dolorosas e intensas que acompañan al período ulterior al desastre, y

2) Intervenir y ayudar para que los damnificados busquen, adquieran y asimilen los recursos que reciben, en el reordenamiento de su mundo, y que en el proceso se sientan a gusto y adquieran sensaciones de seguridad y autoestima (Cohen, 1989).



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

Cohen (1989) de acuerdo a las fases previas al desastre, indica la forma en que debe de ser dada la ayuda psicológica, y de su propuesta sólo se tomará la primera fase, la cual es durante los primeras horas posteriores al desastre; y en la que las emergencias psicológicas requieren de una evaluación inmediata de la conducta de la persona; ya que por lo regular, los datos de que se dispone para la toma de decisiones son mínimos y el tiempo y la energía humana limitados.

IZT.

Por lo que la situación de urgencia requiere que el trabajador de salud mental, participe dentro de las labores de selección (triage), las cuales, son las operaciones de selección en desastres (Cruz Roja Americana, s.f.), empleados para evaluar la conducta, calibrar el grado o nivel de crisis, y derivar información. Este conocimiento se transmite al personal asistencial, de modo que la planeación de la ayuda en desastres pueda aliviar la situación y reacciones psicofisiológicas inmediatas de los damnificados. Debe tenerse en cuenta que los damnificados están desorganizados en los aspectos cognoscitivo y emocional durante un lapso transitorio, de modo que la intervención debe abarcar estas áreas.

Si se toman en cuenta estas características, el objetivo terapéutico debe ser ayudar a los damnificados para



U.N.A.M. CAMPUS

minimizar los efectos de tal desorganización y reforzar su dominio cognoscitivo.

Durante las etapas de selección y primeros auxilios, no debe intentarse la modificación de conductas defensivas. Ya que éstas constituyen una especie de cicatrización psicológica inicial, que conserva el funcionamiento de la personalidad durante la fase aguda. Aunque encubre de manera vulnerable las emociones, lo mejor es no alterar la expresión de las emociones encubiertas hasta que lleguen el momento y el sitio adecuados, cuando los profesionales pueden permanecer con el paciente en la medida necesaria para garantizar el proceso de recuperación de cierta estabilidad emocional.

4.3. TECNICAS DE INTERVENCION TERAPEUTICA

Algunas de las técnicas terapéuticas empleadas en la atención de cuadros psicológicos, comunes en situaciones de desastre son:

1. INTERVENCION EN CRISIS

Fundamentalmente se trabaja el aquí y ahora proporcionando el apoyo necesario para reestablecer la homeostasis, el rol del terapeuta es más directivo. El foco

de atención es el problema actual, y se trata de sustraer al paciente de los efectos inmediatos de una situación traumática; el acento se pone en la gravedad de los síntomas.

Crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización caracterizado principalmente por la incapacidad para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (Caplan, 1960 citado en Feria, 1994).

El ser humano después de una situación traumática como lo es un accidente, una cirugía, la muerte, un asalto, una violación etcétera; experiencias que suelen ser muy fuertes para el sujeto, hacen que entre en un estado de crisis emocional (Kolb, 1987 en Feria, 1994).

Caplan (1966 en Feria, 1994), describe el estado de crisis como un proceso de etapas bien definidas que son:

- 1.- Evaluación inicial de la tensión, a causa del suceso traumático.

- 2.- Sentimientos de ineficiencia y trastornos emocionales debido a la falta de éxito en las respuestas para la solución de problemas.

3.- Desorganización emocional grave, a causa del aumento de la tensión.

La magnitud del suceso particular depende del tiempo, la intensidad, la duración, secuencia y grado de interferencia con otros sucesos del desarrollo. Por tanto una inadecuada resolución de la crisis, puede conducir al deterioro psicológico a largo plazo si no es resuelto el conflicto emocional que desencadenó la crisis (Gaitán, 1993 citado en Feria, 1994).

La magnitud del suceso traumático, los recursos personales y sociales con los que cuente el sujeto ayudan a que una crisis desemboque en problemas psicológicos subsecuentes.

Slaikev (1988), define a la intervención en crisis, como un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos sea mayor.

La intervención en crisis, de acuerdo con Gaitán (1993 citado en Feria, 1994), puede definirse en dos órdenes:

1.- La intervención en el instante mismo de la crisis; denominada intervención primaria.

2.- Período de psicoterapia dirigida a ayudar al individuo a solucionar su problemática en vez de cerrarse las perspectivas. Que se presta en las semanas y/o meses subsecuentes al suceso traumático.

En el área de salud pública, la prevención puede tomar tres formas: 1. la prevención primaria, dirigida a reducir la incidencia de trastornos, 2. la prevención secundaria, reducir los efectos dañinos de los sucesos ocurridos, y 3. la prevención terciaria, reparar el daño hecho después de que el suceso original se ha presentado. En este contexto, la intervención en crisis es prevención secundaria debido a que el proceso tiene lugar después de los sucesos críticos de la vida han ocurrido.

La crisis puede afectar diversos aspectos de la vida de una persona al mismo tiempo que afecta sentimientos, la conducta y funcionamiento.

El enfrentamiento afectivo ante la crisis expuesta por Caplan (1964 citado en Feria, 1994) consta de siete características que son:

1.- Explorar el evento desencadenante de la crisis y la forma en que lo enfrenta el sujeto.

2.- Permitir al sujeto la expresión sin reserva de sentimientos negativos, positivos, frustración, etcétera.

3.- Brindar ayuda a corto y largo plazo, así como buscar ayuda de otros.

4.- Ayudar al individuo a abatir los problemas haciéndolos manejables y tratables, trabajando con cada uno de ellos.

5.- Estar consciente de la fatiga y tendencias que propicien la desorganización.

6.- Ayudar al sujeto a dominar sus sentimientos hasta donde sea posible, a que sea reflexivo y a que esté dispuesto a cambiar.

7.- Hacer que el sujeto vuelva a confiar en sí mismo y en otros.

Moos (1976, citado en Slaikeu,1988) identifica cuatro influencias teóricas en la teoría de la crisis. La primera es la teoría de Charles Darwin¹ sobre la evolución y adaptación de los animales a su ambiente. La segunda influencia se origina de la teoría psicológica considerando la realización

¹ citado en Slaikeu,1988

y crecimiento humano completos. La tercera influencia teórica es el enfoque de Erikson¹ basado en la teoría de las ocho etapas, y por lo cual considera que cada una de las mismas provee un nuevo reto, transición o crisis. Y la cuarta influencia proviene de datos empíricos sobre cómo los humanos abordan el estrés extremo de la vida.

La intervención en crisis puede entenderse como una estrategia circunscrita por un lado a estrategias de mejoría (prevención primaria) antes que ocurran los sucesos críticos de la vida, y por otro a estrategias para el tratamiento (prevención terciaria) administrándose oportunamente después de que los sucesos críticos y sus consecuencias hayan ocurrido. La intervención en crisis es la estrategia que toma lugar en el momento de una desorganización grave, resultado de una crisis.

Asimismo, la intervención en crisis es un método de relación con familiares y/o pacientes en episodios de críticos, con el propósito de socorrer al paciente, de prevenir la posibilidad de marcas psicológicas duraderas y de ayudar a sacar algún provecho de la resolución de la crisis. Esta intervención constituye un rápido establecimiento de la relación terapeuta-paciente, determinar la naturaleza y el tratamiento adecuado al problema.

¹ citado en Slaikeu, 1988

Para poder realizar lo anterior, deberá efectuarse una entrevista que brinde los datos necesarios para su evaluación. La entrevista de crisis debe contemplar una relación comunicativa con el paciente que lleve a comprender rápidamente la perspectiva de éste, que ayude a confeccionar la historia (construir una imagen del paciente y del significado del suceso para él), que permita discutir activamente el problema y la negociación de la solución al problema.

Durante la entrevista debe mantenerse una actitud de seguridad, cortesía para con el paciente y/o la familia; centrarse en el pasado inmediato (causa del problema). Debe procurarse conocer a lo largo de la entrevista a personas claves para el paciente, sus recursos psicológicos, a la vez de obtener información sobre crisis anteriores y la forma de afrontarlas y de los recursos sociales del paciente y/o familia.

Los signos y síntomas de alteración mental pueden ser rasgos manifiestos de un problema psiquiátrico, neurológico o médico; por lo que debe evaluarse al paciente con una actitud abierta y minuciosa. Esta evaluación de urgencia debe incluir una entrevista, un examen neurológico y las pruebas de laboratorio relevantes.

La entrevista en estas situaciones está limitada por presiones temporales y por la naturaleza y gravedad del síntoma; por tanto, se debe de obtener en un tiempo razonable todos los datos necesarios, tomar en serio todas las amenazas, gestos e intentos suicidas y homicidas; ser rotundo y claro al presentar las recomendaciones, explicando los motivos con claridad.

Con la entrevista se debe obtener información sobre el problema presentado en el momento, sobre enfermedades psiquiátricas anteriores, de hospitalizaciones psiquiátricas previas, sobre el consumo de drogas y alcohol, de su historia médica, de su historia familiar y sobre su historia personal y social.

El examen del estado mental debe evaluar el nivel de conciencia, el aspecto y la conducta, la atención, el estado de ánimo y afecto, además del lenguaje, la orientación y memoria, capacidad constructiva y el cálculo; el examen del estado mental al obtener información sobre estos aspectos permite ayudar a mejorar el manejo clínico del paciente (Gordon en Hyman, 1990).

El interventor en crisis es más probable que sea directo, que centre su interés en el área del problema primario, que se interese por el aquí y ahora, que ofrezca

orientación e información directa sobre las formas opcionales para efectuar la conducta deseable (Butcher,1978 citado en Feria,1994).

2. PSICOTERAPIA BREVE INTENSIVA Y DE URGENCIA (P.B.I.U.)

Bellack y Small (1970, citados en Feria,1994) indican que la psicoterapia breve y de emergencia es una interacción simbólica entre terapeuta y paciente, guiada hacia un cambio benéfico para el paciente, que exige al terapeuta opere partiendo de hechos firmemente asentados, hipótesis bien fundamentadas y del máximo orden en cuanto a la precisión del pensamiento y de la economía de la intervención .

Bellak (1993) sugiere seis sesiones de tratamiento, siendo la sexta la sesión de seguimiento, con una duración de 50 minutos. Para determinar el estilo de comunicación, son muy importantes las consideraciones teóricas de los sistemas sociales, étnicos, económicos y generales que hay que tener en mente con respecto a lo patológico y lo que se encuentra dentro de la norma en un paciente en particular.

Estos factores pueden determinar las formas de intervención y también ayudan a entender la patogénesis. Parte del plan de intervención consiste en decidir si el paciente es más adecuado para terapia individual

exclusivamente o si la persona obtendría mayor ganancia de la terapia conjunta, al menos durante una o dos sesiones, o con toda su familia. La historia previa es relevante para la comprensión y razón fundamental del método de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia de orientación psicoanalítica (PBIU).

El método es una respuesta para los limitados recursos que se ofrecían a los veteranos de la Segunda Guerra Mundial. Las limitaciones de tiempo en la atención a pacientes fue una determinante posterior.

En esencia se podría describir este enfoque de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) como sigue:

1. Se enfoca en los rasgos cruciales del trastorno que se presenta (uno debe comprender al paciente de la manera más completa posible, desde todos los puntos de mayor ventaja y después introducir las variables que logren una adaptación más eficaz).

2. Establece un punto central para comprender en forma precisa por qué el paciente acude a consulta en el día en especial en que lo hizo, cuándo inició su problema, en su pasado inmediato, y cuándo y en qué forma parecida existió

en su historia personal anterior.

3. Establecimiento de la causalidad o continuidad entre el presente y el pasado y las muchas conexiones teóricas de los sistemas en el presente, así como comprender la interrelación de estos factores con los componentes biológicos, sociales, familiares y físicos de la vida del paciente; se intenta establecer continuidad entre los síntomas o problemas de personalidad que se presentan y los conflictos o defectos en lo cual se ha encontrado que tanto el análisis clásico como la teoría de las relaciones objetales, son valiosas y compatibles. Para comprender la especificidad en que representa el síntoma, se tienen que entender todas las fuerzas más importantes que coadyuvieron a producir el síntoma particular en la forma específica que éste tomó.

4. Los síntomas son intentos de solucionar problemas, de enfrentar la ansiedad, conflicto déficit, entre más limitada sea la capacidad para enfrentar situaciones, mayor será el trastorno que exista de la personalidad y viceversa. El tratamiento es un intento por ayudar a la persona a obtener mejores recursos para enfrentarse a la realidad, con los conflictos que existen entre ésta y los impulsos, así como con las introyecciones defectuosas.

5. La PBIU se enfoca en lo que ha aprendido de manera deficiente y lo que necesita desaprender y reaprenderse del modo más eficaz posible.

6. La psicoterapia experimentada, breve intensiva y de urgencia se realiza tomando en cuenta todas las defensas y posiciones psicológicas del Yo.

7. La PBIU se enfoca, y selecciona, los síntomas principales y más perturbadores y su causa, dentro de un marco de referencia más amplio, y después provee la conceptualización más certeramente orientada posible para las intervenciones psicoterapéuticas necesarias y suficientes.

8. La eficacia de la PBIU consiste en la aproximación enfocada y sistemática.

9. Los beneficios de la PBIU se pueden extender más allá del centro de atención inmediato de la terapia, ya que toda la estructura adaptativa del paciente puede cambiar favorablemente.

10. Las indicaciones para la PBIU son muy amplias, seleccionando el problema para tratamiento y no al paciente (Bellak, 1993).

En este sentido, la PBIU puede utilizarse para la prevención primaria, secundaria tanto como para terciaria, en un amplio rango de trastornos. Como en todas las situaciones agudas, es apropiada una cierta cantidad de tacto. Alguien que acaba de sufrir la pérdida de un familiar cercano o ha estado en un grave accidente, no es alguien a quien se le deban hacer interpretaciones. Ni debe pedírsele que comente algo al respecto. Cierta comprensión, apoyo emocional y la promesa de ayuda futura, es lo adecuado al principio. Cuando las circunstancias lo permiten, se tiene que intentar ver la situación catastrófica en relación con la situación vital de la persona y el suceso que la provocó.

3. PSICOTERAPIA BREVE SISTEMICA (ESCUELA DE PALO ALTO)

Los primeros esbozos de la psicoterapia breve nacieron hacia finales de los años cincuenta, principios de los sesenta, como consecuencia de la interacción de los grupos de investigación liderados por Gregory Betson y Donald Jackson quienes conformaron un modelo de estudio en las relaciones humanas (Rodríguez, s.f.).

La psicoterapia breve se define como el tratamiento en el que la extensión y la frecuencia de las entrevistas, así como la totalidad de la interacción se ajustan al mínimo necesario para obtener las metas más viables para el

paciente. Se utiliza lo que el paciente trae consigo para satisfacer sus necesidades de modo que pueda llevar una vida más satisfactoria. Sus metas son la eliminación o alivio del síntoma sin intentar la reconstrucción de la personalidad (De Shazer, s.f).

Sus características son:

- * Se basa en el aquí y ahora
- * Da gran importancia a las pautas de interacción
- * Define al problema como una conducta presente, indeseada y que es persistente
- * Subrayan que la solución del problema a contribuido a mantenerlo de manera que la solución se convierte en el problema.

La psicoterapia breve es también una terapia focalizada; la terapia se dirige hacia determinada problemática del paciente, que adquiere prioridad por su urgencia o importancia. Puede pensarse en la psicoterapia breve como una técnica de aplicación posterior. El paciente es tratado cara a cara y las intervenciones duran de 6 a 10 sesiones. Su objetivo es eliminar en forma inmediata el factor perturbador (Márquez, 1993).

Por lo que a terapia breve concierne, Small (1978) cita a

una serie de autores que hablan sobre los diversos tipos de terapias breves al igual que de sus beneficios, y que aquí los presentaremos como parte de la historia de las terapia breve; algunos de los autores que cita son los siguientes:

Jacobson² quien indica que la terapia breve permite la intervención sin demoras, por lo que adquiere importancia crítica para la provisión de acceso temprano al paciente y para la prevención de la cronicidad.

Bellak y Small² citan casos de empleo de la terapia breve durante crisis episódicas de la vida de una persona, con el fin de evitar el desarrollo en ella de procesos crónicos malignos.

Wayne y Koegler² indican que la mayoría de las emergencias individuales se ven precedidas por una etapa de "urgencia", durante la cual el sujeto es accesible a la asistencia, cuya administración oportuna puede evitar el desarrollo de crisis agudas.

Bellak² describe tres tipos de influencias preventivas que se pueden ejercer mediante la psicoterapia de emergencia: la prevención primaria, para evitar que problemas menores y temporarios se transformen en incapacidades mayores y

² citados en Small, 1978

organizadas; la prevención secundaria, que acentúa y reduce al mínimo los efectos de desórdenes ya desarrollados; y la prevención terciaria, que circunscribe y limita las consecuencias de las incapacidades crónicas.

Coleman y Zwerlin² asignan a la clínica de emergencia importancia particular como medio para evitar el desarrollo de enfermedades más serias, o crónicas.

La American Psychiatric Association² llama la atención sobre las consecuencias de las situaciones de desastres capaces de producir perturbaciones emocionales extremas, en las que se hacen necesarios los servicios terapéuticos rápidos, efectivos y de gran escala.

Meerloo y Rosenthal² escribieron acerca del tratamiento de las reacciones traumáticas ante situaciones de desastre. Bellak y Small comentan que también las catástrofes que -como la explosión ocurrida en el interior de un edificio neoyorkino- afectan a menor número de personas, también traumatizan sin duda a muchos de los sobrevivientes, y que bien podrían dar lugar a la acción de los equipos de psicoterapia de emergencia.

El Beekman Downtown Hospital de la ciudad de Nueva York²

² citados en Small, 1978

posee un equipo móvil de asistencia psiquiátrica de emergencia; que acude junto con los demás servicios médicos al escenario de cualquier desastre que ocurra en su zona de influencia.

Colemman y Errera² sostienen que la mayor parte de las personas que se presentan con problemas emocionales en salas de urgencias de los hospitales públicos están al alcance de las terapias orientadas psicoanalíticamente.

Las psicoterapias breves adquieren proporciones de respuesta a una variedad de presiones:

1) Existe un aumento de la demanda de servicios psicoterapéuticos por parte del público que no se ve compensada por su incremento comparable del personal especializado disponible.

2) Las terapias breves desempeñan un papel preventivo o limitador tanto para las situaciones menores como para las agudas y las crónicas.

3) Las crisis y las tensiones propias de la vida de la mayoría producen una demanda urgente de intervención rápida.

² citados en Small, 1978

4) La ineludible amenaza de catástrofes impredecibles exige disponer de medios de asistencia rápidos.

5) La psicoterapia breve es la única clase de tratamiento considerada efectiva por algunos profesionales.

6) Ciertos ambientes exigen la aplicación de psicoterapias breves, debido a que en ellos no es posible el contacto prolongado con el paciente.

7) Diversas razones hacen que ciertas personas solo sean capaces de aceptar la asistencia en un clima que se asocie con procedimientos breves y de emergencia, similares a los de la clínica médica.

Existen tres escuelas que han desarrollado aportes importantes para la psicoterapia breve, son la de Watzlavick, Halley y la de Milwocky, las dos primeras se desarrollaron en Palo Alto California. De estas escuelas han surgido los modelos estructural y estratégico, así como una serie de técnicas terapéuticas que permiten al terapeuta realizar una intervención breve.

La psicoterapia estratégica breve o "Brief Terapy" es la línea de abordaje terapéutico propuesta por Paul Watzlavick, John Weaklan y Dick Fish; este modelo se desarrollo en el

Mental Research Institute (M.R.I) de Palo Alto, California siendo investigado por y profundizado en el Centro de Terapia Breve del mismo. Este modelo propone un tipo de psicoterapia que no exceda las 20 sesiones, con intervenciones que tengan como objetivo la resolución de problemas orientadas a extinguir la sintomatología presentada por el paciente.

Los pasos que el modelo propone para la organización y planificación son sintetizados a continuación:

* LLAMADO TELEFONICO; el terapeuta comienza a trabajar desde este momento focalizando, centralizando cual es el motivo de consulta, quienes son los afectados, decidirá quiénes acudiran a la terapia

* PRIMER CONTACTO; en esta fase el terapeuta debe de tener:

- Una definición clara del problema
- Un acuerdo sobre el objetivo de trabajo
- Explorar las soluciones intentadas
- Decidir el tipo de intervención, y para esto el terapeuta cuenta con una serie de técnicas tales como:

- hablar con el lenguaje del cliente,
- calcar los gestos, actitudes, modismos, tono de voz (espejear)
- la connotación positiva

- evitar las formas lingüística negativas
- los cuestionamientos circulares
- las prescripciones del comportamiento
- las técnicas de corte indirecto (la hipnosis y paradoja) (Rodríguez, s.f.; Minuchin,1989; Weaklan y Seagal, 1994; Watzlavick, 1989).

En el presente capítulo se describieron tres formas de tratamiento terapéutico para las víctimas de desastre; pero todas ellas señalan una serie de pasos que nos solicita tener ciertas condiciones de trabajo como contar con un espacio terapéutico que nos permite tener conocimiento previo a la primera sesión del paciente a través del llamado telefónico, se debe tener disposición de tiempo para planear y realizar un contrato con el paciente, etcétera. Condiciones con las que después de un desastre no se cuenta, en este momento y principalmente si nuestro trabajo es en salas de urgencias lo que necesitamos es actuar en forma breve, utilizando al máximo nuestros recursos; por lo cual se considera primordialmente importante el desarrollo de habilidades por parte del terapeuta para desarrollar un modelo comunicacional (dentro de lo digital y lo analógico) que le permita abordar al paciente desde su propio lenguaje y así lograr la formación de un sistema terapéutico, en forma rápida; ya que por lo que se ha investigado tanto en por los investigadores de la escuela de Palo Alto como por los de programación

neurolingüística (P.N.L); el uso del lenguaje analógico y digital, al igual que las preferencias sensoriales, permite disminuir la resistencia del paciente creando empatía, en menor tiempo que en sesiones normales; con lo cual se podrá empezar a hacer uso de las diversas técnicas desarrolladas por los diversos modelos.

Se considera que para casos de atención psicológica a víctimas de desastre en salas de urgencias, la psicoterapia breve es una excelente opción principalmente por la importancia que brinda a la comunicación y a sus diversas técnicas, que permiten obtener resultados a corto tiempo; es necesario mencionar que se considera importante retomar la información de Virginia Satir en relación a las preferencias sensoriales, las cuales en períodos de estrés son manifestadas claramente, y de las cuales puede hacer uso para empezar a dar directivas una vez establecido el sistema terapéutico. Otra es la relajación, la cual permitirá crear dentro del sistema terapéutico un ambiente propicio para el trabajo, pues sin haber cambiado las emociones y sentimientos del paciente, habremos comenzado un cambio dentro del sistema emocional prevaleciente en el paciente. Y aunque esta técnica no es mencionada por los autores y corrientes citadas en el presente capítulo, es un recurso terapéutico que debemos tener presente durante nuestro trabajo terapéutico.

M E T O D O

Sujetos:

Personal de urgencias (30 médicos, 30 enfermeras, 30 trabajadoras sociales, 60 psicólogos), que laboraban en el IMSS, ISSSTE y Cruz Roja del D.F. y área metropolitana.

- Titulados,
- que laboraban en el área de urgencias o habían laborado en ésta área en los últimos cinco años.

Materiales:

- 150 cuestionarios (ver anexo 1)
- 150 lápices

Control de Variables:

- Se evito que al momento de contestar el cuestionario, se encontrasen dos o más personas juntas para evitar el intercambio de opiniones previas a dar respuesta.

Lugar:

Las instituciones en las que laboraban.

Instrumento:

Un cuestionario de 37 preguntas abiertas, de las cuales 16 pertenecen a un bloque exclusivo para psicólogos y

psiquiatras (ver anexo 2), cuyo objetivo fue obtener información sobre la atención a personas víctimas de un desastre; identificar si laboraba el psicólogo, su función y trabajo en las salas de urgencias médicas.

Procedimiento:

Fase 1: Se elaboró un cuestionario de preguntas abiertas que permitió obtener información sobre la atención a personas víctimas de un desastre; se identificó si laboraba el psicólogo, su función y trabajo en las salas de urgencias médicas.

Fase 2: Estudio preliminar, se aplicaron 150 cuestionarios (ver anexo 1) dirigidos al psicólogo y a otros profesionales (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales), en los centros de urgencias.

Se pidió a la persona contestara un cuestionario cuyo objetivo fue obtener información sobre la atención a personas víctimas de un desastre; identificar si laboraba el psicólogo, su función y trabajo en las salas de urgencias médicas, una vez que se obtuvo la aprobación se le entregó el cuestionario y se le pidió "si tiene alguna duda pregunte"; al término se le dieron las gracias.

Se hizo un análisis cualitativo y cuantitativo de la

información que se obtuvo empleando la prueba estadística de la chi cuadra X^2 , con la que se analizó las diferencias existentes entre los profesionistas a los que se les aplico el cuestionario, según su profesión.

Fase 3: Con base en los datos obtenidos se elaboró un manual para la atención psicológica a víctimas de desastres en salas de urgencias, dirigido al personal que labora en las mismas.

RESULTADOS

En un estudio preliminar se aplicaron 150 cuestionarios dirigidos al psicólogo y a otros profesionales (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales), con el objetivo de obtener información sobre la ubicación y el tipo de trabajo que realiza el psicólogo dentro de la sala de urgencias, al igual que su relación con otros profesionales, de sus herramientas de trabajo y de la forma en que lo desarrolla.

Los datos obtenidos fueron analizados con la prueba estadística de la *chi cuadrada* cuya fórmula es:

$$x^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Con una $\alpha = .05$ y $gl=6$ de este análisis, se obtuvo que la información obtenida por reactivo es significativa en la mayoría de las respuestas con relación a la atención psicológica de víctimas de desastres en las salas de urgencias, sin haber una diferencia significativa entre las profesiones de las personas que contestaron el instrumento (ver anexo 1). Dentro de la calificación total del instrumento no hay diferencias significativas entre las distintas profesiones de las personas que respondieron el cuestionario, las cuales entraron dentro del rango de conocimiento sobre el tema y de buena actitud ante el psicólogo, su trabajo y la propuesta a la atención médica

de víctimas de un desastre y sus familiares.

Así mismo los resultados obtenidos por reactivo del instrumento muestran que el 100% de la población cuenta con el concepto de desastre, del cual el 58% clasificaron a los desastres en naturales y accidentales (es decir, los ocasionados por el hombre) siendo el máximo porcentaje obtenido en este ítem; para observar la distribución de los demás porcentajes ver gráfico 1.

gráfico 1

CLASIFICACION DE LOS DESASTRES

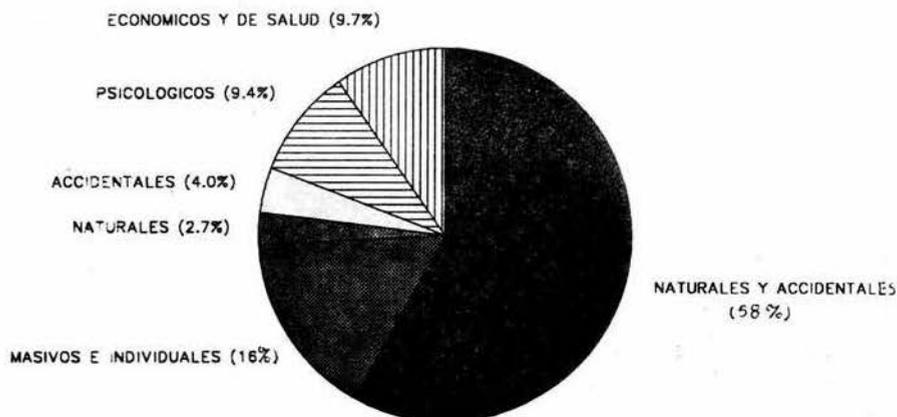


Gráfico 1 muestra la distribución porcentual de las respuestas dadas a la clasificación de los desastres

El 41.9% de la población indica que son víctimas de un desastre las personas con traumatismo físico y mental

siendo este el mayor porcentaje para este reactivo, el resto de los porcentajes se distribuye con un 17% todo ser viviente, el 17% considera que son todos los seres humanos, 17% que son los afectados por el mismo y obteniendo el menor porcentaje (1.4%) el patrimonio como víctima de un desastre (ver gráfico 2).

gráfico 2

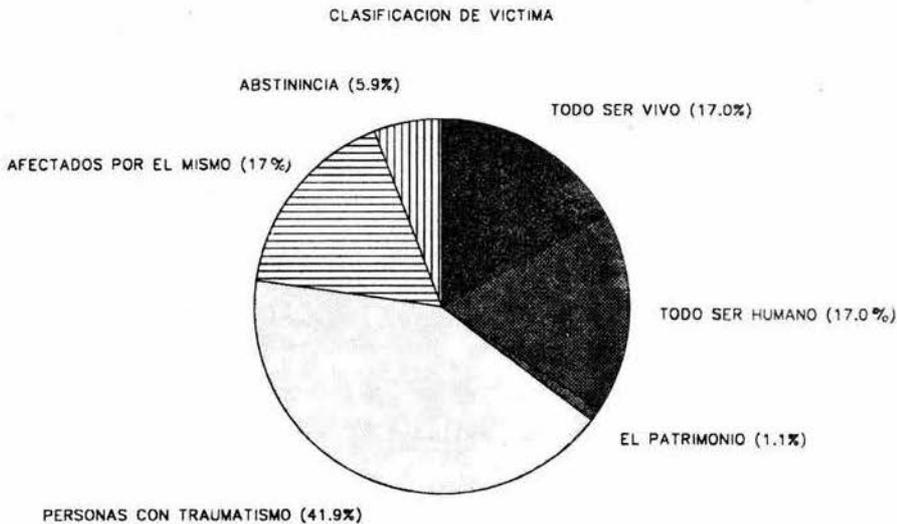


Gráfico 2 muestra la distribución gráfica de los porcentajes obtenidos ante la clasificación de víctima

El mayor porcentaje de la población (40%) considera que un lesionado es toda persona que sufre traumatismo físico y/o mental, menor porcentaje (3.9%) opina que es toda persona incapacitada por daño; el resto de las respuestas se

distribuyen de la siguiente forma el 19% que es una persona con traumatismo físico, el 13% considera que es la víctima o persona afectada por un desastre, el 3% considera que es una persona con alteración en sus funciones mentales, el 10% lo considera como un ente con pérdida del equilibrio bio-psico-social (ver gráfico 3). El 75.4% de la población considera a las personas lesionadas en incendios, accidentes terrestres y aéreos, explosiones y radiaciones como víctimas de un desastre, y las consideraron como tales por ser parte del resultado de un evento considerado como tal, que produce alteraciones físicas y mentales en el individuo.

gráfico 3

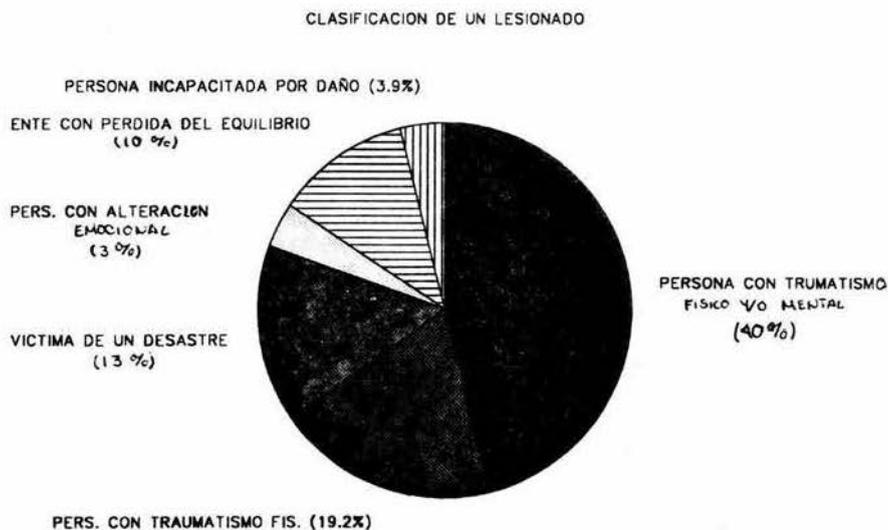


Gráfico 3 muestra la distribución porcentual de las respuestas ante la clasificación de un lesionado

Sólo el 30% de la población estudiada ha participado en cursos de desastres, los cuales son: rescate 911, manejo del paciente en caso de desastre, prevención de accidentes y desastres y otros impartidos por la Cruz Roja. De éste el 66.7% son médicos, el 11% enfermeras y el 22.3% restante son psicólogos (ver gráfico 4).

Algunos de estos últimos (el 30% de los psicólogos) informaron que tomaron el curso sólo para elaborar su propio duelo, y que no han trabajado dentro de esta área.

gráfico 4

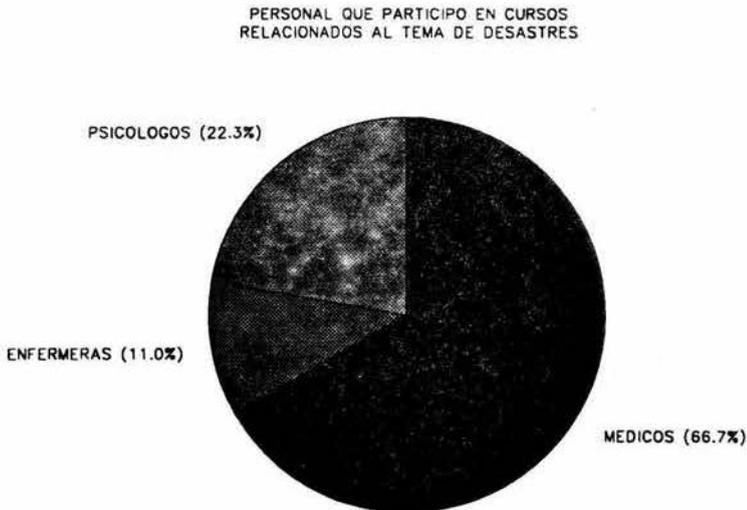


Gráfico 4 muestra la distribución gráfica porcentual del personal que ha participado en cursos de capacitación en relacionados con el tema de desastres.

Las respuestas que se obtuvieron al ítem correspondiente a quienes conforman el personal de urgencias se distribuyen porcentualmente de la forma siguiente (ver gráfico 5):

gráfico 5

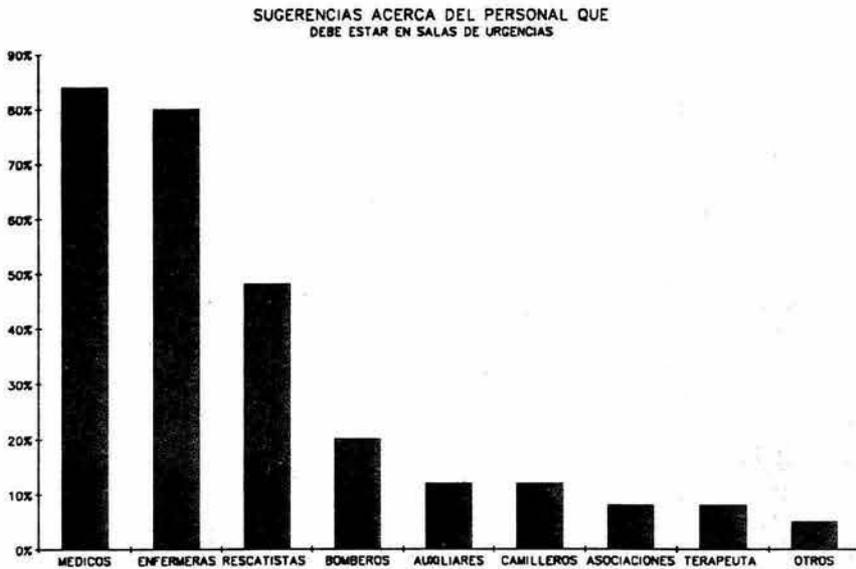


Gráfico 5 muestra la distribución porcentual del personal propuesto para laborar en salas de urgencias médicas.

Cabe destacar que dentro de los comentarios que se recibieron con respecto a esta pregunta en su mayoría, es decir el 80%, fue que éste (ver gráfico 5) sería el personal idóneo para el trabajo en salas de urgencias, pero que en la realidad este personal no se encuentra en su totalidad es las salas de instituciones que prestan este servicio.

Cuando se les preguntó si el trabajo dentro de las salas de urgencias es interdisciplinario, el 65.4% opinaron que si para evitar al máximo el margen de error ya que de ello depende el diagnóstico y la pronta recuperación lo que permite brindar el servicio lo más completo; además de que el tipo de urgencia así lo requiere. Un mínimo porcentaje (6.7%) contestó no, porque se olvida generalmente el aspecto emocional y mental del paciente, además de existir reglas (ver gráfico 6).

gráfico 6

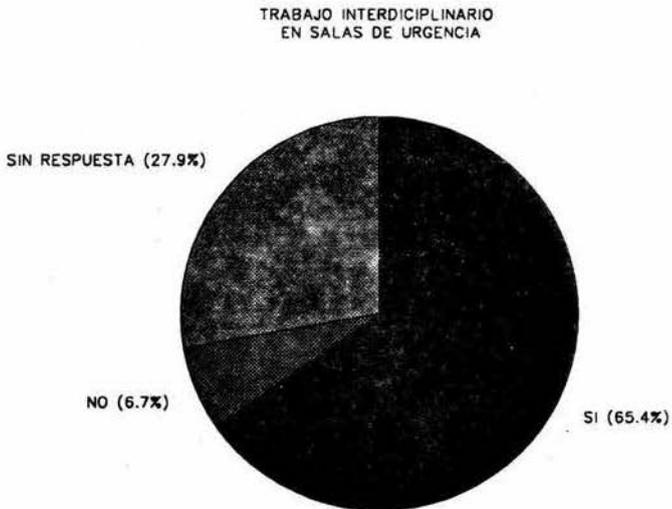


Gráfico 6 muestra la distribución porcentual de las respuestas al ítem sobre el trabajo interdisciplinario.

El 62.7% de la población no conoce alguna institución o desconoce si alguna institución cuenta con psicólogos en la sala de urgencias; en tanto que el 6.7% respondió que si conocía instituciones con este servicio y las que mencionaron fueron:

- Salas del ministerio público (delito sexual)
- La mayoría del sector público (SS, IMSS, ISSSTE, Cruz Roja, DIF, etcétera) (ver gráfico 7).

gráfico 7

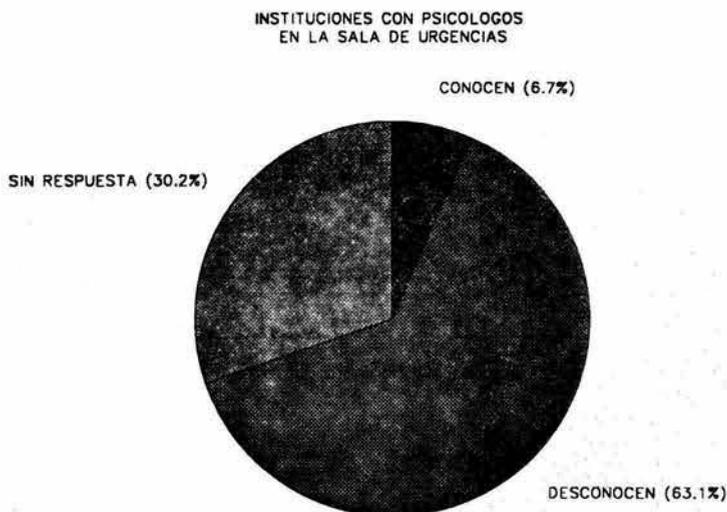


Gráfico 7 muestra la distribución porcentual de la información obtenida en relación a instituciones que cuentan con psicólogos en la sala de urgencia.

En relación a cual es la función del psicólogo

dentro del proceso de atención de un lesionado sólo el 80% respondió, y de éste, en mayor porcentaje (43%) menciona que su función es tranquilizar, dar respaldo, orientación, estímulo, estabilización emocional y los menos (2.4%) indican dar apoyo al personal médico para rehabilitar al paciente y para que el manejo médico sea mejor. Un 62.6% de la población opina que los casos en los que debe intervenir el psicólogo, son aquellos en los que exista daño mental o emocional como consecuencia del suceso, y cuyo estado físico, permita el trabajo del psicólogo (ver gráfico 8).

gráfico 8

PROPUESTA PARA LA FUNCION DEL PSICOLOGO
EL PROCESO DE ATENCION A UN LESIONADO

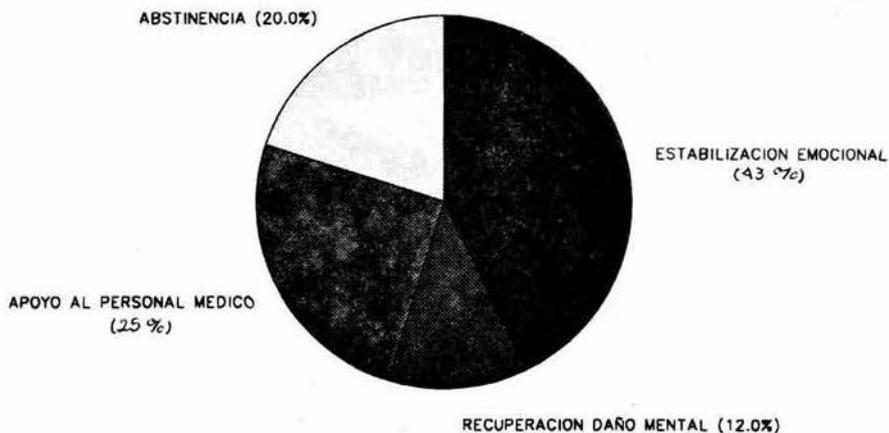


Gráfico 8.- Muestra la distribución porcentual ante la propuesta para la función del psicólogo en el proceso de atención a un lesionado.

El 61% indica que el lesionado víctima de un desastre debe recibir atención psicológica, al igual que sus familiares. Y también indica que no conoce algún hospital que brinde este servicio y que debería de proponerse.

Al igual opinaron que debería de existir como un anexo cercano a la sala de urgencias, debido al tipo de urgencias que se trata (por lo general son impresionantes) y por no existir capacitación en el psicólogo, por tanto éste estaría estorbando, en lugar de ayudando, también se propuso que el psicólogo atendiera a la población de urgencias menores en un anexo cercano a la sala y que las urgencias mayores fuesen atendidas posterior al tratamiento médico dentro de la sala cuando el paciente estuviese en facultad de recibir dicha atención; otra opción planteada fue la capacitación al personal de urgencias.

En cuanto a la relación de los profesionales del área de urgencias con los psicólogos, el 68.9% comentó no tener relación con los mismos. Ya que en la mayoría de los casos éstos se encuentran en hospitales de tercer nivel en el área de especialidades (consulta), por lo que no hay relación con ellos.

El 100% de los psicólogos entrevistados, comentaron no tener relación con el trabajo de urgencias, a pesar de

considerar necesario el servicio, no ha sido propuesto o desconocen el por qué este tipo de prestación no esté en el área de urgencias.

En relación a las técnicas empleadas, las mencionadas fueron la PBIU y la intervención en crisis; en relación con éstas, mencionaron que no son suficientes las herramientas con las que cuentan y que por lo mismo deben estar en constante preparación, el 10% de la población en el momento se encuentran cursando la especialidad en psicoterapia breve, y otro 10% tomando cursos en el extranjero.

DISCUSION

El objetivo de este trabajo fue analizar la actividad del psicólogo dentro de las salas de urgencia, al igual que la conducta de otros profesionales en relación a su trabajo; para demostrar la importancia del psicólogo dentro de las salas de urgencias y proponer un manual de intervención psicológica de emergencia a víctimas de desastre. Partiendo de este objetivo y de los resultados obtenidos a través del instrumento empleado (ver anexo 1), es importante destacar los siguientes aspectos antes de iniciar una discusión sobre los mismos.

* El psicólogo no se encuentra en las salas de urgencias, pese a que, se considere su presencia necesaria. Este punto se encuentra apoyado con el material revisado en el capítulo dos; además de que la mayoría del material revisado sobre el tema de atención psicológica en hospitales está dirigido a psiquiatras, tal es el caso del manual de atención psiquiátrica de Hyman (1990).

* La atención psicológica a lesionados y familiares de éste, no se encuentra en ningún hospital y la propuesta de dicho servicio es necesaria. La bibliografía revisada (en los capítulos 3 y 4) apoya este punto al detectarse que ésta va dirigida a la atención de las víctimas y de sus familiares en

albergues, como los libros de Cohen (1989) y Marquez (1993). Siendo en este último donde se comenta que entre más cercano al momento del desastre se brinde la atención psicológica a la víctima se reducirá el incidencia de síntomas posteriores, los cuales están descritos en el capítulo 3.

* El psicólogo debe capacitarse para su trabajo en la salas de urgencias, para evitar que su presencia sea estorbosa, en lugar de participativa; por lo tanto, es necesario que éste se capacite en el área médica antes de su ingreso a estas salas.

* Promover la participación del psicólogo en el tratamiento de un lesionado y de sus familiares; en una sala adyacente a la sala de urgencias, en caso de no poder trabajar directamente en esta sala; por ejemplo con los familiares y con lesionados de primer nivel, en tanto son atendidos, y que las urgencias mayores fuesen atendidas posterior al tratamiento médico dentro de la sala cuando el paciente estuviese en facultad de recibir dicha atención.

Estos dos últimos aspectos se encuentran apoyados en la ausencia de bibliografía que integre al psicólogo como parte del tratamiento de personas dañadas por un desastre en salas de urgencias, al igual que con la bibliografía que hace referencia al tratamiento de estas personas dentro de

albergues y salas de hospitalización, aunque este último material va dirigido a psiquiatras (ésto esta respaldado con el material del capítulo 3 y 4 y con los materiales de Cohen,1989; Marquez,1993; Hyman,1990; por mencionar algunos).

Los puntos anteriores son producto de la información obtenida, con lo cual se puede decir que el objetivo del trabajo se cumplió en cuanto a analizar la actividad del psicólogo dentro de las salas de urgencia y de la conducta de otros profesionales en relación a su trabajo; para demostrar la importancia del psicólogo dentro de las salas de urgencias. Puesto que nos permite observar que aunque se ha trabajado con víctimas de desastre este trabajo no ha culminado en la atención a los mismos en salas de urgencias, sino que la mayoría de las intervenciones se dictan de acuerdo a las condiciones terapéuticas ordinarias en las cuales el terapeuta cuenta con un tiempo "x" para atender al paciente dentro de un lugar "y" y bajo las pautas que la teoría que maneja indica que debe desarrollarse (revisar capítulo 4).

Es importante destacar que a pesar de existir programas tales como SAPTEL el cual dentro de los diversos servicios que brinda se encuentra el de dar apoyo para emergencias (apoyo psicológico cara a cara a pacientes del hospital de urgencias de la Cruz Roja) a petición de los médicos en turno

(Feria y Ribera, 1994), a través de los resultados obtenidos se descubre que la mayoría del personal en salas de urgencia, principalmente, los médicos, consideran que están capacitados para enfrentar esta situación, algunos otros consideran necesario capacitarse dentro del área psicológica; pero en ambos casos pretenden obtener suficientes conocimientos que les permitan apoyar la hipótesis de que tiene la preparación suficiente para tratar estos casos.

En su gran mayoría los psicólogos no participan en el trabajo de atención a un lesionado en salas de urgencias por estar esperando que soliciten su participación. Si todos esperamos a que los demás soliciten nuestra participación y en tanto no nos preparamos para poder participar cuando esta oportunidad se presente, así como trabajar para que la misma se abra ante nosotros los psicólogos, no lograremos hacer que nuestro trabajo tome su lugar en esta área.

Es por esto último que buscando como ayudar para que la posibilidad del trabajo psicológico en salas de urgencias se presente, se considera importante la información recabada, puesto que nos permite observar cuales son las pautas comunicacionales y de interacción de las diversas disciplinas incluidas en el trabajo de urgencia, en relación al psicólogo y al trabajo psicológico; y así como un terapeuta debe trabajar con estos para lograr un cambio, y si consideramos

una de las primicias de enfoque sistémico en el cual se indica que si se provoca un cambio en alguno de los componentes (miembros) del sistema, se provocará un cambio en el sistema. Nosotros los psicólogos obteniendo información como lo recabado en el presente trabajo, podemos obtener pautas de interacción que nos permitan introducir un cambio 2 en cuanto al tratamiento a víctimas en salas de urgencias.

Si trabajamos con un problema bien definido y utilizamos la técnica adecuada al mismo, se produce un cambio; y este es el momento en que se considera crucial el análisis de nuestra forma de intervenir y lograr nuestro objetivo; algunas de las propuestas de intervención que requiere de la participación activa del psicólogo son como capacitador para poder así brindar capacitación al personal de urgencias, en cuanto al trato psicológico que debe darse a las víctimas de un desastre y a sus familiares; pero siempre encaminadas a que las personas que participen en esta capacitación sean un canal de conscientización de la importancia del trabajo terapéutico desarrollado por profesionales expertos en el área, ya que pedir que cualquier otra persona que no sea un psicólogo de terapia, es como indicar que un taxista maneje una nave espacial, después de un curso elemental sobre el tema.

Para enfrentar adecuadamente su postura ante la atención

a víctimas de un desastre el psicólogo debe de formarse profesionalmente, logrando con esto estar en el lugar y momento más cercano a la víctima, disminuyendo así la incidencia de síntomas ya que si recordamos un desastre es un evento extraordinario que origina destrucción considerable de bienes materiales y puede dar por resultado muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano que resulta psíquicamente traumático, porque en quienes sobreviven a él, se propician sentimientos de estar solo, de abandono, de impotencia para resolver la situación, que pueden conducir a trastornos por estrés postraumático. Se pierde para siempre el sentimiento de invulnerabilidad y la seguridad interior se derrumba. En algunos casos se manifiestan reacciones neuróticas agudas: angustia, irritabilidad y belicosidad, fácil fatigabilidad (Marquez,1993).

Por lo cual, no se puede dejar que el trabajo del psicólogo lo desempeñe cualquier otra persona; pero también es necesario para que esto no suceda crear consciencia de la importancia de un buen trabajo terapéutico por un experto. Y que para que esto se de dentro de las salas de urgencias es necesario crear en los profesionales la idea de que el trabajo multidisciplinario es siempre una mejor opción en la búsqueda de la recuperación integral de la salud física y mental del paciente.

Este trabajo tiene como objetivo aportar un manual de intervención psicológica a víctimas de desastre, el cual tomará en cuenta la información recabada, para poder desarrollar un manual que participe en la formación de personal capacitado para brindar un tratamiento en salas de urgencias sin olvidar que es el psicólogo quien después e incluso en lugar de ellos debe desarrollar este trabajo.

También pretende abrir una gama de posibilidades para investigar y trabajar dentro de esta área, y aunque este trabajo muestra deficiencias éstas son a la vez grandes oportunidades para realizar investigación; por lo que se sugiere que cada una de las deficiencias que puedan ser observadas sean transformadas por el lector en objetivos de trabajo que enriquezcan este campo; una de las muchas limitaciones a superar son la población que en este caso fue reducida y que debe ser ampliada; modificar e incluir nuevos criterios para seleccionar la muestra, así como un exhaustivo trabajo para elaborar instrumentos confiables y validos para ser aplicados a la población mexicana que labora en salas de urgencias; y que con estas tres modificaciones permitan ampliar las conclusiones de los resultados obtenidos. Así mismo se pueden realizar trabajos posteriores que permitan culminar en la aplicación de una serie de técnicas adecuadas al trabajo con víctimas de desastres dentro de las salas de urgencias.

El manual que propone el presente trabajo difiere de los expuestos previamente, en que, esta enfocado ha brindar bases sobre el tratamiento que debe recibir una víctima de desastre en las primeras horas posteriores al evento, principalmente los que se encuentran en salas de urgencias. Con el objetivo de consientizar al lector de que la víctima de desastre debe aprender a manejar las consecuencias emocionales del suceso a través del tratamiento psicológico, y que es esta primera ayuda psicológica la base para el posterior manejo terapéutico.

MANUAL DE ATENCION PSICOLOGICA A VICTIMAS
DE DESASTRES EN SALAS DE URGENCIAS

PROPUESTA

ISAIS REYNOSO MONICA ADELAIDA

ASESOR: CABALLERO BORJA AMPARO
MAESTRA EN PSICOLOGIA

I N D I C E

INTRODUCCION	125
1. DESASTRES	127
1.1 CLASIFICACION DE LOS DESASTRES	127
1.2 FASES DE LOS DESASTRES	128
2. VICTIMAS DE UN DESASTRE	128
2.1. CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS DE LA VICTIMA DE UN DESASTRE	129
2.1.1 CONDUCTA	129
2.1.2 RESPUESTAS EMOCIONALES	130
2.1.3 SINDROMES	131
2.1.4. ACTITUD	132
3. INTERVENCION PSICOLOGICA	133
4. PSICOTERAPIA BREVE	136
5. TECNICAS TERAPEUTICAS	138
5.1 ANIMAR LA RESISTENCIA	138
5.2 PRESCRIBIR EL SINTOMA	138
5.3 ESPEJEO	139
5.4 NO APRESURARSE	139
5.5 PELIGRO DE UNA MEJORIA	140
5.6 CONNOTACION POSITIVA	140
5.7 REENCUADRE	141
5.8 RELAJACION	141

INTRODUCCION

Los desastres son hechos inesperados e inevitables, que afectan un área amplia o un sitio específico produciendo daños materiales, físicos y emocionales. Estos últimos son los que para este caso resultan de mayor importancia.

Debido a las diversas sintomatologías presentadas por las víctimas del desastre, es imperante actuar coordinadamente y de forma inmediata en la atención física y psicológica de las mismas. Como forma de prevención de futuras complicaciones.

Es el factor psicológico y la alteración que sufre antes, durante y después de un desastre nuestro principal interés. Por el cual se ha desarrollado el presente trabajo, siendo su objetivo brindar al lector bases psicoterapéuticas que le permitan trabajar el factor psicológico de una víctima de desastre, dentro de las características imperantes posteriores a un desastre.

Concientizar al lector de que la víctima debe aprender a manejar el suceso a través del tratamiento psicológico y que su inicio esta desde el momento en que es atendido un una sala de urgencias.

Para lograr este objetivo el trabajo presentado se encuentra estructurado de la forma siguiente:

1. *DESASTRES*, en donde se habló de sus definición, clasificación y fases.

2. *VICTIMAS DE UN DESASTRE*, aquí se habló de los tipos de víctimas y de las consecuencias psicológicas.

3. *INTERVENCION PSICOLOGICA*, se habló de los objetivos de intervención psicológica y de sus características.

4. *PSICOTERAPIA BREVE*, se trataron las generalidades de la psicoterapia breve.

5. *TECNICAS TERAPEUTICAS*, se describieron algunas técnicas terapéuticas de la psicoterapia breve aplicables a las características prevaecientes en una situación de desastre.

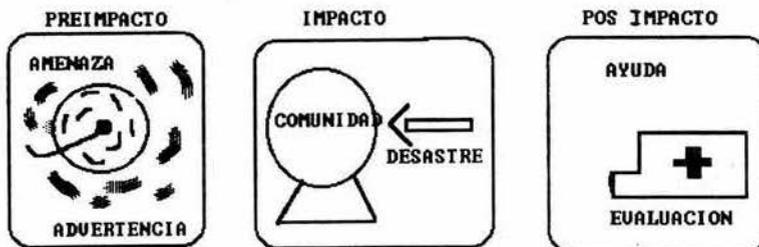
presentan súbitamente, como los incendios y explosiones, los sismos.

II.- Los desastres según su naturaleza se clasifican en:



1.2 FASES DE LOS DESASTRES

Los desastres presentan diversas fases como:



2. VICTIMAS DE UN DESASTRE

Un desastre afecta a mucha gente al mismo tiempo, dejando como consecuencia inmediata un estado de urgencia. Pero en general, un desastre produce cuatro tipos de víctimas:



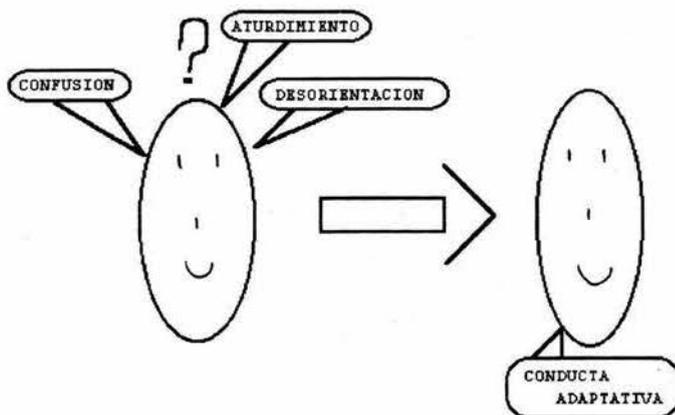
2.1. CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS DE LA VICTIMA DE UN DESASTRE

2.1.1 CONDUCTA

A) Al momento del desastre, la conducta del damnificado depende:



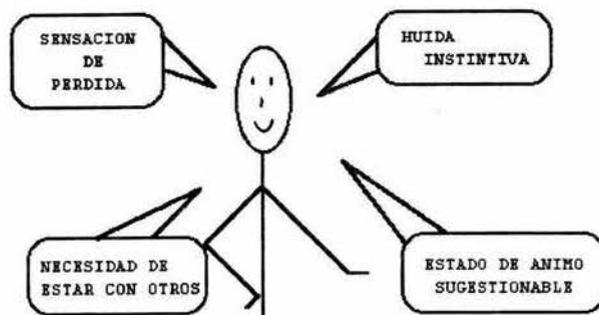
B) La conducta inicial es un estado temporal de choque, la persona puede experimentar:



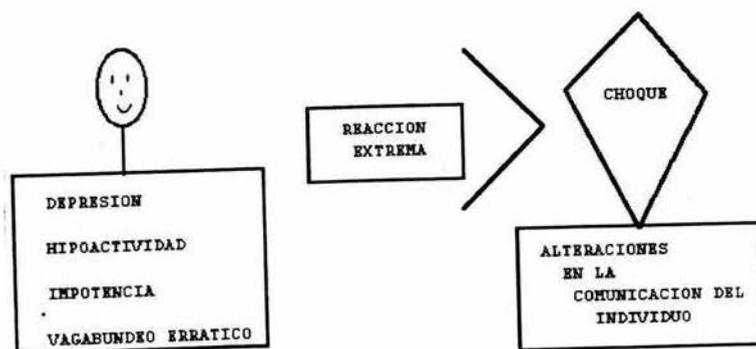
Otra es una conducta adaptativa (centrada en objetivos) tal como las tareas rescate inicial, la ayuda mutua y a la propia persona.

2.1.2 RESPUESTAS EMOCIONALES

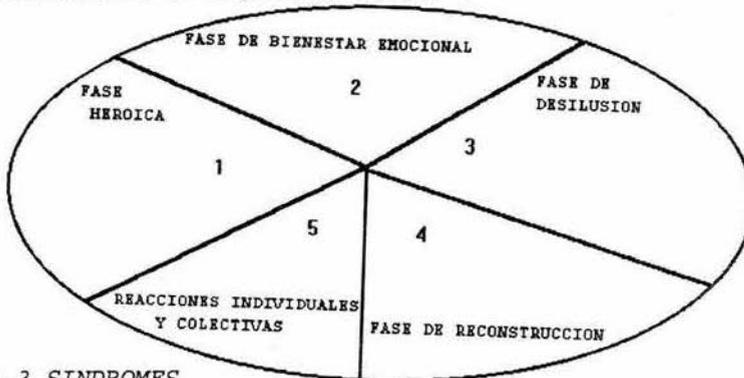
A) Aunque las respuestas emocionales varían de una persona a otra, parece haber consenso generalizado de que la emoción predominante expresada es temor y suele manifestarse en:



El período de rebote arriba descrito va seguido de la fase postraumática, las reacciones de esta fase abarcan:



Las reacciones emocionales de la población mexicana se clasifican de la siguiente manera :



2.1.3 SINDROMES

En la situación de desastre es posible distinguir tres tipos de síndromes y cuyas características son:

SINDROME DE DESASTRE

ETAPAS: Trauma
 Estado de sugestión
 Estado de euforia
 Ambivalencia entre uno y otro estado

CONTRADESASTRE

CARACTERISTICAS: Inusitado interes por llevar a cabo sus sentimientos de solidaridad
 Prestación de servicios personales

DERROTISMO

SENTIMIENTOS O SENSACIONES DE: Ansiedad
 Apatía
 Temor
 Depresión
 Fatiga de vivir
 Indiferencia
 Impotencia
 Desesperanza

Existen dos tipos diferentes de trauma psicológico, individual y colectivo, los cuales son evidentes en la conducta de las personas afectadas por un desastre.

2.1.4. ACTITUD

Respecto a la actitud que presentan los damnificados:

HOSTIDAD ENTRE LOS
AMIGOS Y LA FAMILIA

RESENTIMIENTO HACIA
LOS VECINOS QUE NO
HAN SUFRIDO UNA
PERDIDA PERSONAL



ACTITUD TRANQUILA,
COMPRENSIVA Y
CONSIDERADA ENTRE
ELLOS Y CON LOS
TRABAJADORES QUE
LES AYUDAN

3. INTERVENCION PSICOLOGICA

Las víctimas de un desastre requieren de tratamiento médico y psicológico, para este último los objetivos de intervención psicológica en situaciones de desastres (ver cuadro 1), son el uso adecuado de técnicas y la colaboración continua y activa con otros grupos que brindan atención y apoyo, así como con los organismos que ayudan a los damnificados en lo particular y a la comunidad en lo general.

CUADRO 1

Objetivos de la atención psicológica a los damnificados

1) ayudarles para que adquieran una sensación interna de orden y perspectiva, de modo que puedan organizar su propio ambiente conforme reciben ayuda para procesar las emociones dolorosas e intensas que acompañan al período ulterior al desastre, y

2) intervenir y ayudar para que los damnificados busquen, adquieran y asimilen los recursos que reciben, en el reordenamiento de su mundo, y que en el proceso se sientan a gusto y adquieran sensaciones de seguridad y autoestima (Cohen, 1989).

Cuadro 1.- Muestra los objetivos principales de la atención a los damnificados de un desastre.

Las emergencias psicológicas requieren evaluación inmediata de la conducta de la persona. Por lo que debe evaluarse al paciente con una actitud abierta y minuciosa. Esta evaluación de urgencia debe incluir una entrevista (ver cuadro 2), un examen neurológico (ver cuadro 3) y las pruebas de laboratorio relevantes.

CUADRO 2

ENTREVISTA

En estas situaciones está limitada por presiones temporales y por la naturaleza y gravedad del síntoma; se debe de obtener en un tiempo razonable todos los datos necesarios, tomar en serio todas las amenazas, gestos e intentos suicidas y homicidas; ser rotundo y claro al presentar las recomendaciones, explicando los motivos con claridad. Con la entrevista se debe obtener información sobre el problema presentado en el momento.

Cuadro 2.- Muestra las características de la entrevista en condiciones de emergencia.

CUADRO 3

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Debe evaluar el nivel de conciencia, el aspecto y la conducta, la atención, el estado de ánimo y afecto, además del lenguaje, la orientación y memoria, capacidad constructiva y el cálculo; el examen del estado mental al obtener información sobre estos aspectos permite ayudar a mejorar el manejo clínico del paciente .

Cuadro 3.- Contiene los puntos relevantes a evaluar en el examen de estado mental.

Es importante para poder desarrollar un buen trabajo terapéutico, el conocimiento del paciente; para lo cual se sugiere que el terapeuta desarrolle habilidades que le permitan:

- 1) Identificar el sistema representacional altamente valorado por el paciente (ver cuadro 4) e;
- 2) Identificar los dobles vínculos que trae la víctima (ver cuadro 5).

CUADRO 4

SISTEMAS REPRESENTACIONALES

Para identificar el sistema valorado el terapeuta debe dirigir su atención a los predicados que el cliente emplea para describir su experiencia.

Una vez identificado el sistema se debe preguntar directamente la forma cómo esta organizando su experiencia ese instante.

a) Si el sistema representacional de la persona es visual, pregúntele:

- ¿Crea imágenes en su cabeza?
- ¿Tiene imágenes visuales en su cabeza mientras me habla y me escucha?

- ¿Puede ver lo que le estoy diciendo?

b) Si el sistema representacional de la persona es kinestésico , pregunte:

- ¿Siente lo que esta diciendo?
- ¿Está en contacto con lo que estoy diciendo?

c) Si el sistema representacional de la persona es auditivo, pregunten:

- ¿Escucha voces en su cabeza?
- ¿Escucha lo que estoy diciendo en el interior de su cabeza?*

Cuadro 4.- resume las características para identificar el sistema representacional más valorado de una persona.

CUADRO 5

IDENTIFICANDO EL DOBLE VINCULO

1. Presupone una relación intensa, que encierra un alto valor de supervivencia y de expectativa para el consultante. 2.- se imparte una instrucción estructurada de modo que los puntos a) refuerzan la conducta que el paciente espera modificar; b) implica que este esfuerzo constituye el vehículo del cambio y c) crea así una paradoja. 3.- la situación terapéutica impide que el paciente se retraiga o disuelva de otra manera la paradoja haciendo comentario sobre ella.

Cuadro 5.- resume las características de un doble vínculo

* Predicados

- palabras empleadas para describir las partes de la experiencia de una persona que corresponden a los procesos y a las relaciones en esa experiencia

- aparecen como verbos, adjetivos y adverbios en las frases que el cliente usa para describir su experiencia

** Este tipo de preguntas sirven para verificar la identificación del sistema representacional.

NOTA: El uso de los predicados al momento de la entrevista y durante el tratamiento nos ayudará a reducir el tiempo de intervención facilitando la comunicación con el cliente.

Las características generales de la conducta de una víctima, son descritas en el ciclo de respuesta y recuperación del trauma (ver cuadro 6), a través del cual la víctima logra favorecer una conducta sana y adaptativa. Durante este ciclo uno de los papeles primarios del terapeuta en el tratamiento de la víctima es ayudarla y estimularla a pasar por el ciclo, cuyo fin es ayudar al individuo a recuperarse .

CUADRO 6

**CICLO DE RESPUESTA Y RECUPERACION DEL TRAUMA
DE LAS VICTIMAS EN GENERAL**

<p>RESPUESTA AL TRAUMA</p> <ul style="list-style-type: none"> * Choque * Incredulidad * Comprensión * Estado de supervivencia no afectivo o cognoscitivo <p>LIBERACION O ESCAPE</p> <p>CICLO DE RECUPERACION</p> <ul style="list-style-type: none"> * Choque * Depresión * Cambios de estado de ánimo * Ira * Reflexión filosófica * Dejar en paz
--

Cuadro 6.- resume las etapas principales del ciclo de respuesta y recuperación al trauma.

4. PSICOTERAPIA BREVE

Generalidades de la terapia breve (ver cuadro 7):

CUADRO 7

TERAPIA BREVE

<p>Es una terapia focalizada que se dirige hacia determinada problemática del paciente, el cual es tratado cara a cara. Se utiliza lo que éste trae consigo para satisfacer sus necesidades de modo que pueda llevar una vida más satisfactoria. Sus metas son la eliminación o alivio del síntoma sin intentar la reconstrucción de la personalidad. Su objetivo es eliminar en forma inmediata el factor perturbador, es un tratamiento en la que la extensión y la frecuencia de las entrevistas, así como la totalidad de la interacción se ajustan al mínimo necesario para obtener las metas más viables para el paciente.</p>
--

Cuadro 7.- Contiene las generalidades de la terapia breve

Sus características son (ver cuadro 8):

CUADRO 8

CARACTERISTICAS DE LA PSICOTERAPIA BREVE

- * Se basa en el aquí y ahora
- * Da gran importancia a las pautas de interacción
- * Define al problema como una conducta presente, indeseada y que es persistente
- * Subrayan que la solución del problema a contribuido a mantenerlo de manera que la solución se convierte en el problema.

Cuadro 8: Contiene las características de la terapia breve

Los pasos que el modelo propone para la organización y planificación son sintetizados a continuación:

* LLAMADO TELEFONICO; el terapeuta comienza a trabajar desde este momento focalizando, centralizando cual es el motivo de consulta, quienes son los afectados, decidirá quienes acudirán a la terapia

- * PRIMER CONTACTO; en esta fase el terapeuta debe de:
- Una definición clara del problema
 - Un acuerdo sobre el objetivo de trabajo
 - Explorar las soluciones intentadas
 - Decidir el tipo de intervención, y para esto el terapeuta cuenta con una serie de técnicas tales como:
 - hablar con el lenguaje del cliente,
 - calcar los gestos, actitudes, modismos, tono de voz (espejear)
 - la connotación positiva
 - evitar las formas lingüísticas negativas
 - los cuestionamientos circulares
 - las prescripciones del comportamiento
 - las técnicas de corte indirecto (la hipnosis y paradoja).

5. TECNICAS TERAPEUTICAS

5.1 ANIMAR LA RESISTENCIA

Animar al consultante a aumentar la resistencia es sinónimo de más de lo mismo "No cambie".

(PERO NO ME CAMBIE)



PACIENTE

P: QUIERO QUE ME AYUDE

T: ESTA BIE, POR EL

MOMENTO QUIERO QUE
NO CAMBIE NADA.

EN TANTO PARA NUESTRA
PROXIMA ENTREVISTA
USTED REALIZARA LA
SIGUIENTE TAREA+...

DESDE QUE NO LO CAMBIE

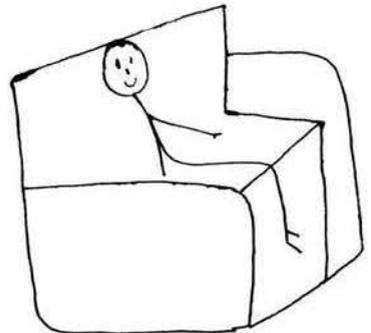
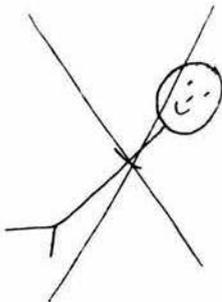


TERAPEUTA

+ LA TAREA DEPENDE DE CADA CASO.

5.2 PRESCRIBIR EL SINTOMA

El objetivo es cambiar la solución. Ejemplo: No voy al supermercado por que me desmayo; la próxima vez que vaya al supermercado, busque un lugar cómodo donde desmayarse.

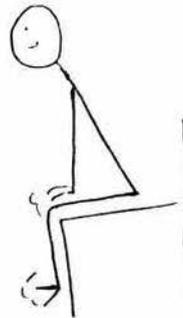


5.3 ESPEJEJO

Modelar la conducta del otro a fin de establecer un raport más firme.



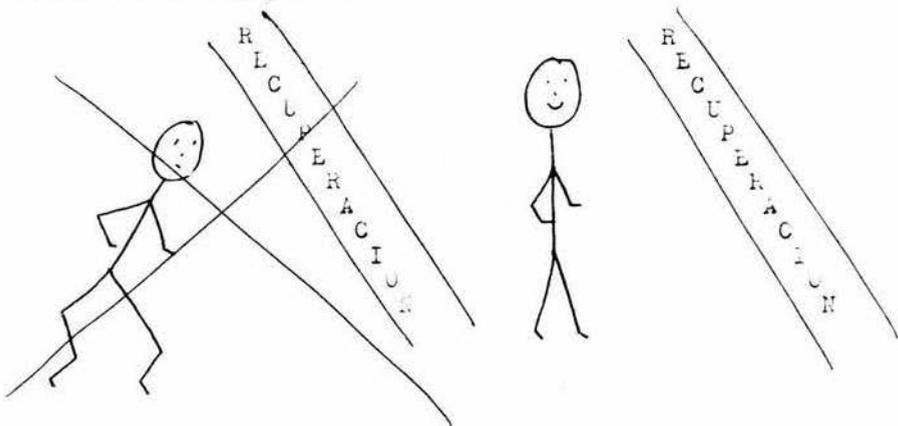
TERAPEUTA



PACIENTE

5.4 NO APRESURARSE

Consiste en indicarle al paciente que "no se apresure en la solución del problema". Es justificar el no ir aprisa. Los pasos que se dan lentamente son más sólidos que los que ocurren de modo repentino.



5.5 PELIGRO DE UNA MEJORIA

A menudo se aplica a determinada clase de resistencia, al consultante en este caso se le pregunta si se haya en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema.



PACIENTE

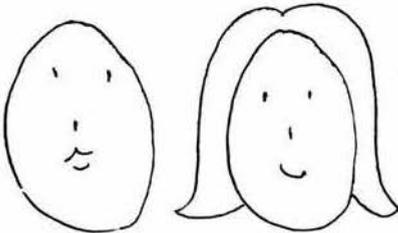


PERDIDA
DE LAS
GANANCIAS
OBTENIDAS

5.6 CONNOTACION POSITIVA

Hacer alusión positiva del problema del consultante, como antecedente que ya lo hizo; darle suficiente justificativa sobre lo que hizo, diciéndole que, así tenía que ser.

PADRES SOBRE PROTECTORES



FAMILIA

FELICIDADES USTEDES SON
UNOS PADRES PREOCUPADOS
POR LA BUENA EDUCACION
DE SUS HIJOS

TERAPEUTA

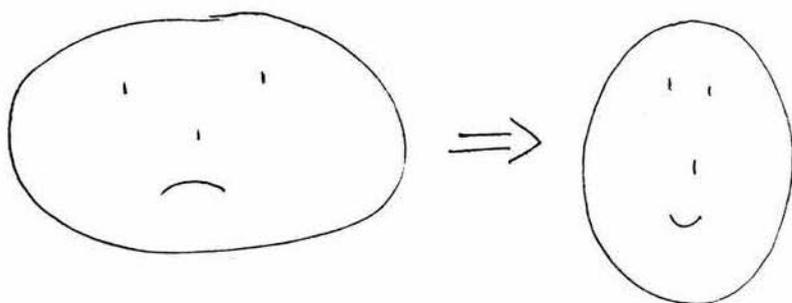
5.7 REENCUADRE

Movimiento mental (clarificación, identificación y configuración del problema).

NO SIRVO PARA NADA

TENGO QUE ESFORZARME

MAS PARA LOGRARLO



5.8 RELAJACION

En el lugar en el que se encuentra, aleje los objetos que le estorben y/o afloje las prendas que le aprieten y tome la posición más cómoda posible.

Ahora cierre sus ojos y respire profundamente por la nariz y suelte el aire lentamente por la boca (repita el ejercicio tres veces).

En la posición en la que se encuentra comience a relajar su cuerpo, sienta como van perdiendo rigidez cada uno de sus músculos.

Mientras cada uno de sus músculos están relajándose, imagine el lugar que más le agrada y en donde se siente cómodo y relajado, observe cada una de las cosas que hay en ese lugar, sintiéndose relajadamente, tranquilamente; escuche cada uno de los sonidos que hay en ese lugar, sintiéndose relajadamente, tranquilamente; sienta la temperatura y textura de las cosas de ese lugar, sintiéndose relajadamente, tranquilamente; perciba los aromas que hay en ese lugar, no deje escapar ningún detalle y conforme va descubriendo cada una de estas situaciones se va sintiendo relajadamente, tranquilamente (realice el ejercicio entre 5-7 minutos aproximadamente, mantenga la sensación de seguridad y tranquilidad en el participante durante todo el ejercicio).

Ahora comience a caminar alejándose del lugar en donde se encuentra, trayendo consigo esa sensación de relajamiento y tranquilidad con usted, conforme camina va escuchando los sonidos propios del lugar en donde se encuentra y siente la posición de su cuerpo, cuando se sienta totalmente en este lugar, va a ir abriendo los ojos lentamente (cuente del 5 al 1, para abrir los ojos, mantenga en el participante la sensación de seguridad y agrado obtenidas durante el ejercicio).

5. ADAPTACION DE LA TERAPIA BREVE AL TRABAJO TERAPEUTICO EN SALA DE URGENCIAS.

Las formas de tratamiento terapéutico para las víctimas de desastre que previamente se describieron deben ser adaptadas a las condiciones con las que después de un desastre se cuenta; en este momento y principalmente si nuestro trabajo es en salas de urgencias lo que necesitamos es actuar en forma breve, utilizando al máximo nuestros recursos; por lo cual se considera primordialmente importante el desarrollo de habilidades por parte del terapeuta para desarrollar un modelo comunicacional (dentro de lo digital y lo analógico) que le permita abordar al paciente desde su propio lenguaje y así lograr la formación de un sistema terapéutico, en forma rápida; ya que, el uso del lenguaje analógico y digital, al igual el conocimiento de las preferencias sensoriales (las cuales en períodos de estrés son manifestadas claramente), y de las cuales puede hacer uso para empezar a dar directivas una vez establecido el sistema terapéutico, pues permite disminuir la resistencia del paciente creando empatía en menor tiempo que en sesiones normales; con lo cual se podrá empezar a hacer uso de las diversas técnicas descritas.

Para empezar el trabajo con víctimas de un desastre se recomienda iniciar con la técnica de relajación, esta técnica

puede ser utilizada tanto en el trabajo individual como de grupo, otra de las ventajas de esta técnica es que puede emplearse con víctimas de cualquier tipo de desastre.

Al igual que la técnica de relajación el conocimiento de las preferencias sensoriales son herramientas que permiten establecer con mayor rapidez el sistema terapéutico. Este último punto se logra a través de la técnica de espejeo, con la cual lograremos obtener el sistema de comunicación analógico y digital del paciente, al igual que su preferencia sensorial, lo cual permitira realmente tener con el paciente una comunicación sin barreras. Logrando con esto que nuestras indicaciones sean comprendidas por el paciente.

La aplicación de las demás técnicas descritas con anterioridad deberán estar sujetas al tipo de paciente que se tenga, y al objetivo de trabajo en ese momento. Estas bases se obtienen después de detectar la preferencia sensorial, de tener conocimiento del lenguaje digital y analógico del paciente.

Hay que recordar que la terapia breve es una terapia cortada a la medida del paciente, por lo que hay que adaptar las herramientas de trabajo a la problemática del paciente y no hacer lo contrario.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Avila (1995) "Opiniones valores y representaciones sobre el EZLN". VII Congreso mexicano de Psicología/Resúmenes. Acuario editores. p 164.
- Bellak, L. (1993). Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México, Manual Moderno. segunda edición. parte I.
- Bellak, L. (1993). Guía de preguntas del manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México, Manual Moderno. segunda edición. parte I.
- Cardenas (1995). "Intervención psicológica con víctimas de delito. Resultados finales y seguimiento". VII Congreso mexicano de Psicología/Resúmenes. Acuario editores. p 53.
- CENAPRED (1994). Desastres. México, Fascículo 1. segunda edición.
- CENAPRED (1994). Incendios. México, Fascículo 6. segunda edición.
- CENAPRED (1994). Inundaciones. México, Fascículo 3. segunda edición.
- CENAPRED (1994). Riesgos químicos. México, Fascículo 7. segunda edición.
- CENAPRED (1994). Sismos. México, Fascículo 2. segunda edición.
- Cohen, R. (1989). Manual de la atención de salud mental para víctimas de desastres. México, Harla. pp 126.

- Cruz Roja Americana (s.f) Servicios de desastres regulaciones y procedimientos. Programa de asistencia en desastres. USA
- Cruz Roja Mexicana (1988) Curso básico Nacional. Manual del alumno. Unidad Nacional de Capacitación y Adiestramiento. Primera edición
- Deryugin, -Yu.-I (1989) "Some psychological problems in the aftermath of the earthquake in Armenia". *Psikologicheskii-Zhurnal*; Jul-Aug Vol 10(4) 129-134
- Echterling, -Lennis-G.; Hoschar, -Kevin. (1989) "Using the personal computer in disaster intervention". *Computers-in-Human-Services*; Vol 5(3-4) 157-161
- Everstein, D. y Everstein, L. (1992) Personas en crisis. México. Pax. pp306.
- Feria, I. y Ribera, I. (1994) Sistema de apoyo psicológico por teléfono una alternativa para la intervención en crisis. TESIS. UNAM. Cap, 1. pp. 125.
- Flores, M. (1993). La participación del psicólogo en situaciones de desastres: una propuesta de intervención. Tesis. UNAM. pp 97.
- Goenjian, -Armen (1993) "A mental health relief programme in Armenia after the 1988 earthquake: Implementation and clinical observations". *British-Journal-of-Psychiatry*; Aug Vol 163 230-239
- Hyman, S. (1990) Manual de urgencias psiquiátricas. Salvat, México. 2ª ed. pp. 37-90.

- Knobel, M. (1987). Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. México, Paidós. pp.43-51.
- Lafarga, J. (1985). "Aprendizajes y cuestionamientos a propósito del desastre en la Ciudad de México". REVISTA MEXICANA DE PSICOLOGIA. Jul-Dic: Vol 2(2) 99-100.
- Lira (1995). "Reacciones psicológicas en víctimas de robo a casa habitación". VII Congreso mexicano de Psicología/ Resúmenes. Acuario editores. p 238.
- Márquez, O. (1993). Desastres. Efectos psicosociales y alternativas de intervención (vivencias técnicas y humanas del terremoto de 1985 en la clínica de la AMPAG). México. UAEM. pp 325.
- Minuchin (1989) Técnicas de terapia familiar. México. Paidós. pp. 287.
- Organización Panamericana de la Salud (1983). Organización de los servicios de salud para situaciones de desastre. OPS.
- Quillet (1983) Diccionario enciclopédico Quillet. España. Grolier. Tomo XII.
- Rodríguez (s.f) Hablar el lenguaje del Cliente. Palo Alto California. MRI.
- Rodríguez (s.f) El cousin y la psicoterapia breve. Palo Alto California. MRI.
- Sanders. (1995). "El EZLN y su significado en dos poblaciones de la ciudad". VII Congreso mexicano de Psicología/ Resúmenes. Acuario editores. p 166.

- Sánchez (1995) " Secuelas emocionales asociadas al abuso sexual en hombres y mujeres adolescentes". VII Congreso mexicano de Psicología/Resúmenes. Acuario editores. p 10.
- San Martín (1988) Proceso salud-enfermedad. México. Prensa Médica.
- Savage (1989). Planteamiento hospitalario para desastres. Harla, México.
- Small (1978) Psicoterapias breves. Granica. Capítulo 1. p. 21-35.
- Slaikeu, K. (1988). Intervención en crisis. México. Manual Moderno. pp 2-11.
- Watzlavick (1989) Lenguaje del cambio. Barcelona. Herder. pp. 175.
- Weaklan y seagal (1994) La táctica del cambio. Como abreviar la terapia. Barcelona. Herder. pp. 327.
- White (1992) "Case study: the subjective experiences of two "seriously injured" passengers participating in a simulated aircraft disaster exercise at an international airport. Special Issue: Psychology at Trinity College, Dublin". Irish-Journal-of-Psychology; Vol 13(2) 264-272.

ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

PSICOLOGIA

Con el fin de realizar una investigación acerca de la labor del psicólogo clínico en las salas de urgencias médicas, se solicita a usted se sirva contestar el presente cuestionario.

La información que proporcione será anónima y su uso será para fines académicos.

Agradezco de antemano su fina cooperación

DATOS GENERALES

Nombre

Edad

Sexo

Institución en la que labora

Puesto que ocupa dentro de la institución

Año de ingreso a la institución

Escuela de egreso

INSTRUCCIONES

A CONTINUACION SE PRESENTA UNA SERIE DE PREGUNTAS, LEALAS CON CUIDADO Y CONTESTE.

¿Qué es un desastre?

¿Cuántos tipos de desastres existen? Cuáles son?

¿Quiénes son víctimas de un desastre?

Defina qué es un lesionado

Pueden considerarse a las personas lesionadas en incendios, accidentes terrestres y aéreos, explosiones y radiaciones como víctimas de un desastre, ¿por qué?

¿Ha participado en algún curso de desastres? mencionelo.

¿Quiénes conforman el personal de urgencias?

¿El trabajo dentro de las salas de urgencias es interdisciplinario, si o no y por qué?

¿Conoce alguna institución que cuente con psicólogos en la sala de urgencia, cuál?

¿Cuál es la función del psicólogo dentro del proceso de atención de un lesionado?

¿Cuáles son los casos en los que debe intervenir el psicólogo, por qué?

¿Un lesionado víctima de un desastre debe recibir atención psicológica?, si o no y ¿por qué?

¿Los familiares deben formar parte de la población atendida por el psicólogo? si o no ¿Por qué?

¿En la sala de urgencias existe el servicio psicológico a familiares de lesionados?

¿Conoce algún hospital que brinde este servicio, cuál?

¿Considera que el servicio psicológico deba implantarse en este hospital? si ya está funcionando ¿qué opina de él? y ¿por qué?

¿Considera que deba implantarse un servicio similar que atienda al personal de urgencias que así lo requiera? ¿Por qué?

¿Considera necesario y/o útil el servicio psicológico en las salas de urgencias para la atención de lesionados, familiares y personal de urgencias? si o no, ¿Por qué?

¿Qué experiencia le ha brindado su trabajo en las sala de urgencias?

Cómo ha influido ésta en su relación con el lesionado, familiares y otros profesionales del área de urgencias?

Como ha influido ésta en su relación con el psicólogo?

EL SIGUIENTE BLOQUE DE PREGUNTAS ES PARA QUE LO CONTESTEN
PSIQUIATRAS Y PSICOLOGOS.

INSTRUCCIONES

A CONTINUACION SE PRESENTA UNA SERIE DE PREGUNTAS,
LEALAS CON CUIDADO Y CONTESTE.

¿Cuáles son los casos más frecuentes que atiende?

¿Cuáles son las manifestaciones características de alteración
psicológica en un lesionado víctima de un desastre?

¿Cuáles son las manifestaciones emocionales características
en la población que atiende?

¿Cuál es la edad promedio de la población que atiende?

¿Cuáles son los requerimientos de esta población?

¿Para el trabajo en la sala de urgencias cuál es la
capacitación necesaria?

¿Considera necesario tener experiencia en otras áreas antes de ingresar al trabajo de urgencias, por qué? y ¿en cuáles áreas?

¿Cuál es la corriente teórica que usted maneja?, ¿Por qué?

¿Qué instrumentos utiliza en la evaluación de un lesionado?

¿Qué instrumentos utiliza en la intervención de un lesionado?

¿Cuáles son las técnicas que utiliza en la evaluación de un lesionado?

¿Cuáles son las técnicas que utiliza en la intervención de un lesionado?

¿Cuáles son los objetivos de la evaluación que realiza a un lesionado?

¿Cuáles son los objetivos de la intervención que realiza a un lesionado?

¿Qué elementos considera para elegir una técnica o instrumento de evaluación?

¿Qué elementos considera para elegir una técnica o instrumento de intervención?

POR LA ATENCION DADA AL PRESENTE MUCHAS GRACIAS. POR FAVOR
AYUDENOS A MEJORAR ESTE CUESTIONARIO REALIZANDO ALGUN
COMENTARIO, EMPLE EL SIGUIENTE ESPACIO.