



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE ENTRENAMIENTO
EN PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS
DIRIGIDO AL PERSONAL DE PRIMER CONTACTO
QUE ATIENDE A VÍCTIMAS INDIRECTAS EN
SITUACIONES DE EMERGENCIA URBANA**

**T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:
ANALLELY SOLIS RADILLA**

**DIRECTOR DE LA TESINA:
LIC. JORGE ÁLVAREZ MARTINEZ**



Ciudad Universitaria, D.F.

Febrero, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIA

A la divinidad

Por existir.

A mi padre

Por ser mi respaldo, ejemplo e inspiración en todo momento de mi vida.

A mi madre

Por mostrarme la mujer tan valiosa que es y ayudarme para lograr mis metas.

A ti

Por tu incomparable apoyo, cariño y paciencia.

¡Los amo profundamente!

AGRADECIMIENTOS

A mis padres

Por el gran esfuerzo que hicieron al permitirme salir del “nido”, su apoyo moral y el respaldo económico.

A Jorge Álvarez

Por apoyarme en este camino académico como mi director y en este gran cambio en mi vida como un amigo sincero.

A la División de Educación Continua

Aurora y Juan Manuel, gracias por su amabilidad y comprensión, de verdad facilitaron este proceso.

A mis hermanas del alma

Tania y Coyolxauhqui, gracias por hacerme sentir cerca, me ayudó mucho en los momentos difíciles.

Y a todos lo que me apoyaron directa o indirectamente.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1

1. REACCIONES PSICOLÓGICAS ANTE LOS DESASTRES SOCIO-ORGANIZATIVOS

1.1. FACTORES PSICOSOCIALES QUE DIFERENCIAN LAS REACCIONES EN CADA INDIVIDUO

1.2. FACTORES RELACIONADOS CON EL DESASTRE QUE DIFERENCIAN LAS REACCIONES EN CADA INDIVIDUO

1.3. REACCIONES

1.3.1. REACCIONES NORMALES Y PATOLÓGICAS

1.3.1.1. Reacciones normales

1.3.1.2. Reacciones patológicas

1.4. REACCIONES DURANTE LAS FASES DEL DESASTRE

1.4.1. Clasificación por fases según Cohen

1.4.1.1. Fase de amenaza

1.4.1.2. Fase de choque

1.4.1.3. Fase de readaptación

1.4.1.4. Secuelas

1.4.1.5. Reconstrucción

1.4.2. Clasificación por fases según Kastenbaum

1.4.2.1. Fase pre impacto

1.4.2.2. Fase de impacto

1.4.2.3. Fase de Post impacto

1.5. REACCIONES SEGÚN EL MODELO DE LA PERSONA COMO SISTEMA CASIC

- 1.5.1. Conductual
- 1.5.2. Afectivo
- 1.5.3. Somático
- 1.5.4. Interpersonal
- 1.5.5. Cognitivo

1.6. REACCIONES ESPECÍFICAS

- 1.6.1. Estrés
- 1.6.2. Estrés Agudo
- 1.6.3. Estrés Crónico
- 1.6.4. Estrés Postraumático
- 1.6.5. Ansiedad
- 1.6.6. Depresión
- 1.6.7. Duelo

1.7. REACCIONES COLECTIVAS

1.8. ADAPTACIÓN DESPUÉS DEL DESASTRE

- 1.8.1. Resiliencia
- 1.8.2. Red de apoyo
- 1.8.3. Estilos de afrontamiento

1.9. DIFERENTES REACCIONES ANTE UN EVENTO TRAUMÁTICO

CAPÍTULO II

2. DESASTRES SOCIO-ORGANIZATIVOS

2.1. DEFINICIÓN DE DESASTRES

2.2. CLASIFICACIÓN DE LOS DESASTRES

- 2.2.1. Fenómeno geológico
- 2.2.2. Fenómeno hidrometeorológico
- 2.2.3. Fenómeno químico-tecnológico
- 2.2.4. Fenómeno sanitario – ecológico
- 2.2.5. Fenómenos socio – organizativo.

2.3. DESASTRES SOCIO-ORGANIZATIVOS

2.3.1. Terrorismo

2.3.2. Guerras

2.3.3. Violencia urbana

2.3.4. Caso New's Divine

2.4. VÍCTIMAS

2.4.1. Definición

2.4.2. Clasificación

2.4.2.1. Clasificación de víctimas directas e indirectas

2.4.2.2. Clasificación de víctimas de Taylor y Frazer

2.4.2.3. Clasificación de sobrevivientes de Cohen

2.4.3. Quinto nivel de sobrevivientes

2.5. INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LA REACCIÓN DE LAS VÍCTIMAS INDIRECTAS

CAPÍTULO III

3. PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

3.1. BASES TEÓRICAS

3.2. DINÁMICA

3.2.1. Principios clínicos de los primeros auxilios psicológicos

3.2.2. Componentes estratégicos de los primeros auxilios psicológicos

3.2.3. Recomendaciones básicas de intervención

3.3. BENEFICIOS

3.4. ENTRENAMIENTO EN PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

3.5. SIMILITUDES Y DIFERENCIA ENTRE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS Y LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

3.5.1. PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS EN LOS DESASTRES

3.5.2. INTERVENCIÓN EN CRISIS EN LOS DESASTRES

3.5.2.1. Formación del psicólogo de emergencias

3.5.2.2. Aptitudes y personalidad del psicólogo en desastres

3.5.2.3. Principios de la intervención psicológica inmediata

3.5.2.4. Actividades y funciones del personal de auxilio psicológico en desastres

CAPÍTULO IV

4. PROPUESTA

4.1. CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER

4.2. DESCRIPCIÓN DEL TALLER

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

ANEXOS

RESUMEN

El presente trabajo tiene como uno de sus objetivos de que usted estimado lector tenga la información para poder considerar a las personas afectadas indirectamente como víctimas y si ya lo hacia anteriormente, conocer como poder ayudarlas o incluso saber si usted es una de ellas.

Consiste en una recopilación de información sobre los desastres socio-organizacionales, es decir, emergencias urbanas, y las reacciones que provocan en la población que fue afectada de manera directa e indirectamente en estos eventos.

Como propuesta central esta la aplicación de un taller de entrenamiento en Primeros Auxilios Psicológicos con la finalidad de ayudar principalmente a víctimas indirectas, clasificadas como víctimas de quinto nivel.

INTRODUCCIÓN

No es nuevo decir que en la sociedad actual se esta presentando un aumento considerable de situaciones extremas a las que se ve expuesto el hombre, tales como catástrofes naturales y otras emergencias ocasionadas por errores humanos o faltas en la organización social, pueden ser asaltos, accidentes automovilísticos o aéreos, secuestros, devaluaciones económicas hasta guerra.

A lo largo de estas paginas se describirán y se analizarán las secuelas de estos eventos en la población, ya que, la naturaleza se recupera, las destrucciones se reconstruyen, la economía se restablece; sin embargo las pérdidas de vidas humanas no tiene remplazo, el impacto emocional en los sobrevivientes no es comparable, ni la angustia y desesperanza de los testigos. Por ello la prioridad en esta investigación es el impacto emocional en las víctimas.

Se están considerando como víctimas a las personas que resultan afectadas por eventos disruptivos, existen diversas clasificaciones de estas personas de acuerdo a la vinculación con el evento, en primera instancia se encuentran las que resultaron directamente dañadas, el segundo nivel a los familiares de estas víctimas, en tercer lugar el personal de rescate, médicos, bomberos, etc., después los periodistas, funcionarios público y como última clasificación las personas que resultan afectadas por oír, ver o saber de los acontecimientos, a través de los diversos medios, también consideradas víctimas indirectas.

Tal como nos menciona el titulo la propuesta de este trabajo es realizar un entrenamiento en primeros auxilios psicológicos, que a grandes rasgos se trata de una técnica psicológica de atención primaria a personas en crisis, mediante acciones específicas durante la crisis, podría entenderse mejor como una contención emocional previniendo problemas crónicos posteriores o la canalización oportuna a profesionales de la salud mental.

El entrenamiento en esta técnica está dirigido para la atención a víctimas indirectas, se llegó a esta determinación porque se considera un sector poco atendido en una emergencia urbana, es evidente que las víctimas directas y las demás clasificaciones que se mencionan anteriormente son prioridad para atenderlas, por lo apremiante que resulta su afectación, sin embargo, se considera necesario la atención a las personas que fueron dañadas indirectamente.

Lo anterior con la finalidad de reestablecer lo mejor posible la red social de la comunidad, y que posteriormente la población afectada cuente con mejores herramientas de afrontamiento y adaptación a posteriores emergencias, de primera instancia de manera personal y posteriormente a nivel colectivo.

Con este entrenamiento y atención se pretende realizar un trabajo preventivo en la población urbana, ya que se sostiene que aplicando de forma adecuada los Primeros Auxilios Psicológicos puede evitar que se presenten problemas emocionales y psicológicos crónicos, tal como se menciona en la explicación de la técnica.

En el primer capítulo se tratarán las diferentes reacciones de las víctimas en general que va desde las consideraciones sociales que diferencian el modo en que se enfrentan situaciones de emergencia según el nivel socio económico y cultural, las fases en las que se han clasificado los desastres y algunas de las reacciones que se presentan en las personas en estas fases, reacciones específicas, hasta la adaptación después de la emergencia.

Como segundo capítulo se trata la emergencia urbana o llamada también desastres socio organizativos, tal como se retoma en esta parte. En un inicio se definen los desastres y se clasifican, se consideran algunos de los eventos más representativos de este tipo de desastres. También se describen las definiciones de víctimas y sus clasificaciones.

En el tercer capítulo se habla sobre los Primeros Auxilios Psicológicos, ampliado la explicación anterior, tomando en cuenta la definición de los precursores de la técnica, sus bases teóricas y todo lo que tenga que ver con su dinámica de aplicación.

El cuarto y último capítulo contiene la propuesta, que como ya se ha mencionado es el planteamiento de un taller de entrenamiento en Primeros Auxilios Psicológicos para la atención de víctimas indirectas en caso de una emergencia urbana.

Querido lector espero que disfrute estas páginas tal como se disfrutó el hacerlas.

CAPÍTULO 1

1. REACCIONES PSICOLÓGICAS ANTE LOS DESASTRES SOCIO-ORGANIZATIVOS

Los seres humanos reaccionan a su medio ambiente de diversas formas e intensidades dependiendo de diversos factores, tales como la personalidad, edad, sexo, cultura, posición socio económica, entre otros.

Esta investigación se enfoca en las reacciones de los individuos ante los estímulos estresantes que desencadena una catástrofe, específicamente sobre los sucesos que son ocasionados por fallas humanas en un nivel sociodemográfico considerable, conocidos como desastres socio-organizados y que en la mayoría de los casos, los que resultan afectados no tiene control sobre los eventos por ello su naturaleza estresante, ocasionando en las personas reacciones físicas y/o psicosociales que se describirán con mayor detalle a lo largo de este capítulo.

1. 1. FACTORES PSICOSOCIALES QUE DIFERENCIAN LAS REACCIONES EN CADA INDIVIDUO

Estas reacciones tienen variaciones en cada individuo y dependen en gran medida de factores como la personalidad, la edad, en este caso entre menor edad es más vulnerable a desarrollar síntomas más severos, menciona Holding en el 2002 (Citado en Rosas N., 2004) y en caso de los adultos mayores tienen mayor dificultad para recuperarse de las pérdidas (Campuzano, M., Carillo J. A., Díaz I., Döring R. y Dupont M. A., 1987), el sexo, con respecto a esto se han realizado investigaciones por parte de la Organización Panamericana de Salud (OPS) en el 2002 en donde revelan que las mujeres son las que resultan más vulnerables en un caso de desastres, ya que frecuentemente son las que reconstruyen el medio de subsistencia de la familia lo que implica un esfuerzo físico sumamente demandante, aumentando el desgaste psicológico (Citado en Álvarez J. y Cruz C., 2005), la posición socioeconómica es otro de los factores que diferencian las reacciones ya que

como lo menciona Caldera y cols. en el 2001, los países pobres son los que resultan más afectados con los desastres, (Citado en Álvarez J. y Cruz C., op. cit.), también tiene que ver la manera en la que usualmente las personas enfrentan los problemas cotidianos, ya que de esta manera se van creando y modelando los estilos de afrontamiento, es decir, la manera en la que cada individuo vive y enfrenta un problema y relacionado con esto mismo es la cultura, pues lo socialmente aceptable en los países de oriente no siempre coincide con lo que pasa en occidente y esto modifica las formas de reacción de su población según la región de origen (Olvera Y., Domínguez B. y Cruz A., 2002); a su vez se considera la intensidad del evento estresante, las redes de apoyo con las que cuente en esa etapa de la vida, las pérdidas anteriores y la disponibilidad para pedir y recibir ayuda, aspectos como los anteriores difieren en cada persona y conforme a la variación entre cada uno de estos factores también así varían las maneras de reaccionar, la intensidad de estas y hasta el tiempo de recuperación del suceso vivido. (Cohen, 1985)

1. 2. FACTORES RELACIONADOS CON EL DESASTRE QUE DIFERENCIAN LAS REACCIONES EN CADA INDIVIDUO

Existen factores que tienen que ver de manera directa con las formas en las que se presenta el desastre, entre los cuales están: El grado de destrucción, el número de muertos y la intensidad y duración del desastre, guardan relación con la intensidad del impacto psicológico en las víctimas (Álvarez J., 2008).

El alcance de la situación, la velocidad de inicio, la duración del evento y la preparación social.

1. 3. REACCIONES

De las diversas reacciones, de aquellas personas que han sobrevivido a una situación de desastre, se han podido identificar las características de las formas de reaccionar del individuo, sus síntomas, así como las fases por las que normalmente viven las víctimas en camino a la adaptación (Álvarez J. et Al., 2006), de las cuales se ampliará la información en esta parte de la investigación.

1.3.1. REACCIONES NORMALES Y PATOLÓGICAS

1.3.1.1. Reacciones normales

La reacción inicial es un estado temporal de shock, las personas actúan con aturdimiento, confusión y desorientación, este estado puede durar desde solo unos minutos hasta algunas horas y se consideran normales ante las situaciones de desastres, estas reacciones parecen ejercer efectos narcotizantes que temporalmente impiden a las personas comprender e interpretar la situación (Álvarez J., 2006).

1.3.1.2. Reacciones patológicas

En estas situaciones de desastres provocan inestabilidad emocional extrema, hay personas que superan el evento; sin embargo no todos están en igualdad de condiciones, otros requieren de uno a tres meses para estabilizarse y reintegrarse exitosamente a su vida anterior, y en otros casos, que según estudios es el grupo más pequeño, requieren la intervención de un profesional de la salud mental.

De este último grupo de personas, que presentan síntomas que las pueden llegar a incapacitar para realizar sus labores habituales, por el deterioro tanto físico como psicológico que presentan, entre los síntomas más comunes que se observan están las pesadillas, flashbacks, es decir, imágenes mentales repentinas sobre el evento desencadenante, cambios en el ciclo sueño-vigilia, irritabilidad, alejarse deliberadamente de estímulos asociados con el suceso y la presencia de estos síntomas se conoce como Estrés Post-traumático (EPT). (Álvarez J., op. cit.).

Existen además problemas de elaboración emocional y cognitiva por las desgracias provocadas por los desastres, uno de estos problemas es lo que se conoce como *culpa del sobreviviente*, en donde en algunos casos las personas que se encontraron cercanas a la muerte les resulta difícil asimilarlo, en ocasiones se crea un adormecimiento emocional para soportar esta

experiencia o en otras, la sensación de una gran culpa por haber sobrevivido mientras otros murieron. Esta culpa puede ser tan intensa que provocan en estas personas la sensación de no merecer la vida y llegar a tener ideaciones suicidas, he incluso a intentarlo (Campuzano, M., Carillo J. A., Díaz I., Döring R. y Dupont M. A., 1987).

1. 4. REACCIONES DURANTE LAS FASES DEL DESASTRE

1.4.1. Clasificación de reacciones por fases del desastre según Cohen

1.4.1. 1. Fase de amenaza

La fase de amenaza pues como su nombre lo dice es antes del fenómeno, pues no todos los desastres son súbitos, por ejemplo la exposición de un volcán por lo general es antecedido de expediciones de cenizas y humo por el cráter, dando un tiempo de reacción antes de la erupción, en esta fase puede presentarse ansiedad y temor. Las personas pueden responder ya se de manera adecuada y responsable o negando lo inminente del hecho y rehusando seguir los planes de protección y prevención, lo que podría desencadenar afectación físicas y materiales mayores en comparación con el primer caso. (Álvarez J., Cruz C. y Kleizer G., 2007).

1.4.1.2. Fase de choque

La segunda fase es la de choque, es decir, la del fenómeno en si, en esta etapa puede observarse diversos grados de dificultades a nivel cognitivos, como el de entendimiento, comprensión, pensamiento, toma de decisiones y reorientación en el tiempo, es común también el autocentrismo que es el fenómeno donde la persona se siente la más afectada, experimentan temor, ansiedad y tienden a la aprensión y en contraste también se puede dar el desinterés, monotonía y distanciamiento de las personas que ante resultaban importantes, la total pérdida de sensación de protección que se cree que causa un gran efecto en la personalidad de la víctima, otra manifestación es la obediencia dócil y pasiva, aunque otras por lo contrario se tornan rebeldes y

ambos comportamientos son intentos de controlar la situaciones para no sentirse aun más abrumados. (Álvarez J., Cruz C. y Kleizer G., op. cit.).

1.4.1.3. Fase de readaptación

En la tercera fase la readaptación, es cuando las personas están tratando de retomar su vida anterior a la catástrofe, quizá estén reconstruyendo sus bienes dañados o haciendo sus actividades normalmente tal como antes y la descripción de las consecuencias se inicia con la mención de los efectos psicosomáticos, es decir, la reacción del sistema fisiológico ante lo vivido en etapas anteriores, dicho de otra manera algunas personas se enferman y estos padecimientos pueden ser simples, agudos o crónicos, claro que lo anterior tiene relación con la historia de salud personal, otros efectos como la desesperación, aflicción, impotencia y el dolor todo en el proceso de resignarse, el sentimiento de vulnerabilidad muchas veces les impide la toma de dediciones adecuadas para su recuperación emocional. (Álvarez J., Cruz C. y Kleizer G., op. cit.).

1.4.1.4. Secuelas

Algunas personas continúan con ansiedad y depresión aún después de algún tiempo de suscitado el evento sin embargo la mayoría de las victimas se rehabilitan, todo de acuerdo a los recursos personales que se hayan tenido durante la crisis y después de ella. Sucede un fenómeno de solidaridad y unión entre las victimas que compartieron la experiencia y se apoyaron entre si.

Hay autores que dividen esta fase en tres etapas:

- Fase heroica es cuando la persona lleva a cabo varias actividades para ayudar a las victimas usualmente dura una semana.
- Fase de solidaridad es la unión entre afectados, cooperación y esperanza mutua, de una semana a seis meses.
- Fase de desilusión donde se percibe las dimensiones de la catástrofe y de sus limitaciones para la reconstrucción del desastre, de

los seis meses hasta dos años después (Álvarez J., Cruz C. y Kleizer G., op. cit.).

1.4.1.5. Reconstrucción

Desde el punto de vista biológico, en algunas personas comienzan manifestaciones de reacciones psicosomáticas, que interfieren con las acciones biológicas normales ocasionando padecimientos agudos o crónicos; psicológicamente las reacciones son muy variadas, al darse cuenta de las consecuencias de la catástrofe.

Algunas personas que se encuentran en esta etapa se aíslan, tendiendo a la rígida independencia, falta de solidaridad, a la irritabilidad, culpa y codicia también presentan dificultad para mantener relaciones interpersonales estables.

Se manifiesta dolor, aflicción y desesperación; el proceso de resignarse a su destino convierte la vida de las víctimas a una sucesión de días dolorosos, con intensos sentimientos de impotencia.

La alta vulnerabilidad de las víctimas, los despoja de los mecanismos normales de defensa y adaptación, además les impiden hacer frente a la necesidad de tomar decisiones encaminadas a la rehabilitación. Las reacciones emocionales pueden ir desde malestar hasta reacciones emocionales violentas y algunos sujetos se resignan a lo que ha pasado y efectúa acciones tendientes a “seguir con su vida”.

Según Kubler-Ross las fases por las que pasa el sujeto expuesto a una situación de desastre, son similares por las que pasa un paciente en proceso de muerte, estas son: negación, ira, depresión y aceptación.

Seyle propone, que se desarrollan varias fases alarma inicial seguida de resistencia y agotamiento.

Se encuentran también las personas que se resignan a lo que ha pasado y efectúa acciones tendientes a “seguir con su vida” e incluso hay quienes toman la crisis como un cambio (Álvarez J., Cruz C. y Kleizer G., op. cit.).

1.4.2. Clasificación por fases según Kastenbaum

Aun que las reacciones en cada una de las clasificaciones puede variar en duración e intensidad nos otorga un panorama de lo que se puede esperar en una situación de desastre.

1.4.2.1. Fase pre impacto

Es la fase que preceden al desastre mismo, incluidas las de amenaza y advertencia. Una amenaza es un peligro general a largo plazo constituido por la posible calamidad, que hace que ciertas áreas y sus habitantes estén en mayor riesgo que otros. Hay sectores de la población que se rehúsan al prevención de las autoridades en un proceso de negación como defensa para el evento que no quisiera que sucediera (Cohen y Ahearn, 1989).

1.4.2.2. Fase de impacto

Es el periodo en que la comunidad se ve afectada por el desastre y el periodo subsecuente, en que se organizan las actividades de ayuda. Los investigadores han indicado el miedo es la emoción predominante en esta fase. Conforme las víctimas buscan seguridad para si mismas y sus familias. El pánico es inusual y sólo ocurre cuando el escape es imposible. Las actividades que tienen lugar poco después del desastre se han señalado como parte de la así llamada "fase heroica" en que los damnificados actúan en forma heroica para salvarse a sí mismos y a otros, y es usual la conducta altruista. Las primeras actividades de ayuda con frecuencia corresponden a los propios damnificados, que ayudan a sus vecinos y a otros (Cohen y Ahearn, op. cit.).

1.4.2.3. Fase de Post impacto

Esta fase comienza varias semanas después de ocurrido el desastre y suele incluir las actividades continuadas de ayuda, así como la evaluación de los tipos de problemas que suelen experimentar los individuos. Incluyen las acciones emprendidas para aliviar la situación y facilitar la recuperación individual y familiar. En esta fase se pueden observar dos elementos adicionales, los denominados “de luna de miel” y “desilusión” respectivamente (Cohen y Ahearn, 1989).

El primero es el periodo que ocurre poco después del desastre y dura hasta varios meses después, en que los damnificados muestran energía considerable en la reconstrucción de sus vidas. Durante él, hay la necesidad de ventilar los sentimientos y compartir experiencias con otros, se otorga un apoyo más organizado y considerable hacia los damnificados para ayudarlos a enfrentar sus problemas (Cohen y Ahearn, op. cit.).

La desilusión surge cuando se interrumpe este apoyo organizado, los damnificados enfrentan dificultades considerables en la resolución de sus problemas o es evidente que sus vidas se han modificado en forma permanente (Cohen y Ahearn, op. cit.).

La fase post impacto puede continuar durante el resto de la vida de los damnificados. Es factible que surjan nuevos problemas como resultado de la desorganización social causada por el desastre. (Citado en Cohen y Ahearn, op. cit.).

1.5. REACCIONES SEGÚN EL MODELO DE LA PERSONA COMO SISTEMA CASIC

En la mayoría de las técnicas de intervención psicológicas en caso de desastres se recomienda evaluar, diagnosticar y trabajar con las víctimas, en base a la teoría CASIC, que consiste en visualizar a la persona segmentada en cinco áreas de funcionamiento, Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognitivo, esto con la intención de establecer un panorama concreto de la

situación real que está viviendo el individuo. Por ello se describe cada una de las funciones y las reacciones que se desencadenan después de un desastre correspondiente a cada una de estas áreas. (Slaikeu K., 1988).

1.5.1. Conductual

Son los patrones de actividades y conductas manifiestas en un individuo. Las reacciones ante eventos estresantes correspondientes pueden ser la modificación en los ritmos de alimentación, cambios en el ciclo sueño-vigilia, disminución de la energía física, una general distorsión de la conducta en comparación con la anterior al evento y en algunos casos actos suicidas, homicidas o de agresión. (García, J.C., op. cit.).

1.5.2. Afectivo

Emociones que presenta con más frecuencias la persona, en esta parte se pueden presentar tristeza, depresión, desesperanza, duelo, preocupación, enojo, ira, miedo, pánico, frustración, en algunos casos pobre respuesta emocional, inestabilidad, monotonía, falta de sensación de protección y seguridad, estrés, estrés post traumático, adecuación, etc. Es una de las áreas que más aspectos abarca y donde en muchos casos a las personas se les dificulta identificar sus emociones y/o expresarlas. (García, J.C., op. cit.).

1.5.3. Somático

Se refiere al funcionamiento físico general, se puede entender como la salud o enfermedad, en esta parte se incluyen efectos como las enfermedades psicosomáticas, dermatitis, cefaleas (dolores de cabeza), problemas gastrointestinales, tics nerviosos, etc. (García, J.C., op. cit.), cabe aclarar que no todos los anteriores son necesariamente de origen psicosomáticos no hay que olvidar que en situaciones de desastres las condiciones ambientales muchas veces favorecen la aparición de molestias físicas.

1.5.4. Interpersonal

Consiste en las relaciones interpersonales, el contacto con las demás personas de su entorno y su naturaleza afectiva. Algunas de las reacciones que puedan presentarse en esta área son el desinterés en las cosas que antes

le importaba, distanciamiento de los demás incluso aislamiento social, en algunos casos se relaciona con los servicios de ayuda de manera obediente, dócil y pasiva, solo en pocos casos con una actitud rebelde y descontrolada, es común las acciones solidarias y la búsqueda de ayuda para si mismos. (García, J.C., op. cit.).

1.5.5. Cognoscitivo

Los procesos de cognición tienen que ver con la captación, la percepción, el análisis y la evolución de los estímulos exteriores, para realizar lo anterior es necesario procesos como memoria, aprendizaje y pensamiento, cuando sucede un evento intenso e inesperado estos procesos se ven alterados, tal como resulta evidente cuando las víctimas presentan confusión, aturdimiento, lentitud de pensamiento, falta de entendimiento de lo que dicen los demás o de lo que pasa alrededor, desorganización de las ideas, dificultad para tomar decisión, la falla en la noción del tiempo, desorientación espacial, adormilamiento, distorsión en la autoimagen, catastrofización, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, hablarse a sí mismo de manera irracional, racionalizaciones, idealización paranoide, etc. (García J. C., falta el año).

1.6. REACCIONES ESPECÍFICAS

1.6.1. Estrés

La palabra estrés se utiliza de manera confusa y con significaciones múltiples. Suele entenderse como estrés al estímulo que provoca la alteración fisiológica, conocido más adecuadamente como estresor, también a la respuesta biológica o psicológica al estresor, de la misma manera se denomina a las enfermedades provocadas por el factor estrés y, finalmente, en un sentido más amplio, significa el tema general que puede incluir todos los variados asuntos que se relacionan con esta materia. (Orlandini, 1996).

La palabra estrés también denomina la respuesta psíquica que se manifiesta por pensamientos, emociones y acciones ante la situación de amenaza y que se expresa a través de comportamientos como estados de perplejidad, de ansiedad, de humor o de agresión (en, Orlandini, 1996).

El estrés es definido frecuentemente como un estado alterado del organismo producido por agentes del medio ambiente psicológico, social, cultural y/o físico. Investigaciones realizadas por Domínguez y cols. (2002) revelan que el estrés psicológico puede afectar la salud y la calidad de vida de las personas.

Lazarus (1991) define al “estrés psicológico como una relación particular entre el individuo y su entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”. (Citado en Romero A., 2005)

Es un estado de tensión que se presenta cuando se cree que peligran la salud o la integridad. Cuando existe un desequilibrio entre las exigencias ambientales, biológicas o psicológicas y la capacidad para responder ante ellas. (Egozcue M., 2005).

El estrés es la reacción a un evento que se interpreta como amenazador y que evoca reacciones fisiológicas, psicológicas y de conducta (Cohen R., M. D y M. P., 2003).

El estrés ocurre cuando percibimos una situación como amenazante, emocionalmente perturbadora o inquietante y siempre que hay un desequilibrio entre las demandas que se nos presentan y nuestra capacidad para resolverlas. (Egozcue M., op. cit.).

En el libro psicología anormal se refiere al estrés como situaciones que plantean demandas, represiones u oportunidades. Sin embargo, una situación desencadenante del estrés para una persona, puede ser un suceso neutro para otra. Este hecho depende de la evaluación que hace la persona sobre la situación y la clasificación de la capacidad para manejarla. Esta evolución consta de dos etapas, en la inicial, se valora la situación como amenazante o inofensiva y en la valoración secundaria, la clase de acción que ameritan la situación y el potencial de sus recursos para manejarla o controlarla (citado en Contreras E. et al., 2001).

Esta capacidad de evaluación, en situaciones desafiantes, como el caso de un desastre, se puede ver interferida debido al alto nivel de excitación. Por lo

cual es probable que la persona no puede observar, ni analizar sus propios pensamientos, sentimiento ni conductas y pueda llegar a la solución constructiva del problema (García M., Rojas M. y Vargas B., 2001).

Lo anterior es uno de los factores importantes para control del estrés en los casos de situaciones desafiantes, por medio del aprendizaje de resolución de problemas, como pensar de manera constructiva, comportamiento flexible y las tácticas que funcionan y las que no (García M., Rojas M. y Vargas B., 2001). De todo lo cual se ampliará la información más adelante.

1.6.2. Estrés Agudo

El trastorno por Estrés Agudo es otro de los trastornos asociados, la característica esencial de éste trastorno es la presencia de ansiedad, síntomas disociativos y de otro tipo que tienen habitualmente lugar durante el primer mes que sigue a la exposición de un acontecimiento traumático de carácter extremo. (DSM IV-TR, 2002, citado en Romero A., 2005).

Cohen (2003) describe al Estrés Agudo como un estado asociado con fuertes emociones consolidadas en la memoria del evento que amenaza al organismo para evitarlo la próxima vez.

1.6.3. Estrés Crónico

“Clínicamente se instala un cuadro de estrés crónico cuando una estrategia básica vital (un hábito exitoso en otras épocas) falla y cuando no hay opciones disponibles a la vista” (Domínguez B., 2005).

El estrés crónico causa adaptación plástica cerebral produciendo cambios estructurales y funcionales contribuyendo daño de funciones cognitivas (Cohen R., M. D y M. P., 2003).

1.6.4. Estrés Postraumático

El DSM IV en 1994 el estrés postraumático ocupa un lugar dentro de la clasificación de los trastornos mentales y lo definen de la siguiente manera:

“La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves. La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado). El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de re-experimentación persistente del acontecimiento traumático, de evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo, y de síntomas persistentes de activación (arousal). El cuadro sintomático completo debe estar presente más de un mes y provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.” (citado en Rosas N. A. 2004).

El Trastorno de estrés postraumático es una alteración psicológica importante que aparece como consecuencia de haber experimentado un acontecimiento traumático. Los síntomas que caracterizan el TEPT son reviviscencia del suceso traumático o de elementos aterradores de él; evitación de ideas, memorias, personas y lugares asociados con dicho suceso; embotamiento emocional, y síntomas de hipervigilia. Acompañado a menudo por otros trastornos psicológicos, el TEPT es una alteración compleja que puede asociarse a morbilidad significativa, incapacidad y deterioro de las funciones vitales. (Foa E., Keane T. y Friedman M., 2003).

Calcedo en el 2000 hace hincapié que la característica principal del EPT es la de “reviviscencia”, el constante revivir del pasado en el presente y clasifica los mecanismos de la enfermedad en siete apartados:

1. Fijación al trauma.- Incapacidad para integrar el recuerdo del suceso desencadenante como parte del pasado del individuo, por lo tanto estos no se modifican de manera normal ni adaptativa al transcurrir del tiempo.

Los afectados de eventos estresantes tienden a la repetición mental del suceso días subsecuentes a este, proceso que es adaptativo ya que mejora la capacidad de supervivencia del individuo en su entorno, pues favorece el aprendizaje de protección en situaciones de peligroso, sin embargo en caso de EPT este proceso psíquico se mantiene todo el tiempo, el recuerdo toma autonomía y no permite la integración al pasado, produciendo alteraciones emocionales y fisiológicas.

2. Intrusiones del ETP.- Suelen ser intensas emociones o impresiones somatosensoriales que aparecen cuando la víctima se encuentra en estado de alerta o está expuesta a situaciones que le recuerdan el trauma. Estos mecanismos se manifiestan como flashbacks, emociones intensas como de pánico o cólera, sensaciones corporales, pesadillas recurrentes, cambios de carácter, entre otros.
3. Reexposición compulsiva al trauma.- Tendencia paradójica a buscar situaciones que le sitúan en contextos que recuerdan o simbolizan la experiencia traumática vivida. Algunas teorías interpretan esto como la necesidad de revivir lo que no pudieron controlar como una manera de intentar controlarlo.
4. Evitación y embotamiento.- El sujeto se siente acosado por los estos recuerdos; surgen pesadillas, flashbacks, mismas sensaciones corporales, el pensamiento de que puede volver a repetirse y por lo tanto evita aquellas situaciones en las que cree que esto puede ocurrir. Pueden ser lugares, cosas, personas etc.
5. Incapacidad de modular el grado de alerta.- Existe un estado de hipervigilancia crónico. Incapacidad de controlar ésta respuesta. Observa con impotencia la reacción de su cuerpo ante el entorno. Generalización de la sensación de miedo. Respuesta de sobresalto

exagerada. Estas respuestas de alarma autónomas se presentan tanto con lo que está relacionado con el evento como para cualquier otro estímulo que no lo este.

6. Capacidad de procesar la información.- Alteraciones en la capacidad de procesar la información. La mayoría de personas utilizan la fantasía para analizar las diferentes opciones que tienen para actuar o para conducirse en la vida; sin embargo, a las personas con EPT les surge miedo de que al utilizar la fantasía para estas cuestiones algo suceda que rompa las barreras que ha levantado para protegerse de todos los pensamientos y recuerdos intrusos. Esto no permite una buena adaptación en su medio ambiente ya que no pueden poner su mente a trabajar y resolver problemas por medio de las representaciones imaginarias.
7. Cambios permanentes en la personalidad.- Después de un evento traumático los sujetos empiezan a cuestionarse muchas cosas sobre el mundo exterior, sobre la seguridad y las posibilidades de que sucedan cosas desagradables, dramáticas o tristes. Se pierde la sensación de seguridad, se plantea la existencia de la maldad humana surgiendo desconfianza y miedo. Muchas veces los individuos se culpan a si mismos por haber sufrido el trauma como un mecanismo de defensa para volver a la ilusión de que el mundo puede ser un lugar seguro y tranquilo. Otras emociones que surgen son: la vergüenza y sentimientos de humillación; muchas veces, estos son tan fuertes que se disocian, lo cual interfiere en la forma en que se comportan socialmente. (Citado en Caballero M., 2008)

1.6.5. Ansiedad

Las personas que experimenta ansiedad tienen una sensación de peligro anticipado, es la reacción más profunda ante la amenaza real o imaginada contra la integridad de la propia persona. Sus manifestaciones son la inquietud motriz e irritabilidad generalizada, en un grado intenso se considera una condición patológica y alterando la tranquilidad, el equilibrio emocional y la

cantidad y calidad de relaciones interpersonales (Álvarez J., Cruz C. y Kleizer G., 2007).

La persona en estado de ansiedad experimenta un sentimiento de anticipación a un peligro. Se trata de la reacción más profunda ante las amenazas contra la propia persona. Tiene su origen en la propia estructura psicológica de quien la experimenta y se manifiesta en forma de inquietud motriz e irritabilidad generalizada. Hay una perturbación en las relaciones con personas que desempeñan un papel importante en su vida, produciendo tensión y conflicto. La ansiedad en grado intenso se considera patológica, y altera la tranquilidad, el equilibrio emotivo y la capacidad de relación con las y los demás. (Álvarez J., 2005).

Este desequilibrio emocional que se experimenta como intranquilidad, confusión, incertidumbre, miedo, sentimientos de amenaza, aprensión o tensión puede ir desde una leve sensación de intranquilidad por la anticipación de un peligro (externo o interno) hasta una enorme agitación, pánico o temor. (Egozcue M., 2005).

No toda la respuesta de ansiedad se considera inadecuada, ya que en forma moderada podría cumplir una función útil y adaptativa; se podría considerar inadecuada cuando se da sin que exista relación con un peligro específico o cuando abruma y altera el funcionamiento social, laboral y afectivo de la persona. (Egozcue M., op. cit.)

Según el diccionario Martín Alonso es un estado del que ansía, preocupación o impaciencia por algo que ha de ocurrir (citado en Rojas E., (1998).

1.6.6. Depresión

Se puede entender como la modificación profunda del humor en el sentido de la tristeza y del sufrimiento moral. Existen rasgos característicos de esta condición, la personalidad se ve modificada por la tristeza y conlleva ideas de muerte por la desvalorización interna que sufre el individuo. Otra cuestión observable es que el sujeto vive en un tiempo uniforme y monótono. (Álvarez J., Cruz C. y Kleizer G., op. cit.).

Literalmente se define como la modificación profunda del humor en el sentido de la tristeza y del sufrimiento moral, relacionado con la disminución de la actividad. (Álvarez J., op. Cit.).

Generalmente las personas experimentan un estado de ánimo caracterizado por sentimientos de tristeza, desamparo, soledad, vacío, cansancio y falta de entusiasmo, entre otros. Estas molestias afectan su funcionamiento en todos los aspectos (Egozcue M., op. cit.).

La persona se siente abrumada por la tristeza y pierde interés en sus actividades; exhibe sentimientos de culpa excesiva o de inutilidad. Se siente insegura e incapaz de enfrentar las dificultades y que los demás no pueden ayudar. También es vista como una experiencia física y emocional del individuo incapaz de adaptarse a los problemas y tensiones de la vida (Egozcue M., op. cit.).

Un aspecto visible de este fenómeno es el espiral decadente, en donde aparecen síntomas somáticos, el deterioro de enfermedades crónicas y en algunos casos, conduce al abuso de alcohol y/o drogas (Cohen R., M. D y M. P., 2003).

1.6.7. Duelo

En algunas ocasiones sucede durante el evento perturbador una gran pérdida o un gran cambio para las víctimas y con toda pérdida sobreviene el duelo, este proceso consiste en aceptar lo sucedido y restablecer las relaciones con su entorno logrando una rehabilitación en el aspecto de las pérdidas que ha sufrido en el evento, estas pérdidas pueden ser personas, bienes o propios sentimientos como la sensación de seguridad, todo esto causa grandes cambios (Álvarez J., Cruz C. y Kleizer G., op. cit.).

Es la respuesta emocional o afectiva ante la pérdida y es de suma importancia distinguir que es un proceso normal de recuperación y no señales de patología. Se vuelve un problema cuando adquiere formas más prolongadas, profundas y complicadas (García M., Rojas M. y Vargas B., 2001).

La manera en la que se manifiesta el duelo son con un periodo de aturdimiento, choque y una sensación de incredulidad, incluso de negación de la realidad durante un tiempo, después de esta etapa de shock viene un sufrimiento intenso y una mezcla de sentimientos de tristeza, enojo, culpa, desesperanza, vergüenza, añoranza y venganza. Sufre brotes de llanto con cada recuerdo de lo perdido, tiene sueños y alucinaciones relacionados (García M., Rojas M. y Vargas B., 2001).

Este proceso esta presente en las situaciones de crisis y en medida de que se haga conciente y se trabaje en ello es más probable la readaptación (Álvarez J., Cruz C. y Kleizer G., op. cit.).

En el caso de situaciones de crisis relacionadas con desastres, el duelo es una experiencia inevitable de la vida como respuesta emocional a las diversas pérdidas, tales como muertes de familiares o amigos, materiales, mutilaciones y afectaciones diversas de la salud personal. (Alonso F., 1986).

Además consiste en un proceso mental consecutivo a la pérdida de una persona afectivamente importante; de un objeto; de algún símbolo o de partes del propio cuerpo y mediante el cual, el sujeto afectado logra desprenderse progresivamente de las cargas afectivas colocadas en el objeto perdido. (Alonso F., op. cit.).

Desde una vista psicoanalítica es el proceso de matar al muerto, como una forma de aceptar la pérdida. (Alonso F., op. cit.).

A pesar de que el duelo, es un proceso individual existir algunas situaciones que es posible generalizar cuando las personas enfrentan pérdidas:

- Shock.- Constituye el momento inicial, en el cual la persona se enfrentan con la pérdida.
- Negación.- período de incredulidad sobre la pérdida como tal.
- Negociación.- La persona establece contratos de Dios o con la vida, con el objeto, puede movilizar cualquier recurso para cambiar la situación.
- Ira.- La persona se torna irritable e inconforme; en la base de esa ira se encuentra la pregunta ¿Por qué a mí? ¿Por qué ahora?

- Depresión.- Acompañada de desinterés, apatía, llanto, e insomnio, etc.
- Aceptación.- Momento en el cual la persona tiene la posibilidad de ver tranquilamente la situación, es capaz de reconocer su grado de afectación por lo sucedido e incluso los aspectos positivos de la pérdida.

Estas etapas pueden suceder en este o en diferente orden, pueden suscitarse todas o faltar una de ellas.

La *elaboración del duelo* es cuando se ha aceptado la pérdida y recordar no es sinónimo de sufrimiento; sin embargo hay personas que no llegan a esta elaboración y el duelo se vuelve un proceso patológico (Machado L., S/F)

1.7. REACCIONES COLECTIVAS

En la mayoría de las descripciones anteriores se plantean las reacciones que puede presentar las personas involucradas a diversos niveles con el desastres; sin embargo aún muchas personas pueden presentar alguna de estas reacciones es importante diferenciar que hay un comportamiento característico de la población en esta situación vulnerable, lo que se conoce como reacciones colectivas y se describirán enseguida.

Los mecanismos de adaptación y defensa que ayuden a los hombres a sobrevivir van desde un comportamiento rígido y obsesivo en su interacción con otros hasta la indecisión, el cambio constante de opinión y la aceptación de cualquier sugerencia (Álvarez J., 2005).

En los desastres el comportamiento de la población se ve modificada de manera considerable, por las condiciones que desencadenen el desastre, este tiende a ser menos intelectual y más emocional, siendo una masa apasionada, impulsiva o incluso violenta (Campuzano, M., Carillo J. A., Díaz I., Döring R. y Dupont M. A., 1987).

Desde un punto de vista psicoanalista, Freud explica este cambio en la conducta del individuo cuando se mezcla con la multitud como una regresión a etapas tempranas del desarrollo. En el grupo se crea un vínculo emocional que le da cohesión y el individuo englobado en la masa renuncia a lo personal y se deja sugestionar por otros, sintiendo la necesidad de estar de acuerdo con los demás y no en oposición a ellos, con la finalidad de seguir esta cohesión.

Este proceso de identificación con la masa se da una sustitución del control interno propio por objetos exteriores, que son los líderes y los compañeros del grupo, esto por las necesidades del momento.

Cuando la cohesión del grupo se encuentra firme es poco frecuente el pánico colectivo, esto por los vínculos afectivos y de identificación, además por la ayuda que dan y reciben en esta interacción, ya que la solidaridad es la reacción más frecuente, dando así un enfrentamiento inmediato a la emergencia. Cuando el pánico sufre se puede tomar como un indicio de la desorganización social presente en la población.

Frente a una realidad abrumadoramente difícil se utilizan mecanismos de defensa primitivos que distorsionan la interpretación del suceso, tales como:

- Trivialización.- Ubicar los acontecimientos dentro de los parámetros ordinarios o familiares, para reducir su importancia real.
- Negación.- Se utiliza para tomar distancia de una realidad difícil, si se mantiene demasiado tiempo puede ser perjudicial.
- Aislamiento afectivo.- Sobrerracionalidad que difiere el enfrentamiento emocional con la realidad.
- Invulnerabilidad.- Protección mágica del peligro.

Este tipo de distorsiones de la realidad se consideran peligrosas ya que dificulta el enfrentamiento racional y eficaz, y además entorpece el proceso de asimilación del impacto (Campuzano, M., Carillo J. A., Díaz I., Döring R. y Dupont M. A., op. cit.).

En zonas de escasos recursos, un porcentaje de la población asume el papel de víctima y expresa el sentimiento de tener derecho a todo, finge desamparo y tiene reacciones de depresión frente a las frustraciones (Álvarez J., 2005).

1.8. ADAPTACIÓN DESPUÉS DEL DESASTRE

Todas las personas tienen estrategias que les resultan exitosas para afrontar los problemas cotidianos de la vida; sin embargo cuando la situación está más allá de lo habitual, se utilizan mecanismos para la adaptación basándose en gran medida en su historia de vida, su personalidad, la capacidad de valoración de la realidad, etc. (García M., Rojas M. y Vargas B., 2001).

Después de una tragedia y de las secuelas que está provoca, muchos de los afectados tienden a enfrentar su nueva realidad implicando con ello, adaptación, defensa y control (Cohen, 1999), utilizando sus recursos personales, (García M., Rojas M. y Vargas B., 2001) como los que se describen enseguida:

1.8.1. Resiliencia

La resiliencia es la aptitud para afrontar los acontecimientos vitales dolorosos y sobreponerse a las situaciones de fuerte golpe emocional es lo que se conoce como resiliencia. El término 'resiliencia' está tomado de la física, donde se emplea para expresar la capacidad de determinados materiales de volver a su forma original después de haber sido manipulados o sometidos a choques y altas presiones (Romera J. M., 2007).

Enfrentamiento efectivo ante eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes y acumulativos (Lösel, Blieneser y Köferl en Brambing, 1989).

La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida "sana", viviendo en un medio "insano" (Rutter, 1992).

El vocablo resiliencia tiene su origen en el idioma latín, en el término *resilio* que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. El término fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos (Rutter, 1993) (Citado en Kotliarenco M. A., Cáceres I. y Fontecilla M., 2006).

La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, esto es, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles (Vanistendael, 1994). Según este autor, el concepto incluye además, la capacidad de una persona o sistema social de enfrentar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable. (Citado en Iparraguirre S., 2007)

Capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez (Grotberg, 1995).

Definida clásicamente como “la capacidad humana de enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad” (Grotberg, 2001, citado en Savak R. et al., 2007).

De forma análoga, la resiliencia en psicología se refiere no sólo a la resistencia a un trauma -lo que en lenguaje común llamaríamos fortaleza, resignación o coraje- sino también a la asimilación del proceso con madurez, sin que provoque deterioros en el individuo. Eso no significa la eliminación del sufrimiento ni de sus efectos inmediatos; el resiliente es aquel que consigue sobreponerse, pero no el que se rodea de mecanismos de protección, escapismo y autoengaño para no afrontar la realidad y así eludir cualquier clase de padecimiento. (Romera J. M., op. cit.).

La suma de toda esa experiencia durante la infancia y la adolescencia construye las bases de la personalidad y contribuye al desarrollo de este recurso, definida como la capacidad de resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y volver a acceder a una vida significativa y productiva. Esta capacidad no es estática sino permanentemente fluctuante en relación con las circunstancias que se van viviendo y trata de lograr un equilibrio entre los factores de riesgo y los elementos protectores. (Organización Panamericana de la Salud, 2006).

1.8.2. Red de apoyo

El hombre, como ser social, establece relaciones con otros en su medio, (Álvarez J., 2006), lo que se denomina red de apoyo social, está actúa como factor protector cuando se vive un suceso traumático. Esto es importante ya que los miembros de la familia o los amigos pueden representar un soporte significativo para las personas que han resultado víctimas de un desastre (Golding, 2002).

El tema del apoyo social ha sido observado muy de cerca por los investigadores como un factor importante dentro del desarrollo y tratamiento de algunas de las reacciones psicológicas y emocionales ante las catástrofes, tales como el Estrés Postraumático (EPT), Golding en el 2002 lo define como “la existencia de calidad en las interrelaciones o una integración social, el contenido funcional de las relaciones (en particular el soporte emocional) y la estructura de dichas relaciones o tareas sociales”.

Se ha visto que además ofrece seguridad y confianza en si mismo para poner a prueba nuevas estrategias y obtener habilidades adicionales para el afrontamiento y entre mayor repertorio de estas habilidades, mejor posición para manejar las demandas, frustraciones y retos cuando surjan (García M., Rojas M. y Vargas B., 2001).

Incluso se ha comprobado que las personas en estas condiciones de apoyo son menos propensas a las enfermedades en situaciones habituales, inclusive si es que han tenido una experiencia desagradable recientemente (Sarason, 1985, citado en García M., Rojas M. y Vargas B., 2001)

Los lazos familiares fuertes parecen alentar la confianza en si mismo y a los demás, y favorece el manejo de la crisis y la adaptación al cambio (García M., Rojas M. y Vargas B., 2001). Además el apoyo familiar es determinante para que la víctima se reponga rápidamente, esto en los casos de abuso sexual (citado en Rosas N., 2004).

Estos beneficios de la red de apoyo se obtienen en medida de que el apoyo y compañía sea satisfactoria para el sujeto, además de la congruencia de esta relación, un ejemplo de este fenómeno es que si el sujeto tiene una mala relación con uno de sus hermanos y este es el que insiste en asistirlo con su crisis, se puede predecir que no tendrá el mismo beneficio en comparación si es que fuera ayudado por una persona con la que se tiene una buena relación, en caso de la congruencia, es claro en el ejemplo de un niño, víctima de un desastre, sea ayudado por el padre violento (Cohen R., M. D y M. P., 2003).

García M., Rojas M. y Vargas B. (2001) reafirman esta idea, considerando que el sistema de apoyo social incluya personas en quienes la persona afectada pueda confiar, que le hacen saber que les importa, valoran y quieren. Sostienen que solo las personas que tienen la sensación de pertenencia bajo estas condiciones obtienen realmente los beneficios de la red social.

De acuerdo con algunas investigaciones, parece existir una estrecha relación entre las habilidades sociales y el apoyo social, ya que, se ha observado en personas con habilidades sociales les resulta menos complejo percibir los apoyos con los que cuenta en momentos de crisis, en comparación con las personas que no cuentan con estas habilidades. Sin embargo, existen casos en la que la persona cuenta con una sólida red de apoyo; sin embargo,

por la ofuscación de una situación demandante o por un posible depresión, esta imagen se ve distorsionada (García M., Rojas M. y Vargas B., 2001).

1.8.3. Estilos de afrontamiento

La capacidad de afrontamiento se refiere a las características para manejar las dificultades, tienen una influencia en la manera como identificamos y tratamos de resolver los problemas. Estas capacidades que posee cada persona para enfrentar las experiencias de la vida tienen una influencia sobre la cantidad de estrés que sienten y como lo manejan (Contreras E. et al., 2001).

Estos mecanismos tienen la finalidad de prevenir, retardar, evitar o controlar la tensión y el estrés (Macias P. A., 2007).

Lazarus (1980) aboga por el hecho de que los estilos de enfrentamiento del individuo tienen que ver con su interacción con el ambiente. El sujeto en situaciones de estrés evalúa lo que sucedió en base a los agentes personales o la percepción de los recursos que tienen disponible para utilizar, tanto interno como los de su medio, es decir, las relaciones interpersonales y la comunidad, además considera los aspectos espirituales. Idea que es reforzada por otros autores como Raquel Cohen (2003), quien sostiene que la situación social influye en el aprendizaje y aplicación de estos mecanismos.

Las experiencias anteriores ante situaciones estresantes, no necesariamente del mismo tipo e intensidad de la actual, principalmente las que sucedieron durante la infancia del individuo, son las que determinan en gran medida la manera de enfrentar el estrés en caso de desastre (Cohen R., M. D y M. P., 2003).

Aspectos importantes que tienen que ver con los mecanismo de defensa, es tanto la flexibilidad como la disposición para pedir ayuda (Macias P. A., 2007).

Los mecanismos también tiene una función fisiológica, ya que estilos de enfrentar la situación que tiene cada individuo, manifestado a través de los cambios en el comportamiento y las reacciones según la situación, están relacionados con los sistemas fisiológicos de regulación y adaptación, y con ello pueden reforzar la salud o resultar en enfermedad, de acuerdo con el estilo utilizado (Cohen R., M. D y M. P., 2003).

1.9. DIFERENTES REACCIONES ANTE UN EVENTO TRAUMATICO

De las diferencias que se mencionan al inicio del capítulo entre las personas que sufren los efectos de los desastres, hay otra cuestión que considerar, no todos ven los eventos del desastres como algo trágico (Domínguez y Olvera, 2005 citado en Álvarez J., 2006).

Además las condiciones en particular que le pueden provocar reacciones de estrés o ansiedad en algunas personas, en otras personas no. Por ello es importante no caer en el error de considerar a todos los afectados como víctimas del estrés, ansiedad o cualquiera de las reacciones anteriores (García M., Rojas M. y Vargas B., 2001).

Como ya se menciona, hay proceso que a simple vista parecieran patológicos, como el duelo, esta reacción ante el luto de una pérdida, ya sea de pertenencias, personas queridas o incluso, partes del propio cuerpo, trae al damnificado reacciones normales y esperadas, lo anormal es cuando sobrepasa el tiempo estimado o las reacciones son desbordadas. (García M., Rojas M. y Vargas B., 2001)

En las investigaciones se menciona que del total de las personas que resultad afectadas solo de un 15% a un 30 % requieren asistencia psicológica para adaptarse a las circunstancias actuales (Domínguez B., 2005).

CAPÍTULO II

2. DESASTRES SOCIO-ORGANIZATIVOS

2.1. DEFINICIÓN DE DESASTRES

Los desastres son eventos extraordinarios que originan destrucción considerable de bienes materiales y pueden dar por resultado muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano. Estos sucesos pueden ser causados por el hombre o por la naturaleza. En la primera categoría se incluyen los incendios, los conflictos bélicos, los disturbios civiles, los actos terroristas, etc. al tiempo que las inundaciones, los terremotos, las marejadas, los tornados o los huracanes son calamidades naturales. Las dos categorías guardan similitud en cuanto a sus posibles consecuencias en la salud mental.

Las catástrofes usualmente son hechos inesperados a la vez que inevitables, y tienen diversas características. Algunas surgen con lentitud, mientras que otras lo hacen de manera repentina y sin advertencia alguna. Algunos desastres afectan un área amplia, mientras que otras ejercen sus efectos en un sitio específico. También varía su duración: algunas persisten durante horas, y otras, sólo duran segundos o minutos; por último, cada desastre produce daños materiales y pérdidas humanas en grado variable. Un terremoto causa daños materiales o humanos mínimos en un área despoblada, mientras que en otra densamente poblada la destrucción material y humana puede ser considerable.

Son diversas las definiciones del término *desastre*. En cada una de las siguientes, se hace énfasis en las diversas consecuencias de estos fenómenos:

Barton (1970) clasifica los desastres como parte de un grupo más amplio de situaciones de estrés colectivo que surgen cuando muchos miembros de un sistema social no reciben las condiciones de vida que esperan de dicho sistema. Agrega que tal estrés colectivo puede provenir de fuentes externas al sistema o de éste mismo. Considera el sistema social como una colectividad de humanos cuya interacción se mantiene en la forma de patrones identificables

durante un periodo relativamente prolongado, y afirma que el desequilibrio sistemático es resultado del estrés de eventos catastróficos.

Harshbarger (1974) define los desastres como eventos rápidos y dramáticos que dan por resultado daños materiales y humanos considerables. Subraya la importancia de la vida comunitaria y plantea que los desastres deben considerarse con referencia a su potencial de perturbar las actividades de una comunidad y causar daño a los miembros de la misma.

Kastenbaum (1974) describe los desastres según la gravedad relativa de los mismos en comparación con otros eventos importantes. La forma como la persona percibe una calamidad tiene cierta relación con la manera en que suele definir y clasificar otros eventos. La definición de algo como un desastre requiere antecedentes de estabilidad y normalidad, contra los que se compara la calamidad. Por esta vía se reconoce y finalmente se identifica a un evento como desastroso (citado en Romero A., 2005).

Lechat ha definido al desastre como un acto de la naturaleza o del hombre, cuya amenaza es de suficiente gravedad y magnitud para justificar asistencia de emergencia (Campuzano, M., Carillo J. A., Díaz I., Döring R. y Dupont M. A., 1987).

Estado de desorganización caracterizado por una incapacidad para salir adelante, con el potencial de un daño de larga duración” (Slaikeu, 1996).

El IBIS, International Bioethical Information System, menciona que desastre, del latín *astra*, alude a una alteración de la configuración astral, un desorden de cosmos. Se trata por lo tanto de un trastrocamiento de los elementos que están por fuera de la orbita del sujeto. Desastre identifica por lo tanto al evento, cuya gran magnitud lo torna potencialmente disruptivo.

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en el 2001 en una de sus publicaciones mencionan que el término desastre se aplica a la ruptura del funcionamiento normal de un sistema

(comunidad), que causa fuerte impacto sobre las personas, sus obras y su ambiente, superando la capacidad local de respuesta. Esta situación puede ser el resultado de un evento de origen natural (por ejemplo, un huracán o un terremoto) o la consecuencia de la acción humana (la guerra, entre los más comunes), combinado con sus efectos nocivos (por ejemplo, la pérdida de vidas o la destrucción de infraestructura).

Las catástrofes como repentinas, inesperadas, con carácter de urgencia, como impacto social sobre comunidades enteras, con manifestación de peligro, con duelos individuales y colectivos, a menudo provoca situaciones psicológicas adversas para los supervivientes etc. (Losada P., 2004).

Protección civil (2006) conceptualiza los desastres como eventos concentrado en tiempo y espacio, en el cual la sociedad o una parte de ella sufre un severo daño e incurre en pérdidas para sus miembros, de tal manera que la estructura social se desajusta y se impide el cumplimiento de las actividades esenciales de la sociedad, afectando el funcionamiento vital de las misma.

2.2. CLASIFICACIÓN DE LOS DESASTRES

La clasificación de los desastres según Protección Civil de nuestro país (2006) es el siguiente:

2.2.1. Fenómeno geológico

Calamidad que tiene como causa las acciones y movimientos violentos de la corteza terrestre. A esta categoría pertenecen los sismos o terremotos, las erupciones volcánicas, los tsunamis o maremotos y deslaves entre otros.

2.2.2. Fenómeno hidrometeorológico

Calamidad que se genera por la acción violenta de los agentes atmosféricos, tales como: ciclones tropicales, inundaciones pluviales, fluviales, costeras, lacustres, tormentas de nieve, granizo, heladas, sequías y las ondas cálidas y gélidas

2.2.3. Fenómeno químico-tecnológico

Calamidad que se genera por la acción violenta de diferentes sustancias derivadas de la interacción molecular o nuclear. Comprende fenómenos destructivos tales como: Incendios de todo tipo, explosiones, fugas tóxicas y radiaciones.

2.2.4. Fenómeno sanitario – ecológico

Calamidad que se genera por la acción patógena de agentes biológicos que atacan a la población a los animales y a las cosechas causando su muerte o la alteración de la salud; las epidemias o plagas constituyen un desastre sanitario en el sentido estricto del término. En esta clasificación también se ubica la contaminación del aire, agua, suelo y alimentos.

2.2.5. Fenómenos socio – organizativo.

Calamidad generada por motivo de errores humanos o por acciones premeditadas que se dan en el marco de grandes concentraciones o movimientos masivos de población

2.3. DESASTRES SOCIO-ORGANIZATIVOS

Como se menciona con anterioridad esta clasificación de desastres son los relacionados con los eventos destructivos ocasionados por el hombre sin intención y con ella. Este grupo de fenómenos destructivos se encuentran principalmente accidentes resultados de la actividad cotidiana de la población y asociados directamente con procesos del desarrollo económico, político, social y cultural. Tal es el caso de los accidentes aéreos, terrestres y marítimos; la interrupción o desperfecto en el suministro u operación de servicios públicos y sistemas vitales; los problemas ocasionados por concentraciones masivas de población y los actos de sabotaje y terrorismo (Mansilla E., 1993).

Este tipo de desastres que son productos de la actividad humana no pueden ser analizados como otros tipos de desastres, como los naturales, ya que algunos de estos se pueden predecir, en tiempos y magnitudes, además de conocer como se originan y se desarrollan, en cambio en los desastres

socio-organizativos no es de esta manera, generalmente este tipo de eventos no se conoce como el como surgen, ni predecir su magnitud, ni tiempo (Mansilla E., op. cit.).

Los factores que están relacionados con este tipo de desastres en México son la economía, falta de conocimiento sobre el riesgo potencial, la concentración irregular de la población, la pobreza y el principal de ellos es la cuestión política (Mansilla E., op. cit.).

A continuación se describirá algunos de los actos del hombre que se han desencadenan en este tipo de desastres:

2.3.1. Terrorismo

Terrorismo se deriva de la palabra latina “terror”, que significa “temblor físico” y representa un estado emocional de miedo extremo o un pánico social generalizado.

Terrorismo es una sucesión de actos de violencia según la Real Academia lo conocido como sistema de terror, organizaciones de violencia criminal, clandestino o institucionalizado, que se desarrolla en la misma área geográfica o en comunidad conduciendo a la siembra de terror, confusión, intimidación y alarma en la población o parte de ella, además de desorden político, social y económico.

La finalidad la organizaciones con esta naturaleza son desde económicas, políticos, nacionalistas, militares hasta religiosos y las peculiaridades es que consideran sus acciones enteramente justificadas e incluso conducta heroica. Alonso F. (1986).

Reinares en 1998 menciona que el terrorismo produce actos que irrumpen en forma violenta, instantánea e impredecible y con un alto contenido amenazador e importante valor simbólico (citado en Rosas N., 2004).

En México los registros de este fenómeno no son muy frecuentes, el más actual de ellos es el suceso del pasado 15 de Septiembre del presente, en el festejo de la Independencia del país en Morelia Michoacán, en donde detonaron dos granadas de fragmentación en la plaza Melchor Ocampo de esta ciudad al iniciar el tradicional grito de independencia por parte del gobernador del estado, en donde resultaron siete personas fallecidas y mas de cien personas lesionadas, según cifras oficiales. Los presuntos responsables de estos acontecimientos fueron unos sicarios de la Organización Criminal denominada La Familia de Michoacán. El presidente de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) calificó a estos hechos como un acto terrorista (González I. y Caballero E., 2008). Este es un ejemplo del terrorismo que a comenzando a manifestarse en México y aunque ya era una cuestión latente desde hace unos años (2001) hasta ahora de hizo palpable.

2.3.2. Guerras

Guerra es un concepto jurídico que hace referencia al conflicto armado entre dos estados, denominados beligerantes, y que tiene como finalidad hacer valer un determinado objetivo utilizando medios que el Derecho internacional público reconoce y regula en el denominado Derecho de guerra. (IBIS)

Las guerras han acompañado a la Humanidad a través de toda su historia, como un factor determinante, y así de determinante ha sido a su vez no solo para los soldados que participan y sobreviven a ella, sino también a las víctimas inmersas ya sea en el área de conflicto, en los lugares aledañas o ya vienen las que resultan víctimas de ser espectadoras de estos hechos violentos, ya que en la actualidad, con las medios de comunicación masivos, la información e imagines de este tipo de eventos, provocan reacciones en las personas que están a cientos de kilómetros de distancia del conflicto. (Rosas N., op. cit.).

2.3.3. Violencia urbana

El término de violencia urbana se refiere a muchos de los fenómenos que ocurren en ciudades, tal como asaltos a domicilios, negocios, autos, vandalismo, secuestros, etc.

El escritor y pensador mexicano Carlos Monsiváis en su intento por definir este conjunto de fenómenos, determinados como violencia urbana: “Las tragedias, las conductas límite propiciadas por la crisis del estado de derecho, el perpetuo estallido —económico, social y demográfico— de las ciudades, y la imposibilidad de una efectiva seguridad pública, sea por la ineficiencia de los cuerpos encargados o por la "feudalización" imperante en barrios y colonias. Violencia urbana es el amplio espectro de situaciones delincuenciales, ejercicios de supremacía machista, ignorancia y desprecio de los derechos humanos, tradiciones de indiferencia aterrada ante los desmanes, anarquía salvaje y desconocimiento de la norma...” (1999).

Una situación de violencia o de un robo, especialmente a la casa, es una situación que incluye el factor privacidad y/ o espacio personal. El allanamiento de la propiedad, especialmente de la casa, puede ser sumamente impactante porque involucra la invasión a un territorio considerado como salvo y seguro. (Rosas N., op. cit.).

El secuestro según el código penal federal es privatizar de la libertad a otro y por desgracias se ha vuelto cada vez más común en México.

Según estadísticas oficiales de la Procuraduría General de la República (PGR) se han cometido 323 secuestros en los primeros cinco meses del 2008, en promedio 20 secuestros al mes. Este delito se ha incrementado en un 9.1% en comparación con el año pasado (León G., 2008).

Cuando el evento traumático es prolongado, como en el caso de secuestros y desplazamientos forzados, generalmente, las personas se sienten sin posibilidad de escape, atrapada e impotente y, fácilmente, llega a una fase de desesperanza y agotamiento de las defensas. Si se agrega la tortura, la pérdida de las estructuras de las defensas es mucho más rápida. Es frecuente que, incluso la amenaza o la posibilidad de padecer dolor o de morir, debilita la fortaleza de cualquier persona razonablemente equilibrada (Organización Panamericana de la Salud, 2006).

Como informa el Boletín de la Red de Información de las Naciones Unidas sobre Justicia Penal (1995) "Los efectos nocivos de la delincuencia urbana no se circunscriben a las ciudades pobres. De hecho, la delincuencia urbana y el miedo a la violencia ejercen un efecto significativo sobre el desarrollo de ciudades prósperas."

Un ejemplificando lo anterior es que en ciudades de África y América Latina tienen las tasas más altas de delitos con contacto, como la violencia y el asalto y en la tasa de robo de automóviles, es superior en los países ricos, donde la mayor abundancia de estos vehículos aumenta la probabilidad de sustracción. También en los países industrializados, las tasas Per cápita de delitos como el asalto o el robo con violencia son en muchos casos dos o tres veces superiores a lo que eran hace treinta años. Si bien muchos indicadores económicos y sociales mejoran, muchos países desarrollados muestran un agravamiento de la delincuencia.

En México los ejemplos de estos desastres socio-organizativos son múltiples, en seguida se retomará uno de estos, en el cual se trabajo de cerca:

2.3.4. Caso New's Divine

A raíz de los acontecimientos del 20 de Junio del 2008 en la discoteca New's Divine, ubicada en la Delegación Gustavo A. Madero en el Distrito Federal, donde perdieron la vida 12 personas, el Programa de Intervención en Crisis de Facultad de Psicología de la UNAM brindó atención psicológica a las

víctimas de estos hechos a petición de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF).

Se colaboró con asociaciones civiles que tenían trabajo previo en la zona, Cauce Ciudadano y Marabunta, con la intención establecer un primer contacto con las víctimas y favorecer el vínculo. De manera conjunta se establecieron las estrategias idóneas para la intervención psicológica a los familiares de los fallecidos en este acontecimiento, a los afectados directos e indirectos y a la comunidad aledaña.

A su vez se realizaron intervenciones psicológicas en el dispositivo denominado "Alivianarte". El objetivo de este evento fue sensibilizar y atender a la población afectada, proporcionando asesorías jurídicas, atención psicológica y una campaña intensiva sobre Derechos Humanos, acompañado de eventos recreativos y lúdicos. Estos eventos fueron realizados durante seis semanas junto con la CDHDF y las Asociaciones Civiles Cauce Ciudadano y Marabunta. Se realizaron los sábados de 12 a 15 hrs. En un foro ubicado en el camellón enfrente del lugar de los hechos.

Se atendieron a 76 personas, 48 mujeres y 17 hombres en un rango de edad de 14 a 54 años y 11 niños y niñas en un rango de edad de 6 a 12 años. Los motivos de consulta fueron diversos, desde depresión, estrés agudo, ansiedad, problemas interpersonales, quejas psicosomáticas, problemas de adicciones, manejo deficiente del estrés hasta trastornos de la personalidad. Estas personas son víctimas de cuarto nivel, pues no resultaron afectadas de manera directa por los acontecimientos, sin embargo si le causa conmoción los hechos y la cercanía de estos.

Se realizaron siete visitas domiciliarias a los familiares de los jóvenes fallecidos en los acontecimientos, con la finalidad de brindar contención emocional y recopilar información para poder diseñar estrategias idóneas de atención psicológica de acuerdo al tipo de población, de los usos y costumbres de la comunidad y de los factores sociales. En estas visitas se atendieron a tres familias que se encontraban en situación de crisis. Se dio contención

emocional a las familias debido a que presentaban signos y síntomas de estrés traumático agudo tales como dificultades para dormir, irritabilidad, depresión, labilidad emocional, pesadillas sobre el acontecimiento traumático, culpa, desesperanza y frustración; aunado a somatizaciones como migraña, dermatitis atópica, frecuencia cardíaca alta y problemas gastrointestinales.

A petición de los responsables del caso de la CDHDF, se llevaron a cabo sesiones de desahogo emocional con dos grupos que presentaban Síndrome de Desgaste Profesional (Burnout). Cada grupo fue atendido en 2 ocasiones con una duración de 3 hrs. cada sesión, en donde narraron los acontecimientos vividos, sentimientos experimentados y los signos y síntomas de estrés agudo que estaban experimentando en el momento.

Estas sesiones de desahogo también se realizaron con las Asociaciones Civiles Cauce Ciudadano y Marabunta, se llevaron a cabo dos sesiones de desahogo emocional con los integrantes de sus organizaciones quienes presentaban síntomas de Burnout. Los participantes realizaron una ardua labor comunitaria, manifestaban síntomas claros de persecución, en este caso adaptativos y de somatización severa. Por lo que se realizó una sesión de tipo catártico auxiliada de instrumentos de retroalimentación biológica con la finalidad de que mejorarán sus respuestas conductuales ante estos eventos. Al término de la intervención las personas reportaron mayor estabilidad emocional y fortalecimiento de sus redes de apoyo social.

Estos grupos a los que se le dio sesiones de desahogo psicológico es un ejemplo claro de la clasificación de víctimas de tercer nivel, ya que son los que estuvieron a cargo de la atención a los jóvenes afectados y sus familiares.

Posteriormente se colaboró en el plan emergente de atención a jóvenes y familiares afectados en los acontecimientos en la Discoteca New's Divine que implemento el Gobierno del Distrito Federal, quedando a cargo la Secretaria de Desarrollo Social en la Dirección General de Igualdad y Diversidad Social.

En donde se colaboro con Grupo de Atención Psicosocial para la atención emocional y administrativa de los jóvenes que estuvieron presentes y resultaron afectados directamente de manera física, psicológica y emocionalmente estos acontecimientos, quienes son las víctimas directas de estos acontecimientos. Se atendieron a 134 jóvenes en un rango de edades de 13 a 23 años. A su vez se les dio atención a las víctimas de segundo nivel, los familiares de primer grado de los jóvenes atendidos.

El apoyo consistió en la atención en contención emocional en los momentos de crisis, entrevistas psicosociales iniciales y de seguimiento, en donde se recolectaron datos necesarios para la creación de estrategias de intervención posterior en un segundo nivel de atención; visitas domicilias, donde fue posible detectar problemas de atención específica, como jóvenes con problemas de drogadicción, embarazos no deseados, deserción escolar, entre otros.

Las reacciones que se observaron en las víctimas directas de los acontecimientos en la Discotecas, son estrés, con sus consecuencias fisiológicas e incluso psicosomáticas, gastritis, colitis nerviosa, ansiedad, miedo, procesos de duelo, irregularidades en el ciclo sueño-vigilia, flashbacks, es decir, imágenes repentinas de la vivencia traumática, depresión, etc.

En la parte administrativa se apoyaron con indemnizaciones económicas, atención médica de los jóvenes y sus familiares, se realizaron canalizaciones a programas como el INJUVE, se incluyeron a los interesados en programas de empleo, microcréditos, incluir en programa de vivienda a las familias afectadas propuestas, fideicomisos para familiares de los jóvenes fallecidos.

Como parte del Plan Emergente se llevo a cabo el cambio de la Policía Preventiva por Policía Bancaria e Industrial en Sector 5 de la delegación Gustavo A. Madero, con esta medida se realizaron Jornadas comunitarias para establecer la vinculación entre la población de la zona y la Policía Bancaria e Industrial que esta iniciando sus actividades en el Sector. Con esta actividad se pudieron recolectar datos de la vivencia las víctimas de quinto, ya que estás personas a pesar de la relativa cercanía geográfica al lugar de los hechos, la

mayoría de ellas se enteraron por medio de los medios masivos de comunicación, más comúnmente por medios televisivos. Las reacciones que se observaron fue estrés, ansiedad, la pérdida o disminución de percepción de seguridad, irregularidad en el ciclo sueño-vigilia, etc.

En base a esta experiencia se ha logrado observar la teoría de manera vivencial, las reacciones son diversas en los diferentes niveles de víctimas y como existen personas a las que les impactan el acontecimiento y otras a las que no.

2.4. VÍCTIMAS

2.4.1. Definición

Víctimas se refiere a todo aquel que sufre daño por acción u omisión propia o ajena, o causa fortuita aunque esta en discusión su origen etimológico de la palabra víctima el más aceptado es que proviene del latín *victima* traduciéndose igual al español y designa a la persona o animal sacrificado o que se destina al sacrificio (Rodríguez L. 1988).

El término damnificado en esta guía se refiere a las personas y familias afectadas por un desastre y sus consecuencias. Las víctimas de los desastres han experimentado un evento inesperado y estresante. El término denota la capacidad de la persona victimizada por el desastre para sobrevivir haciendo acopio de fuerza y aumentando su capacidad para adaptarse con el tiempo (Cohen, 1999).

2.4.2. Clasificaciones

2.4.2.1. Clasificación de víctimas directas e indirectas

Victimas directas

Lo que genera habitualmente daño psicológico en las personas que son afectadas de forma directa en algún evento tráfico, suele ser la amenaza a la propia vida o a la integridad psicológica, una lesión física grave y la percepción del daño como intencionado. (Echeburúa E., 2005).

Hay un aspecto que considerar con las víctimas en este nivel, la *victimización secundaria*, esto se refiere a la relación que se establece posterior al evento entre la víctima y el sistema jurídico-penal, es decir, el maltrato institucional puede contribuir a agravar el daño de la víctima, experimenta una doble herida. Los agentes burocráticos suelen estar más interesados en el esclarecimiento de los hechos y en los ordenamientos jurídicos que en el drama de la víctima (Echeburúa E., op. cit.).

Victimas indirectas

El acontecimiento traumático puede compararse al efecto de una piedra arrojada en un estanque, originando ondas; en el primer círculo se encuentran las víctimas directas; el segundo a los familiares de estos, que tienen que afrontar el dolor de su familiar afectado en junto con el propio y readaptarse a la nueva situación y el tercero se puede incluir los vecinos, los compañeros de trabajo o los miembros de la comunidad que quedan afectados por el temor y con sentimiento de indefensión (Echeburúa E., op. cit.).

El *efecto contagio* se refiere al deterioro físico y psíquico de las personas que tienen contacto cercano y prolongado con una persona que ha sufrido un trauma grave (Solomon, 2003) y los que se encuentran en contacto estrecho puede desarrollar trastornos emocionales como si hubiera sido afectada de

manera directa por el trauma, esto se le conoce como *traumatización secundaria* (Sánchez, 2003, citados en Echeburúa E., op. cit.).

2.4.2.2. Clasificación de víctimas de Taylor y Frazer

- Víctimas de primer grado a las que sufren el impacto directo de la emergencia o desastre, sufriendo pérdidas materiales o daño físico
- Víctimas secundarias que serían los familiares y amigos de las anteriores.
- Víctimas de tercer grado que serían los integrantes de los equipos de primera respuesta.
- Víctimas de cuarto grado que sería la comunidad que se ve afectada en su conjunto.
- Víctimas de quinto grado o personas que se enteran de los sucesos por medio de los medios de comunicación.
- Víctimas de sexto grado son aquellas que no se encontraban en el lugar de los hechos por diferentes motivos y en ellos son los sentimientos de culpa, los principales causantes de los problemas psicológicos (citado en Losada P., 2004).

2.4.2.3. Clasificación de sobrevivientes de Cohen

Raquel E. Cohen (2003), investigadora e interventora en crisis ha clasificado a los sobrevivientes a los desastres de la siguiente manera:

Sobrevivientes de primer nivel: Víctimas primarias

Sobrevivientes de segundo nivel: son los parientes cercanos de las víctimas primarias.

Sobrevivientes de tercer nivel: es el personal de rescate o recuperación, de la Cruz Roja o de emergencia; médicos, enfermeros, médicos forenses,

profesionales de la salud mental; sacerdotes, bomberos, policías, administrativos, docentes, niños.

Sobrevivientes de cuarto nivel: es la comunidad afectada por el evento (periodistas, funcionarios públicos).

Sobrevivientes de quinto nivel: son los individuos que experimentan estados de estrés y perturbación luego de ver u oír informes periodísticos.

2.4.3. Quinto nivel de sobrevivientes

Para la mayoría de la población que no se vio directamente afectada por los desastres, contemplan los fenómenos como lejanos, lo que algunos autores denominan como *percepción de invulnerabilidad* (Weinstein, 1985, citado en Lorente F., Font S. y Villar E., 2005); sin embargo no para todas las personas resulta de esta manera, hay sujetos que sufren algunas de las reacciones ya descritas en el primer capítulo de solo saber de estos desastres sin que se haya encontrado en el lugar del suceso y ni siquiera alguno de sus seres cercanos, es lo que conocemos como víctimas de quinto nivel (Cohen, 2003).

El desarrollo de los medios de comunicación es de tal dimensión hoy en día, que con sólo apretar un botón se puede observar lo que sucede en los sitios más recónditos del mundo. Y esto incluye escenas de todo tipo: festejos, inundaciones, guerras, hambre, atentados, terremotos, manifestaciones, etc. Benyakar, al respecto, señala que “en virtud del desarrollo de los medios masivos de comunicación, las imágenes del mal llegan a la mesa familiar incluso de quienes aún viven en entornos contenedores, generalizando la vivencia de amenaza, haciendo que nadie ya pueda sentirse a salvo” (Benyakar, 2003, citado en Rosas, op. cit.). Este es uno de los factores que más influye en las víctimas de este nivel, ya que generalmente se enteran de los sucesos por medio de los medios masivos de comunicación principalmente por la televisión, desencadenan en algunas personas patrones de víctimas.

Para tener un panorama más amplio del origen de las reacciones en estas personas se plantearon varias teorías que ayudan a visualizar la situación anterior a los desastres y que posiblemente favorecieron la aparición de los efectos dañinos en las víctimas indirectas.

Sigmund Freud, en sus escritos, también se ocupó de la sintomatología postraumática: “a consecuencia de la primera guerra mundial y de las neurosis que entonces se presentaron entre los soldados, Freud prestó atención a la importancia que puede tener el otro instinto que él mismo había postulado: el instinto de conservación. Le pareció que las neurosis de guerra tenían más relación con este impulso que con el sexual. Esto le planteó, entonces, el problema de averiguar de qué manera actuaba también este otro impulso del yo (o de conservación) en la neurosis, y cómo resultaba susceptible de represión. Consideró que la agresión no es un producto exclusivo de la libido, como el mismo había postulado para el caso del sadismo, sino que encontró pruebas suficientes de que también puede producirla el impulso de conservación, como lo puso particularmente en claro la guerra. Según Freud, estas fuerzas también son susceptibles de represión en nuestra cultura y, por tanto, abandonó la creencia de que la represión fuera exclusiva de los impulsos sexuales. Parece que durante los años de la guerra y en los que siguieran Freud estuvo reflexionando sobre el problema hasta que por fin se puso a indagar la manera de conciliar las dos ideas que había expresado sobre la agresión” (Thompson, 1950). (citado en Rosas N., 2004)

La perspectiva psicoanalítica postula que el trauma “reactiva” algún conflicto previo no resuelto. Revivir traumas de la infancia produce una regresión y la utilización de mecanismos de defensa arcaicos como la represión, la negación y la anulación (Kaplan y cols., 1996). De hecho, se ha establecido que experiencias suficientemente traumáticas dentro de la vida del adulto, como las experiencias de la guerra o las torturas en los campos de concentración, por ejemplo, pueden producir represión sin necesidad de que haya existido con anterioridad alguna experiencia semejante.

Dentro de esta misma perspectiva, una forma de explicar lo sucedido con la aparición de sintomatología postraumática en los profesionales que tratan con este desorden es a través del fenómeno de contra transferencia, en donde el profesional comparte y experimenta: “variaciones de furia y rabia, culpa, identificación con el agresor, vergüenza, miedo, lástima, reacciones al tema de muerte y/ o asesinato, elaboración del duelo, estigmatización del héroe, envidia, voyeurismo, identificación proyectiva, etc.” (Danieli, 1981; citado en Kurian Fastlitch, 2001)

Dentro de las propuestas que intentan explicar el origen del Estrés Postraumático se encuentra la Evaluación Cognitiva. Ésta propone que el individuo interpreta y otorga un significado a los sucesos, por medio de esquemas cognitivos.

La experiencia de un evento percibido como traumático puede provocar que el sujeto procese la información de dicho evento de forma tergiversada. Y este procesamiento inadecuado de la información puede llevar a la persona a cambiar sus estructuras mentales y/ o sus creencias, o sea, su esquema cognitivo. (citado en Rosas N., op. cit.).

Otro factor que se ha observado influye en estas personas, es que a una mayor aproximación geográfica del evento catastrófico mayor percepción de vulnerabilidad, por lo cual puede resultar más probable que desarrolle el patrón de víctima en este nivel (Weinstein, 1985, citado en Lorente F., Font S. y Villar E., 2005).

2.5. INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LA REACCIÓN DE LAS VÍCTIMAS INDIRECTAS

Como ya se ha planteado con anterioridad las víctimas del quinto nivel según Cohen (op. cit.) son las personas que sufren secuelas emocionales y psicológicas de solo saber de la tragedia y sus consecuencias.

Los medios por los que se enteren estas personas que resultan víctimas son dignos de análisis, por lo general las víctimas se enteran de los desastres por los medios masivos de comunicación, tales como a la radio, medios impresos como periódicos, revistas, etc. y la televisión. Este último medio de información cuenta con características especiales, tales como, su accesibilidad a los diferentes niveles socioeconómicos, que no requiere inversión económica inmediata, el alcance territorial que tiene, además de la ventaja que representa el que sea un medio audiovisual, ya que a muchas personas les resulta más atractivo. Por lo anterior se considera de los medios de comunicación masiva el más influyente sobre la opinión pública (Alonso F., 1986) y en este caso se concluye que de igual manera tiene una fuerte influencia sobre las reacciones psicológicas y emocionales que presentan las personas que son testigos pasivos de los desastres provocados por fallas humanas.

Cuando los desastres surgen, la población en general se encuentra desorientada y con desconocimiento de la situación general ahí es donde entran los medios de comunicación pues informan y hasta en algunos casos son auxiliares de los gobiernos o instituciones encargadas (Rodríguez R. y Martín A., 2003).

En el periodismo de catástrofes a diferencia del periodismo convencional en donde se tiene oportunidad de organizar lo que se va a transmitir, en el caso de los desastres habitualmente no se tiene el privilegio del tiempo, por lo tanto, la información se organiza en base de testimonios de los supervivientes, otros medios de comunicación, estimaciones extraoficiales, rumores, policía, bomberos, protección civil y fuentes sanitarias. Se entrelazan caóticamente

todos los discursos informativos como un reflejo de la situación excepcional (Rodríguez R. y Martín A., op. cit.).

Sin embargo hay esfuerzos para mejorar esta situación del manejo de información en los desastres, Sibila Camps periodista argentina que se ha especializado en el periodismo de catástrofe por más de 24 años, entre muchos otros trabajos creó un manual titulado “periodismo sobre catástrofes”; Además brinda asesoramiento y consultorías a medios, organismos públicos e instituciones privadas y dicta talleres y seminarios de capacitación dirigidos a periodistas y reporteros gráficos, trabajadores y líderes comunitarios, así como a instituciones de apoyo y asistencia en los desastres (Camps S., Policastro C. y Vargas S., 2007).

A su vez creo e imparte un Seminario-taller para el entrenamiento a otros periodistas con la finalidad de mejorar el llamado Replanteo de la cobertura de catástrofes a partir del huracán Katrina organizado por el instituto de Prensa de la Sociedad Interamericana de Prensa (SIP) en Miami (2005). En el cual se plantean cuestiones como la veracidad de la información atorgada a la población en estos momentos de crisis y la propia aceptación y manera de la emociones de los periodistas. Lo anterior favorece en gran medida la forma en la que se presenta la información de los desastres en los medios.

En un trabajo realizado por Rodríguez R. y Martín A. (2003) sobre el periodismo de catástrofe en el ataque a las torres gemelas, el 11 de Septiembre del 2001, en donde se entrevistó al Dr. Manuel Trujillo psiquiatra de Nueva York quien menciona que la reacción inicial de la mayoría de las personas son muy variables, pero quizás la vulnerabilidad de la existencia fuera el primer golpe en la mayoría de ellas. La vulnerabilidad y la fragilidad son muy mal procesadas por el cerebro humano sostiene el psiquiatra.

Las reacciones que algunas personas presentan después de haberse enterado de los desastres socio-organizativos puede tener relación no solo en el como se presenta esa noticia en concreto sino además con la presentación

de otra programación dentro de los medios, principalmente de la televisión, ya que como se ha planteado con anterioridad, es uno de los más influyentes.

Generalmente cuando en un programa de televisión o en un noticiero, el agresor queda sin castigo en la pantalla, el miedo puede apoderarse del espectador. También puede experimentar temor y ansiedad cuando la violencia del agresor parece absolutamente gratuita. Los medios de comunicación lleven al espíritu de cualquier lector, oyente o espectador la idea de que él puede ser el próximo. (Sanmartín J., 2000).

Por eso mismo la influencia en las personas cuando en las pantallas el agresor ejerza una violencia gratuita sin el castigo merecido. Y no solo por el riesgo que se corra a que le imite al agresor; sino más bien, es porque esto puede crear miedo y la ansiedad al espectador (Sanmartín J., op. cit.). Y cuando estas situaciones de peligro o de agresión se vuelven reales y palpables, es decir, que sucede algo en la que de alguna manera los espectadores se identifiquen, como la cercanía geográfica o la similitud con una vivencia anterior de la persona, revive de manera automática esta reacción de miedo y ansiedad, en primer instancia por la innegable sensación de vulnerabilidad que surge y se sostiene que también influye este aprendizaje previo creado por la programación agresiva de temor. En otros casos, de manera contraria, los espectadores de este tipo de programación en donde se presenta agresividad gratuita y sin ninguna consecuencia visible pueden llegar a habituarse, y con ello insensibilizarse, es decir, que ya cuando ven esta misma situación en la realidad no le toman importancia y no le causa mayor reacción. En estos casos sucede el fenómeno de necesitar un alto grado de violencia o daño para que cause alguna reacción en estos espectadores, ya que por la reiteración de un espectáculo, con lleva un cierto grado de saturación y por ello, para seguir captando la atención sería necesario más violencia (Sanmartín J., op. cit.). Con esto no se esta diciendo que al presenciar un acto violento se tenga que vivir algunas de las reacciones descritas en el primero capítulo, pero normalmente las personas presentan un grado, aunque sea mínimo, temor o preocupación por los hechos violentos. Y precisamente es lo que se expone en esta parte, que la violencia en la vida real es cada vez

más habitual y que la población se acostumbra a verla, por ello cada vez les resulta menos importante estos hechos y solo con saber de un cúmulo considerable de violencia causa reacción.

La violencia de las pantallas no es la causa de la violencia real de nuestros niños y adolescentes.

Hay otra cuestión que considerar es que muchas personas perciben a la sociedad como mucho más violenta de lo que realmente es. Para esa gente, la realidad acaba confundiéndose con lo que ve en los medios de comunicación (Sanmartín J., 2000).

Paradójicamente existen estudios donde sostienen que las personas que no conocen los detalles importantes de lo que está sucediendo o lo que está por ocurrir son más vulnerables a presentar las reacciones descritas en el primer capítulo de este trabajo (García M., Rojas M. y Vargas B., 2001).

CAPÍTULO III

3. PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Los Primeros Auxilios Psicológicos son la intervención psicológica en el momento de la Crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para reestablecer su estabilidad emocional para facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal (García, J.C., op. cit.).

Autores como Duch, Fortuño y Lacambra (1997) mencionan que consiste en “recursos y técnicas para afrontar situaciones estresantes y detectar posibles síntomas que puedan llevar a una actuación ineficaz o desencadenar una patología” (citado en Lorente F., Font S. y Villar E., 2005).

El principal objetivo de la primera ayuda psicológica es restablecer la capacidad para enfrentar la situación y resolver problemas inmediatos. Para la persona en una situación de crisis, lo esencial del problema es que se siente incapaz de tratar con las circunstancias abrumadoras presentes en ese momento. Entonces, la finalidad primordial es ayudar a la persona a que tome las medidas concretas para enfrentar la situación de crisis, que incluye el manejo de sentimientos e iniciar el proceso de resolución de conflictos (Egozcue M., 2005).

En la actualidad, la exigencia en la atención de salud mental ha llevado a los profesionales de la psicología, a plantear nuevas formas de intervención, breves y rápidas, con el propósito de atender una demanda poblacional que se incrementa día a día. Considerando la escasez de personal competente para responder de manera inmediata a una emergencia psicológica, se ha trabajado en la formación de personas que intervengan en momentos de crisis emocional. (García J. C., falta el año).

Una ayuda terapéutica breve y de urgencia, con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después de un incidente crítico

puede tomar de 1 a 6 semanas menciona Caplan, 1964 (citado en García, J.C., op. cit.).

Este amplio abanico de situaciones evidencia la necesidad de formación en conocimientos y estrategias básicas de intervención en el ámbito de las emergencias por parte de los estudiantes de psicología (Gutiérrez, 1999).

3.1. BASES TEÓRICAS

La teoría de las crisis circunstanciales de la vida de Lindemann en 1944 está basada en su trabajo con los sobrevivientes y sus familias de las víctimas del incendio del Club Nocturno Coconut Grove en Boston. Su informe clínico sobre los síntomas psicológicos de los sobrevivientes se convirtió en la piedra angular para las teorías subsecuentes sobre el proceso del duelo.

Fue precisamente que partiendo de estos principios que Gerald Caplan (1964) integrante también del Massachusetts General Hospital y del Harvard School of Public Health, que formulo el significado de la crisis en la vida.

Las investigaciones descriptivas van descubriendo posteriormente que las reacciones de las víctimas no son iguales durante el impacto del evento y posterior a este, en este sentido Friedman y Linn (1957), trabajando con los sobrevivientes del barco "Andrea Dorian" describe que al tratar con víctimas de sucesos traumáticos se debe de tener en cuenta sus diferentes respuesta a las fases de "Choque inicial" y la "Recuperación" en una situación de desastre. (Citado en Valero S., 2007)

Los conceptos de la crisis están las teorías sobre el manejo del duelo (Kubeler-Ross 1969), la experiencia del trabajo con pacientes terminales víctimas de la erupción volcánica de Armero en Colombia (Isa Fonnergra 1985), el trabajo con los deudos de las víctimas del atentado a la colonia Judía en Argentina (Jacinto Imbar 1997).

Teoría que creó Seyle en 1976 llamada Síndrome General de Adaptación también es conocida como Ley de Seyle sostiene que el organismo cuenta con un sistema para mantener el equilibrio en todos los procesos biológicos, llamado homeostasis. Cuando las personas se ven afectados por estrés provocado ya sea por problemas de salud o también por demandas de carácter social y las amenazas del entorno del individuo; se producen simultáneamente una serie de reacciones, que afectan tanto en el desempeño social, resulta visible en los problemas en el trabajo, en la vida de relación, económicos, etc., además del impacto fisiológico, manifestado en problemas para procesar la grasa, la aparición de úlceras gástricas, la pérdida o el aumento de peso y aumento del cortisol en sangre, etc. este conjunto de manifestaciones es conocido como Síndrome General de Adaptación. El cuerpo continuará esforzándose para volver a la homeostasis, requiriendo un esfuerzo extra, de la persistencia del estresor dependerá si el organismo regresa a su estado de equilibrio o las reacciones sigan y empeoren (Citado en Brambati J., 2006).

El enfoque taxonómico de las consecuencias del estrés planteada por Cox, (1978), abarca los efectos subjetivos, conductuales, cognoscitivos, fisiológicos y organizacionales del estrés (Citado en Valero S., op. cit.).

Complementando estos conceptos están los postulados de clasificación de las víctimas sostenido por Taylor y Frazer (1981-1987) los cuales conceptúan como víctimas de primer grado a las que sufren el impacto directo de las emergencias o desastres, sufriendo pérdidas materiales o daño físico, las víctimas secundarias serían los familiares o amigos de las anteriores, las víctimas de tercer grado serían los integrantes de los equipos de primera respuesta, las víctimas de cuarto grado sería la comunidad que se ve afectada en su conjunto, las víctimas de quinto grado las personas que se enteran de los sucesos por medio de los medios de comunicación y las víctimas de sexto grado son aquellas que no se encontraban en el lugar de los acontecimientos por diferentes motivos. En ellos son los sentimientos de culpa los principales causantes de los problemas psicológicos.

Desde el punto de vista psicosocial están los aportes de los conceptos del "soporte social" o "Redes de soporte social" y su importancia para ayudar a las

personas a superara situaciones de crisis y facilitar la rehabilitación y reconstrucción posterior a un desastre Turner (1983), Sarason (1983), Rook y Dooley (1985), Lefcourt (1984), Mitchell (1983), Darío Páez (1986), entre otros. (Citado en Valero S., op. cit.).

Karl Slaikeu (1988) describe la crisis por eventos traumáticos por su carácter de ser inesperada, tener calidad de urgencia, tener un impacto potencial sobre comunidades enteras y e incluir los conceptos de peligro y oportunidad, todos estos elementos son comunes a las situaciones de emergencias y desastres (Citado en Valero S., op. cit.).

Descubrimientos del Estrés Trauma y su capacidad para el cambio del contenido bioquímico cerebral (John Everlin, 1997).

Más recientemente se encuentra la teoría CASIC (Conductual, Afectivo, Somático Interpersonal y Cognoscitivo), el cual se ha utilizado ampliamente tanto como en la evaluación, trabajo y posterior análisis de una persona en crisis (citado en Lorente F., Font S. y Villar E., 2005).

3.2. DINÁMICA

3.2.1. Principios Clínicos de los Primeros Auxilios Psicológicos

Oportunidad:

Puesto que la experiencia de crisis es un periodo de alto riesgo para la persona como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso (puede ser en servicios de emergencia o en teléfonos de ayuda). El énfasis en la oportunidad se considera para reducir el peligro de respuestas violentas (autodestructivas) y, al mismo tiempo, para capitalizar la motivación del paciente para hallar un nuevo planteamiento para afrontar las circunstancias del suceso.

El proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después de un incidente crítico puede tomar de 1 a 6 semanas (Caplan, 1964).

Metas:

Lo principal es ayudar a la persona a recuperar su nivel de funcionamiento emocional equilibrado, que tenía antes del incidente que precipitó la crisis, o potencializar su capacidad creativa para superar el momento crítico.

Valoración:

Es importante que la valoración abarque tanto la fortaleza como la debilidad de cada una de las áreas personales, CASIC, es decir las funciones Conductuales, Afectivas, Somáticas, Interpersonales y Cognitivas implicadas en la crisis. La información acerca de qué está mal en la vida de una persona (como la pérdida de su patrimonio) se complementa con la información acerca de qué es aún funcional (redes de apoyo) (Álvarez J. y Cruz C., 2005).

Tiempo de la intervención:

Esta puede llevar de minutos hasta horas, depende el grado de afectación de la víctima y el grado en la que este disposición de recibir ayuda.

3.2.2. Componentes estratégicos de los primeros auxilios psicológicos

1.- Realización del contacto psicológico: Se define este primer contacto como empatía o "sintonización" con los sentimientos de una persona durante una crisis. La tarea primaria es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica cualquiera que sea el entendimiento que surja. A si mismo, se debe invitar a la persona a hablar, escuchar lo mismo de lo que paso (los hechos) y la reacción de la persona ante el acontecimiento (sentimientos), establecer lineamientos reflexivos, y así cuando los sentimientos están presentes de manera obvia (señales no verbales).

Existen varios objetivos para la realización del primer contacto psicológico, el primero es que la persona sienta que la escuchan, aceptan, entienden y apoyan, lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de la ansiedad; el contacto psicológico sirve para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad se dirige a algo más que esto.

2.- Analizar las dimensiones del problema: La indagación se enfoca a tres áreas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato. El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis (como la muerte de un ser querido, el desempleo, heridas corporales o la separación del cónyuge). La indagación acerca de la situación presente implica las preguntas de "quién, qué, dónde, cuándo, cómo"; se requiere saber quién está implicado, qué pasó, cuando, etc. El futuro inmediato se enfoca hacia cuáles son las eventuales dificultades para la persona y su familia; por ejemplo: las necesidades que puede tener un adolescente para pasar la noche o la semana, después de haberse fugado de la casa.

3.- Sondear las posibles soluciones: Implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, identificadas de manera previa. Esto es llevar a la persona en crisis a generar alternativas, seguido de otras posibilidades. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular.

4.- Asistir en la ejecución de pasos concretos: Implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta, el objetivo es en realidad muy limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación. El interventor tomará una actitud facilitadora o directiva en la ayuda al paciente para tratar con la crisis.

5.- Seguimientos para verificar el progreso. Implica el extraer información y establecer un procedimiento que permite el seguimiento para verificar el progreso. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro cara a cara o por teléfono. El objetivo es ante todo completar el circuito de retroalimentación, o determinar si se lograron o no las metas de *los Primeros Auxilios Psicológicos*: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo. (García, J.C., op. cit.).

3.2.3. Recomendaciones básicas de intervención

Además de los principios clínicos y componentes estratégicos, los expertos hacen recomendaciones básicas para la intervención en Primeros Auxilios Psicológicas con personas afectadas en algún desastres socio-organizativo. Como las siguientes:

- Dejar que el sujeto establezca el ritmo. No apresurar a la persona.
- Hablar de varios temas. En orden siempre en relación al problema.
- No prometa lo que no sea posible. Ya que esto puede provocar que se pierda la credibilidad y la confianza ante la persona.
- Usar un sentido de esperanza. Esto puede ser mencionando frases como “que otras cosa hay para usted.” o “que otras posibilidades tiene.”
- Mantenga la conversación enfocada a la persona afectada. Evite las preguntas personales.
- Pedir los datos personales al final de la intervención. Al inicio la persona puede no sentirse cómoda como para proporcionarlos y probablemente al final coopere y resulte más fácil darlos.
- Establezca un compromiso de búsqueda de ayuda. Dicho compromiso puede ser tan solo hacer una llamada telefónica, o bien acudir a alguna institución que le brinde la ayuda adecuada. se intenta regresar el control de sus actos a la persona, así como la posibilidad de que reciba ayuda especializada (García, J.C., op. cit.).

Como se planteo a lo largo del primer capítulo, existen reacciones normales, por llamarla de alguna manera, es decir, que estas reacciones se presentan frecuentemente entre las víctimas de todo tipo ante un evento traumático y otras no lo toman de la misma manera, otras reacciones se clasifican como patológicas y al no ser las mismas reacciones, por lo tanto se interviene de diferente manera para cada una de ellas. Lo siguiente son recomendaciones básicas en base a la teoría y la practica en los Primeros Auxilios Psicológicos para intervenir con las personas que presentan las reacciones normales o patológicas.

Durante la intervención con esta técnica con las personas que han sufrido algún desastre es de suma importancia las formas con las que se establece esta relación, ya que no hay que dejar de lado que las personas se encuentran en una situación conflictuante y sus recursos conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognitivos (Perfil CASIC) se pueden encontrar afectados, por lo ello las formas de contacto, la actitud, las palabras y las acciones por parte del interventor suelen hacer la diferencia para lograr ayudar o no a la persona con la que se hace la intervención. Por lo anterior se hacen algunas recomendaciones, en diferentes aspectos, del como realizar las intervenciones en Primeros Auxilios Psicológicos:

Contacto:

SI SE RECOMIENDA:

- ✓ Escuchar de manera cuidadosa
- ✓ Reflejar los sentimientos y la naturaleza de los hechos
- ✓ Comunicación de manera verbal y con el lenguaje corporal
- ✓ Aceptación a estos sentimientos que ha expresado la persona.

NO SE RECOMIENDA:

- Evitar Ignorar sentimientos o hechos.
- No Juzgar, regañar o tomar partido y no contar la propia historia.

Con relación al evento:

SI SE RECOMIENDA:

- ✓ Plantearle a la persona preguntas abiertas, con la finalidad de darle la libertad de expresarse, dirigir estas preguntas para ayudar a llegar a una mayor claridad.
- ✓ Evaluar que tan cercana estuvo la persona o sus familiares a la muerte, para que el interventor tenga la idea de lo que vivió en este sentido y la percepción de la gravedad de esta.

NO SE RECOMIENDA:

- Evitar plantear preguntas que como respuestas se diga un si o no concreto, ni permitir que durante el relato la persona mencione contracciones continuamente, ya que esto le puede quitar veracidad al relato.
- Evitar solo dar la razón a la persona sobre el evento, pues esto puede ser percibido como que no se le esta poniendo atención.

Sobre las posibles soluciones:

SI SE RECOMIENDA:

- ✓ Alentar para que la persona realice una lluvia de ideas sobre las posibles soluciones,
- ✓ Ayudar a organizarlas y establecer prioridades de acción.
- ✓ Ayudar a las personas para probar si lo que ellos perciben como obstáculos, lo son en realidad, impulsándolos a realizar acciones.

NO SE RECOMIENDA:

- Evitar lo que se conoce como visión de túnel, es decir que solo ve las cuestiones negativas inmediatas y percibiendo la solución como algo lejano.

Las acciones concretas:

SI SE RECOMIENDA:

- ✓ Recomendaciones concretas, como la de dar un paso a la vez, cuidando que las metas que se establecieron y pretende lograr sean a corto plazo, ya que de esta manera al lograrlas la persona se motivara y realizar las demás planteadas a mayor tiempo.
- ✓ En ocasiones las personas suelen postergar las acciones por diversos motivos y con ellos retrasan su adaptación, por ello la importancia de la confrontación si resulta necesario, además de ser cuidadoso por parte de la intervención, en el ser directivo.

NO SE RECOMIENDA:

- Evitar involucrase por parte del interventor, esto puede ser cuando intenta resolver todo a la persona, o se establecen compromisos a largo plazo con la persona, ya que la naturaleza de la intervención es breve, además de todas las cuestiones éticas que conlleva.

Seguimiento:

SI SE RECOMIENDA:

- ✓ Evaluar los pasos de acción de las personas en caso de considerarse necesario y establecer la confianza para establecer contacto si la persona lo requiere.

NO SE RECOMIENDA:

- Evitar asumir que la información queda clara para la persona afectada (García, J.C., op. cit.).

Lo siguiente es lo que SI se recomienda hacer en estos casos:

- Enfocarse en el problema. Cuando se esta desorganizado, el dolor y enojo predominan, por lo que su discurso puede ser incoherente y distorsionado. Es necesario mantenerse en la catarsis emocional de lo que implica el problema.
- Valorar cual de las áreas del perfil CASIC se encuentra más dañado. El proceso de Crisis comprende manifestaciones en la estructura CASIC (conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognitivos) y al establecer la mayor afectación se puede priorizar las acciones de intervención en esta área.
- Identificación de la pérdida. Los estados de dolor psíquico se relacionan, con mucha frecuencia, con una pérdida importante, entonces, se debe entender cual fue la pérdida y qué significado tiene para la persona; y de esta manera queda claro para el interventor la dimensión del estado de la persona.

- Motivarlo para que sea más propositivo. Si el pensamiento de la persona es muy negativo o distorsionado, es necesario motivarle a la acción sencilla y clara, reforzando sus pequeños logros. Cuidando de no caer en minimizar su dolor ni en solo tomar frases hechas.
- Deseo de vida. En toda persona, aún con alto riesgo suicida, hay una parte que quiere vivir; es necesario enfocarse en esa parte. Cuando exprese que no hay nada por lo que quiera vivir, hay que decirle, que imagine que la detendría a cometer dicho acto. Intente crear un deseo inmediato de vida. Plantear alguna actividad para más tarde y para un día siguiente.
- Sugerir opciones posibles. Ayudar al individuo a encontrar metas y objetivos realistas, ya que cuando se logran provea cierto sentido de logro y control sobre la situación y de como va a reaccionar ante dicha situación.
- Ser paciente. Por la situación de la persona puede que no este del todo dispuesta a cooperar o que sus recursos personales se encuentren afectado, por ello el trato no sea tan fácil, trate de establecer confianza y movilice sus recursos. Tenga conocimiento de los lugares o profesionales, como psicólogos con formación en intervención en crisis, a los que pueda referir a las personas que se están atendiendo.

Lo siguiente es lo que NO se recomienda hacer en estos casos:

- No confrontar o interpretar. No rechazar nada de lo que la persona diga, hasta que se establezca un vínculo de confianza importante, y el haber explorado todas sus opciones. Posteriormente, no de explicaciones complejas ni obligue a la persona a modificar su estado emocional. Eso lo hará sentirse culpable y desesperado.
- No entre en debate, no discuta. Evitando también realizar comentarios idealistas.
- No dar consejos directos. No se dan consejos directos ni se arme sólo el rompecabezas. Guíe a la persona, busque posibilidades y dé opciones para su elección (García, J.C., op. cit.).

3.3. BENEFICIOS

Las bondades del modelo propuesto permite ser utilizado, como primera ayuda emocional, por personas que no cuentan con una formación profesional en el área de la salud mental; esto es, por maestros, orientadores, personal del equipo de salud, padres de familia y jóvenes líderes (Álvarez J., 2005).

Los Primeros Auxilios Psicológicos pretenden ofrecer apoyo emocional, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos sociales de ayuda (García, J.C., op. cit.).

Como ya se ha mencionado una de las finalidades de los primeros auxilios psicológicos es la de aprender habilidades específicas que se necesitan en situaciones estresantes y de esta manera ayudar a las personas que resultaron afectadas a diferentes niveles, de esta situación. Se ha comprobado que este conocimiento no solo ayuda a las víctimas sino también a las personas encargadas de proporcionar la ayuda, ya que ayudan al individuo a tener un afrontamiento más efectivo, en comparación a las personas que no reciben entrenamiento (García M., Rojas M. y Vargas B., 2001).

Reducir la mortalidad, como segundo objetivo específico se dirige a salvar vidas y prevenir lesiones físicas durante la crisis. Se ha visto que no es poco común que algunas situaciones de crisis conduzcan a las personas a una lesión física (maltrato a hijo, cónyuge, otros) o aún a la muerte (suicidio, homicidio), en especial en una sociedad en donde la violencia ha pasado a formar parte de la vida cotidiana. Entonces, se trata de tomar medidas para reducir las posibilidades destructivas y controlar la situación (García M., Rojas M. y Vargas B., op. cit.).

Como ya se ha visto con anterioridad los primeros auxilios psicológicos son una herramienta sumamente útil y efectiva para el trabajo de emergencia psicológica, por ello se insiste en la necesidad de entrenar en esta técnica al personal profesional vinculado a las emergencias (bomberos, policías, Protección civil, etc.), (Slaikeu, 1996) y a las personas que se ofrecen como

voluntarios (Duch, Fortuño y Lacambra, 1997) con el objetivo de dotar a este colectivo de “recursos y técnicas para afrontar situaciones estresantes y detectar posibles síntomas que puedan llevar a una actuación ineficaz o desencadenar una patología” (citados en Lorente F., Font M. y Villar E., 2005).

3.4. ENTRENAMIENTO EN PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Duch, Fortuño y Lacambra (1997) estos autores proponen un programa formativo complementario a la formación sanitaria, estratégica, o de otro tipo, que habitualmente ya tienen el personal de rescate involucrado en los desastres, tales como: bomberos, rescatistas, médicos, enfermeras, psicólogos, etc.

Concretamente, plantean la necesidad de una formación común a todas las personas que intervienen en este tipo de situaciones (Protección civil, bomberos, Cruz Roja, etc.), con la finalidad de lograr dos objetivos básicos, “actuar con más seguridad y eficacia y prevenir la aparición de consecuencias psicológicas negativas para el que interviene, además de adquirir habilidades sociales básicas de comunicación, estrategias para una intervención efectiva con las víctimas y familiares, conocer e identificar las diferentes manifestaciones del estrés, técnicas que permitan identificar en el personal de ayuda los síntomas del estrés junto con las técnicas para controlarlo.

Pérez Martín (2001) propone una formación mínima de los voluntarios en habilidades para la relación de ayuda -apoyo, escucha y orientación de la persona afectada, de acuerdo con las siguientes pautas de actuación: Presencia y acompañamiento a afectados directos y familiares; transmitir al afectado la disponibilidad a ayudarlo; posibilitar el relato de acontecimientos, pensamientos y sentimientos; proporcionar un lugar tranquilo y seguro; escucha activa; ayudar a normalizar determinadas reacciones; facilitar información útil; identificar necesidades; orientación ante la confusión y el aturdimiento (citado en Lorente F., Font S. y Villar E., 2005).

Las intervenciones de primer orden, como esta, son de carácter breve, y las puede proporcionar cualquier persona que ayude a otra, y son más efectivas mientras más cercanas temporalmente se realicen al evento en cuestión (García, J.C., op. cit.).

Y aunque las aportaciones anteriores son dirigidas al personal que presta la atención y la ayuda en caso de desastres, éstas son perfectamente adaptables para cualquier tipo de población en caso de requerirlo.

3.5. SIMILITUDES Y DIFERENCIA ENTRE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS Y LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

Los Primeros Auxilios Psicológicos, tal como se ha planteado con anterioridad es una técnica que incluye la intervención en crisis, sin embargo, no son iguales, la técnica de intervención en Primeros Auxilios Psicológicos pueden ser aplicada por personal previamente capacitado en esto pero sin que necesariamente tenga una formación profesional como psicólogo ya que la técnica consiste en otorgar contención emocional y psicológica en el primer contacto después de un evento traumática, en caso, de algún desastre, y para ello es solo necesario contar con un entrenamiento a cargo de los trabajadores de la salud mental que a su vez han llevado una formación y experiencia en Intervención en Crisis y obviamente con conocimiento en Primeros Auxilios Psicológicos.

3.5.1. PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS EN LOS DESASTRES

Como se ha planteado, la técnica puede ser aplicada por las personas que fueron entrenadas en ella, y se recomienda que cuenten con ciertas actitudes, puesto que los desastres tienen ciertas características no estructuradas que hacen necesario estas habilidades, tales como:

- Sociabilidad. Trabajar con personas que experimentan estrés intenso requiere capacidades sociales, sin olvidar los límites personales. La capacidad

de trabajar en equipo es otra de las habilidades sociales necesarias para el desempeño adecuado en este tipo de intervención (Losada P., 2004).

- Temple. Las condiciones pueden ser caóticas, con escenas ruidosas, muchas horas, alojamientos no adecuados, intervenciones no estructuradas, roles y normas ambiguas, todo esto hace necesario un alto equilibrio personal y emocional, además de seguridad en si mismo (Losada P., op. cit.).

- Habilidad de escuchar de manera activa. Este aspecto es muy importante, ya que favorece todos los aspectos anteriores (Losada P., op. cit.).

- Capacidad de comprensión. Interés en apoyar y reforzar la seguridad psicosocial y el funcionamiento de los sobrevivientes y equipos de ayuda.

- Capacidad de asumir y encajar errores. Por la naturaleza de los desastres no siempre se logran las expectativas de los interventores, por ello la importancia de la tolerancia a la frustración (Losada P., op. cit.).

- Empatía. Establecimiento de la empatía, es decir, identificación emocional del profesional o del personal auxiliar con lo que está pasando la víctima, autenticidad, capacidad de comprensión y respeto. El superviviente utiliza las experiencias de afrontamiento con la catástrofe como una fuente de fuerza, mientras que la víctima permanece inmovilizada (Losada P., op. cit.).

- Habilidad para mantener y alentar la esperanza. se trata de manejar un discurso, basado en hechos favorables probables, que sirva para mantener un espíritu de afrontamiento, de lucha, de búsqueda de una vía de resolución. Trasmitiendo alguna seguridad, es necesario recurrir a la razón y a la lógica para la argumentación. (Buznego R., 2008).

- Lenguaje correcto. Necesario para clarificar qué se va a hacer. Se debe, además, utilizar la lógica para transmitir cierta seguridad. Pocos podrán mantener la calma si, además de la vivencia que se está experimentando,

alguien le reprocha su reacción ante la crisis (Buznego R., op. cit.).

- Contacto físico. Establecer contacto físico con la persona afectada puede ser importante para calmar la agitación, se trata sencillamente de tocar a la persona, abrazarla o mantenerla junto a una persona que sea capaz de aparentar cierta calma (Buznego R., op. cit.).
- Seguridad en sí mismo. Las actividades de esta técnica se encuentran descritas de manera más amplia y específica en el capítulo anterior.

3.5.2. INTERVENCIÓN EN CRISIS EN LOS DESASTRES

Una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en un momento vitalmente importante para continuar el curso de su vida. Cuando el evento es emocionalmente significativo y ha implicado un cambio radical en su vida, el individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan satisfactoriamente. El problema rebasa sus capacidades de resolución y, por lo mismo, se encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución, tal como se plantea en el primer capítulo.

La intervención en crisis llevada a cabo por un profesional de la Salud Mental puede ofrecer una ayuda inmediata, iniciando un trabajo terapéutico con el propósito de restablecer el equilibrio emocional, otorgándole apoyo psicológico, y ayudando a la persona en el preciso momento en que ésta lo requiere o solicita.

Este trabajo de intervención es también conocido como Psicología en emergencias y desastres, es aquella rama de la psicología que se orienta al estudio de las reacciones de los individuos y de grupos, durante y después de una situación de emergencia o desastre, estudiando como responden los seres humanos ante las alarmas y como se adapta ante esta misma; a su vez realizar una intervención psicológica con la finalidad de evitar o reducir las respuestas inadaptadas durante el impacto del evento y facilitando la posterior

rehabilitación y reconstrucción; así como de la implementación de estrategias de intervención psicosocial orientadas a la preparación de la población (Mauren I., 2005).

La intervención en crisis está centrada en apoyar, potenciar y asesorar a la víctima en sus esfuerzos de adecuación psicológica y afrontamiento de las nuevas situaciones y demandas que van surgiendo a raíz de los cambios producidos por el incidente o, como dicen Fernández y Rodríguez (2002), "...el objetivo general de la intervención en crisis es facilitar que el paciente sea capaz de establecer un nuevo modo de funcionamiento psicológico, interpersonal y social, en el que pueda poner en juego sus capacidades para garantizarse el acceso a los necesarios aportes físicos, sociales y emocionales en su nueva situación".

Todo lo anterior es posible realizarlo por un profesional con una formación como psicólogo y además contar con entrenamiento en intervención en crisis. Ya que consiste en mucho más que solo proporcionar contención emocional de primer momento y para ello resulta necesario contar con una formación especializada. Como parte de las actividades de un psicólogo en situaciones de desastres durante y después del evento disruptivo, que en esta investigación se refiere a estos eventos a los desastres del tipo socio- organizativos, están:

3.5.2.1. Formación del psicólogo de emergencias

Actualmente, no existe una formación reglada y reconocida como tal para la especialización de psicólogo de emergencias, sin embargo se plantean algunas sugerencias necesarias y convenientes para la labor del psicólogo en emergencias:

- Poseer el título de psicólogo.
- Cursos sobre intervención en crisis.
- Cursos sobre distintas técnicas de intervención: terapia sistémica, breve, cognitivo-conductual, dinámica de grupos.
- Psicología social: comunicación, investigación, etc.

- Formación básica en la Estructura y Organización de Protección Civil. Planes Territoriales de Emergencia.
- Serán valorados así mismo, otros conocimientos en:
 - Comportamiento colectivo en emergencias y catástrofes.
 - Comunicación social en situaciones de emergencias y catástrofes.
 - Estrategias de afrontamiento, autocontrol, expresión emocional, dinámica familiar, elaboración del duelo, toma de decisiones, técnicas de apoyo psicológico, terapia breve. (Losada P., op. cit.).

3.5.2.2. Aptitudes y personalidad del psicólogo en desastres

Las características propias de una catástrofe obligan al psicólogo a enfrentarse a una situación. Las aptitudes más favorables en la personalidad del psicólogo de desastres podrían ser, según otros autores, las siguientes:

- Habilidades sociales: empatía, capacidad de comprensión, habilidad para la escucha, capacidad para el contacto físico.
- Equilibrio emocional y seguridad en sí mismo: la intervención en una situación de desastre puede contener un alto grado de tensión emocional, que el psicólogo debe conocer y manejar de forma adecuada y responsable.
- Capacidad de adaptación y flexibilidad: la emergencia o desastre puede suponer un desafío en cuanto a la utilización de recursos profesionales y personales, dada la complejidad y adversidad que puede caracterizar a la situación.
- Disposición para trabajar en equipo y cooperar con otros profesionales: la situación requerirá que el psicólogo se integre en un sistema organizado de gestión para la ayuda en la emergencia, colaborando

según las necesidades reales y no exclusivamente desde su forma de hacer habitual, y huyendo del protagonismo y hazañas individuales.

- Tolerancia a la frustración. Como se explicado anteriormente
- Capacidad de organización y planificación.
- Capacidad de toma de decisiones en situación de alto estrés.

3.5.2.3. Actividades y funciones del personal de auxilio psicológico en desastres

Las actividades que realiza un psicólogo en este tipo de situaciones son distintas a cualquier otra atención psicológica, las características de los desastres

Actividades DURANTE la intervención en el desastre:

- Acompañamiento, como parte de la intervención, en algunos casos, se realiza el acompañamiento en diferentes momentos de las personas afectadas.
- Realización del primer contacto psicológico, aproximación mediante una actitud empática y una escucha activa, que facilita la exteriorización de los sentimientos, percepciones e ideas acerca de la situación (Losada P., op. cit.).
- Intervención con los afectados y familiares en crisis, a menudo, existe una tendencia a creer que el psicólogo, por el simple hecho de serlo, va a reducir el sufrimiento de las víctimas, y que es una figura necesaria, casi mágica, para frenar ataques de nervios o ahuyentar psicopatologías traumáticas. puede ayudar, sí, pero con las limitaciones de su entrenamiento y formación específica y siendo un profesional más, coordinado con el resto. los psicólogos deben conocer cómo y cuándo actuar, y sobre todo, qué tipo de intervención (Losada P., op. cit.).

- Observación de comportamientos individuales, con la finalidad de detectar y evaluar necesidades de intervención (Losada P., op. cit.).
- Recolección de datos sobre las relaciones observables en los afectados (Losada P., op. cit.).
- Evaluación preventiva y gestión de grupos de riesgo, es necesaria una primera valoración del estado de las víctimas examinando las funciones básicas (emociones, reacciones fisiológicas, aspectos cognitivos y de comportamiento), que nos ayude a detectar la gravedad de la dimensión del problema, presentando especial atención a los denominados grupos de riesgo (niños, ancianos, víctimas muy afectadas que pueden contagiar al resto).
- Entrevistas con víctimas, familiares y agentes encargados de paliar el desastre.
- Atención a la salud mental a largo plazo. evaluando el nivel de pérdida de los recursos que los individuos han experimentado y realizando un seguimiento o derivación a un centro de salud.
- Organización de centros de Recepción e Información. uno o dos psicólogos suelen ser asignados a cada familia o a su representante y estarán con ellos todo el tiempo que sea necesario.
- Ayuda para iniciar la elaboración del duelo, el psicólogo deberá trabajar ciertas tareas que deben resolverse para elaborar el duelo adecuadamente, como son: aceptar la realidad de la pérdida (tanto intelectual como emocionalmente) ayudando a los afectados a hablar de la misma; trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, facilitando el desbloqueo emocional y la negación del dolor a través de la reestructuración cognitiva; adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente, desarrollando estrategias de afrontamiento y resolviendo

problemas; recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo de forma que le permita continuar con su vida después de la pérdida. en algunas ocasiones, pueden que tarden en recuperarse los cuerpos o incluso no lleguen a recuperarse. en estos casos, la falta de evidencia física dificulta el proceso de elaboración del duelo (Losada P., op. cit.).

- Acompañamiento a familiares en procesos de identificación de cadáveres, este momento suele ser la primera confrontación con la realidad de la muerte, el como viven este momento puede afectar posteriormente en el proceso de elaboración del duelo (Losada P., op. cit.).
- Comunicación de malas noticias, utilizando algunas estrategias adecuadas al comunicar las malas noticias se puede ocasionar un impacto psicológico menor. Los estudios realizados al respecto han demostrado que una comunicación no afectiva puede tener un impacto adverso de larga duración a las personas afectadas. Por tanto, el objetivo del profesional debe ser causar el menor impacto psicológico en el receptor (Losada P., op. cit.).
- Asesorías sobre aspectos psicosociales. Los rumores abundan después de cualquier catástrofe y pueden minar el funcionamiento del grupo. La mejor forma de afrontarlos es facilitar información adecuada y fiable lo más rápidamente. Por otra parte, hay que saber que los rumores negativos circulan mucho más rápido que los desmentidos positivos, por lo que resulta necesario insistir más en la información positiva, ya que circula con menos rapidez (Losada P., op. cit.).
- Cooperación y coordinación con otros grupos profesionales. trabajadores sociales, sanitarios, medios de comunicación social, etc., para enriquecer la información y el apoyo psicosocial de los afectados (Losada P., op. cit.).

- Apoyo psicológico a intervinientes y profesionales. mediante prevención primaria o pre-desastre, que consiste en la preparación antes de la intervención, mediante la formación. prevención secundaria, como rotación de lugares de trabajo más estresantes, periodo de descanso e intervención tras las primeras 48/72 horas con técnicas de deshago psicológico (Losada P., op. cit.).

Actividades DESPUÉS la intervención en el desastre:

- Promover o realizar apoyo psicológico y/o seguimiento de los grupos de intervención ("debriefing")
- Intervención preventiva y/o terapéutica con afectados y familiares (cognitivo-conductual, relajación, terapia familiar)
- Elaboración de informes técnicos sobre todo tipo de intervención llevada a cabo, que permitan la puesta en común de las experiencias.
- Participación en foros de debate científicos sobre aspectos psicológicos en desastres.
- Realizar el seguimiento de las víctimas y especialmente de los grupos de riesgo afectados por el desastre (la sintomatología puede aparecer más tarde) (Losada P., 2004).

3.5.2.4. Principios de la intervención psicológica inmediata

Los principios a seguir en la intervención psicológica son los siguientes:

- Proximidad: Actuar lo más cerca posible, desde el punto de vista físico al lugar del evento, para no estigmatizar a los afectados con su traslado a un centro de salud mental u hospital.

- Inmediatez: Intervenir lo más pronto posible, para evitar la aparición de ciertos síntomas o la cronificación de otros.
- Expectativas: transmitir expectativas positivas sobre un rápido retorno a su rol o función anterior al evento, potenciando así su autoestima y sus estrategias de afrontamiento.
- Simplicidad: utilizar métodos breves y sencillos adaptados a la situación de embotamiento emocional de los afectados.
- Unidad: Las víctimas necesitan reestructurar cognitivamente las experiencias vividas, porque todas las experiencias traumáticas son caóticas y confusas. (Losada P., 2004).

En esta parte se plantean las habilidades y actitudes necesidades para la intervención en crisis, sin embargo, encontrar juntas todas estas descripciones en un solo profesional parecería algo imposible, por ello, este tipo de trabajo se realizan en equipo, un grupo de profesionales capacitados con distintas habilidades, conjuntándolas estas se logrará una intervención mucho más afectiva.

CAPÍTULO IV

4. PROPUESTA

La propuesta central de este trabajo es un taller de entrenamiento en Primeros Auxilios Psicológicos para la atención de víctimas indirectas en emergencias urbanas. Cada uno de los elementos de esta propuesta se han descrito teóricamente a lo largo del capitulado y en esta parte se plantea la aplicación de estos conocimientos.

Con el taller se pretende entrenar a algunos actores principales de una comunidad, tales como padres de familia, profesores, integrantes y dirigentes de asociaciones civiles, líderes comunitarios, representantes vecinales, etc.

Se a determinado que sea dirigido a estas personas de inicio porque se considera que la intervención puede llegar a ser más efectiva para las víctimas indirectas si esta es realizada por personas que conocen previamente, ya que el vínculo de confianza se ha establecido previo a la emergencia y si no existe confianza como tal por lo menos hay referencia de que son del mismo sector, esto favorecer la intervención en el momento de la crisis, otro de los beneficios es que la conductas y actitudes ante una crisis son aprendidas por los participantes, no solo para ayudarles a los demás sino también para si mismo, y en el momento de un evento disruptivo, se espera que los participantes apliquen las herramientas aprendidas en el taller y logren contenerse ellos mismo y con este hecho auxilian a los presentes a manejar adaptativamente su reacción, con el ejemplo de la persona entrenada en Primeros Auxilios Psicológicos podrán manejar mejor sus propias reacciones.

Sin embargo, se considera que previo a la aplicación de este taller, es necesario realizar una difusión del fenómeno, aclarando a que se refirieren las emergencias urbanas o llamados de otra forma desastres socio-organizativos, la descripción de las diferentes reacciones en las víctimas de quinto nivel y de la comprensión de la clasificación de la víctimas, tomando la calcificación de R.

Cohen, de cinco niveles de victimas, que se ha mencionado a lo largo de la investigación, más ampliamente en el segundo capítulo.

Con la finalidad de que las victimas indirectas o quinto nivel se identifiquen como tal y a su vez, despertar el interés en esta cuestión y crear candidatos para que participen en el taller de entrenamiento en Primeros Auxilios Psicológicos.

Esto se realizara por medio de una especie de propaganda de acuerdo al sector al que se pretende dirigir el taller, por ejemplo, si la intención es entrenar a profesores de nivel primaria en Primeros Auxilios Psicológicos, en una escuela de este nivel, es donde se realizará la difusión de la información.

Después de realizado la difusión de lo observable en victimas y demás descripciones, se recomienda realizar la convocatoria al taller que se pretende impartir. El cual tiene como objetivos favorecer la adaptación de las victimas, dando prioridad a las que resultaron afectadas de manera indirecta, como se ha mencionado anteriormente, el interés en esta clasificación de las victimas es por la poca atención que se ha detectado.

Sin embargo, existe un fenómeno con este tipo de afectados que es digno de considerar, en muchas de las personas dañadas de manera directa emocionales son tan fuertes, que resulta evidente la relación con su reacción y el evento que suscito la crisis; Con las víctimas indirectas no sucede lo mismo, muchas veces estas personas ni siquiera han relacionado lo que sienten con el desastre, esto resulta una dificultad para su detección y atención, además de relacionar el evento y la reacciones, esta el hecho de que, cuando las reacciones no son intensas, pueden difuminarse con emociones o pensamientos cotidianos, agravando la problemática. Este taller es un esfuerzo para estrechar la brecha que esta cuestión ocasiona, claro que se corre el riesgo que en la aplicación de la técnica encaminada a víctimas indirectas se esté atendiendo crisis desencadenada por otros motivos, sin quitar importancia al trabajo comunitario que representaría, no sería la finalidad de esta investigación, aunque paradójicamente en esta parte es donde radica una de

las aportaciones de esta propuesta, es el contar con mayores elementos para determinar una forma más adecuada las especificaciones para estas personas afectadas indirectamente.

Logísticamente el taller consiste en cinco sesiones de cuatro horas cada una de ellas, para completar las veinte horas mínimas necesarias para tener una formación básica en Primeros Auxilios Psicológicos. Se pide que el taller se realice de máximo 15 personas aunque lo mas adecuado es de 8 a diez, ya que de esta manera resulta mejor para el experto que impartirá el taller y los asistentes, se contaría con más atención de ambas partes y mayor tiempo para despejar dudas, las demás especificaciones se encuentra posteriormente en la carta descriptiva del taller.

Resulte osada mencionar las cuestiones de recuperación económica, aunque se considera necesario, se propone considerar la opción de que los gastos sean absorbidos por una asociación civil interesada, escuelas, organización vecinal o solicitada a un sector gubernamental, etc. Como requisito del taller se recomienda solicitar aportación mínima, esto no solo por el hecho de recabar fondos sino también porque se ha observado que las intervenciones son más efectivas si tienen un costo monetario para los participantes, pueden darle un valor simbólico mayor a la información que se les otorgue.

4.1. CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER

TITULO DEL TALLER: Entrenamiento en Primeros Auxilios Psicológicos

OBJETIVO GENERAL: Capacitar a los participantes en el manejo una técnica de intervención en crisis llamada Primeros Auxilios Psicológicos para favorecer la readaptación después de un desastre o evento traumático, dirigido principalmente a las víctimas indirectas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Conocer las reacciones que pueden presentar las personas ante una crisis por un evento traumático o desastres de cualquier tipo.
2. Entrenar habilidades que favorezcan la intervención de los participante en momentos críticos, estos consisten en la escucha activa, empatía, observación de comportamientos, etc.
3. Intervenir de manera adecuada en los momentos que se requiere.

DIRIGIDO A: Personas interesadas.

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 15 personas

DURACIÓN Y FORMA DE DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO: 5 sesiones de 4 horas cada una, dando un total de 20 horas.

METODOLOGÍA: Revisión teórica de la técnica de Primeros Auxilios Psicológicos y practica para entrenar habilidades que favorezcan la aplicación de la técnica.

TEMARIO GENERAL:

- Reacciones individuales y colectivas ante desastres.
- Reacciones durante las fases del desastre.
- Reacciones específicas. Estrés, agudo, crónico y Postraumático, Ansiedad, Depresión y Duelo.
- Reacciones colectivas.

- Definición de desastres.
- Clasificación de los desastres
- Desastres socio-organizativos
- Víctimas
- Clasificación de víctimas
- Definición de Primeros Auxilios Psicológicos
- Bases teóricas Primeros Auxilios Psicológicos
- Principios clínicos de Primeros Auxilios Psicológicos
- Componentes estratégicos de Primeros Auxilios Psicológicos

LUGAR: Un salón amplio y bien ventilado, con el mobiliario adecuado para el número de participantes y los talleristas.

MATERIALES: Hojas blancas suficientes, lápices y plumas, para todos los participantes del taller. Computadora y proyector de imágenes.

OBLIGACIONES BILATERALES: Asistir y cumplir con los requerimientos planteados en el taller y por parte de los talleristas cumplir con los objetivos establecidos anteriormente.

4.2. DESCRIPCIÓN DEL TALLER

No. SESIÓN	TEMA	OBJETIVOS	TECNICAS/ ACTIVIDADES	TIEMPO	MATERIAL
1	Definición de Primeros Auxilios Psicológicos. Bases teóricas Primeros Auxilios Psicológicos.	Que los participantes cuenten con la información teórica de la técnica aplicar y que despejen sus dudas respecto a ella.	Creación de una definición grupal de la técnica. Ronda de preguntas sobre dudas de esta técnica.	4 Hrs.	Computadora y proyector de imágenes
2	Definición de desastres. Clasificación de los desastres Desastres socio-organizativos	Conocimiento e identificación de los tipos de desastres y secuelas sociales. Sensibilizar a los participantes de la naturaleza de los desastres y posible prevención en ciertos casos.	Presentación de collage de imágenes de desastres y el planteamiento de las emociones posterior a esto. Impartir la parte teórica sobre la temática.	4 Hrs.	Computadora y proyector de imágenes

No. SESIÓN	TEMA	OBJETIVOS	TECNICAS/ ACTIVIDADES	TIEMPO	MATERIAL
3	<p>Victimas</p> <p>Clasificación de victimas</p>	<p>Impartir el conocimiento a los participantes del papel que viven en general las personas que se va a atender.</p> <p>Favorecer la empatía de los participantes con la victimas de algún desastre.</p>	<p>Realizar un Roll playing, que consiste en un ejercicio de cambio de papeles de interventores o victimas.</p> <p>Ejercicio de escritura autorreflexiva con la intención de poner distancia psicológica con la vivencia del Roll Playing.</p>	4 Hrs.	<p>Computadora y proyector de imágenes.</p> <p>Plumas o Lapices y hojas de papel.</p>
4	<p>Reacciones individuales y colectivas ante desastres.</p> <p>Reacciones durante las fases del desastre.</p> <p>Reacciones específicas. Estrés, agudo, crónico y Postraumático, Ansiedad, Depresión y Duelo.</p> <p>Reacciones colectivas.</p>	<p>Que los participantes cuenten con el conocimiento básico necesario de las reacciones que pueden presentar las personas después de un desastre con la finalidad de entrenar su habilidad de detectar las emociones en otra persona.</p>	<p>Descripción teórica de las reacciones que pueden presentar las personas después de un desastre.</p> <p>Hacer la presentación de un programa de imágenes en donde se representan emociones y los participantes tendrán que identificarlas</p>	4 Hrs.	<p>Computadora y proyector de imágenes.</p> <p>Plumas o lápices y hojas de papel.</p>

No. SESIÓN	TEMA	OBJETIVOS	TECNICAS/ ACTIVIDADES	TIEMPO	MATERIAL
5	<p>Diferencias entre intervención en crisis y los Primeros Auxilios Psicológicos</p> <p>Principios clínicos de Primeros Auxilios Psicológicos</p> <p>Componentes estratégicos de Primeros Auxilios Psicológicos</p> <p>Implicaciones éticas en el desempeño de la contención emocional</p>	<p>Realizar el entrenamiento en la técnica de intervención aplicada en una población vulnerable,</p>	<p>Entrenamiento en la técnica de Primeros Auxilios Psicológicos.</p> <p>Ejemplos de algunas intervenciones hechas por los talleristas.</p> <p>Representación de intervención por parte de los participantes.</p>	4 Hrs.	Computadora y proyector de imágenes

CONCLUSIONES

Cuando surge un desastre urbano, el impacto se da a varios niveles, van desde económicos, políticos, estructurales, pérdidas de vidas humanas, etc. entre estos también se encontramos el impacto emocional y psicológico, tanto como en las víctimas directas como en la población en general, tal como se ha sostenido a lo largo de esta investigación, la atención emocional es tan necesaria como para los afectados directos como a los indirectos.

Con base en la investigación y a la experiencia se puede suponer que la falta de atención a los afectados indirectos, se presenta por motivos diversos tales como que resulta complicado detectar a estas víctimas, puesto que el nexo causal, es decir, la relación entre los signos y síntomas que presenta la persona y el evento disruptivo, no se ha establecido, las personas le atribuyen su estado a otras cuestiones y muchas veces es así, este es otro de los motivos por el cual se dificulta considerar víctimas a estas personas, puesto que las reacciones pueden pasar desapercibidas puesto que se confunden con las emociones cotidianas, y aunque con este hecho podríamos suponer, que en tal caso no requerirían de ayuda, no siempre resulta de esta manera, ya que pueden desarrollar problemas posteriores sin siquiera encontrar relación, claro que no se está hablando de grueso de la población pero puede llegar a suscitarse.

De algún tiempo a la fecha, ha aumentado el interés y las investigaciones sobre las personas que atienden la emergencia de primera instancia, conocidos como equipo de primer contacto, tales como los bomberos, los paramédicos, rescatistas, etc., cuestión que es sumamente positiva para el avance de la intervención en crisis por motivos de desastres, favoreciendo la observación y registro de circunstancias que pasan otras de las clasificaciones de víctimas, ya que en muchas de la literatura y el trabajo en campo de intervención en crisis se da con las víctimas directas y sus familiares.

Lo anterior ha funcionado para que el panorama se amplíe, en cuanto a la investigación, y con este se plantea la necesidad de considerar las demás

clasificaciones. En este caso no ocupa aportar un grano de arena, en cuanto a las personas afectadas sin haber estado presentes ni que están relacionadas con las víctimas directas, es decir, las que se han mencionado incansablemente en este trabajo, las víctimas de quinto nivel. Sin embargo, se acepta que hay mucho que falta saber sobre estas personas, cuestiones que se tienen que clasificar, delimitar y especializar en el tema.

Con referente a estas víctimas y el como se enteran, es inevitable el plantearnos la cuestión de los medios masivos de comunicación, además de lo ya planteado dentro del capítulo dos, también hay que mencionar que en su mayoría la cobertura se centra en los afectados directos y sus familiares, descartando de *cierta manera* los otros niveles de afectados, y remarco de cierta manera puesto que es considerable que los encargados de dar las noticias están en busca de lo más impactante, de lo que les pueda aumentar la audiencia, aunque con ello, lancen un mensaje velado que solo las víctimas mencionadas en sus reportajes son las realmente afectadas y desacreditando las demás reacciones.

Otra cuestión a considerar son el contenido de las noticias, aunque no puede hacerse gran cosa al respecto, es digno de análisis, los detalles innecesarios e imágenes explícitas que despiertan en personas “vulnerables” las reacciones que se han descrito en el primer capítulo de esta investigación, convirtiéndolas en víctimas. Aunque también hay que reconocer que la población en general se ha volcado, cada vez más, al interés amarillista por los detalles, solo es necesario observar cualquier puesto de periódicos y revista, darse cuenta que cada vez resulta más atractivo para el consumidor de estos medios las fotos sangrientas y evidentes, pero bueno este fenómeno es otra cuestionamiento que resultaría interesante investigar, dejándolo solo como planteamiento sobre lo que nos concierne.

Para la atención de estas persona se propuso el entrenar a personas de la comunidad en Primeros Auxilios Psicológicos, durante el tercer capítulo se describen las diferencias entre Intervención en Crisis y los Primeros Auxilios Psicológicos, y en concreto son que La Intervención en Crisis se enfoca en la

atención a las personas que ha sufrido un impacto por algún evento traumático, es llevada a cabo por profesionales de la salud mental, más comúnmente por psicólogos entrenados en esta rama y los Primeros Auxilios Psicológicos es brindar contención emocional, mediante técnicas específicas, puede ser otorgada por cualquier persona que haya sido entrenada en esta técnica sin importar su formación académica.

Lo anterior nos hace plantearnos la cuestión ética; Los profesionales en general son regidos por normas para el desempeño de sus labores, y con el planteamiento de enseñar algunas personas que no cuentan con una formación académica y no sigan algún código ético que rijan su criterio de acción.

Aunque como parte de los Primeros Auxilios Psicológicos están contenidos parámetros de comportamiento al momento de la aplicación, deja algunas acciones a criterio del aplicador, por lo cual se puede reconocer esto mismo como una limitante. Siendo de suma importancia entrenar a las personas en las limitaciones de la técnica, también así, para que sepan determinar las necesidades del caso, la capacidad propia y de la técnica en si misma, con la finalidad de tomar decisiones adecuadas en cuanto a la canalización a profesiones.

El taller que se plantea en este trabajo, si es que se llegara a aplicar, tiene el inconveniente de la cantidad del personal calificado para aplicar este taller, pues tal como se ha construido, es necesario que los talleristas sean profesionales de la salud mental, especializados en la intervención en crisis y además experimentados en la atención a víctimas, esto con la finalidad de que cuenten con las herramientas y las habilidades para afianzar los conocimientos en los participantes, de tal manera que si no entran en acción después de vario tiempo del entrenamiento, aun puedan tener el conocimiento bien cimentado.

En esta cuestión se reconoce que las personas especializadas, tienen sus propias estrategias de atención y prioridades en esta. Y teniendo claro esta situación se sostiene la necesidad de atención para estas personas, como se ha dicho anteriormente, este trabajo es solo un grano de arena, sin embargo, se espera que ese grano en la arena acuse una diferencia, por lo menos un

antecedente.

El campo de aplicación del taller se planteó muy amplio dentro de la propuesta, no se limitó esta cuestión con la intención de contar con flexibilidad para su aplicación a cualquier sector poblacional. Claro que se tendría que adaptar dependiendo de quienes serían los participantes, estas adaptaciones no son consideradas, no se realizó ya que se considero innecesario, puesto como se menciona antes, el taller se recomienda que sea aplicado por expertos en el tema y ellos mismos puede modificar el taller de acuerdo a su criterio y conveniencia.

REFERENCIAS

Almaeida C. y Gómez M. (2005). **Las huellas de la violencia invisible**. Barcelona: Ariel.

Alonso F. (1986). **Psicología del terrorismo, la personalidad del terrorista y la patología de sus víctimas**. España: Ediciones científicas y técnicas, S. A.

Álvarez J. (2006). **Curso intervención en crisis**. (Disponible en la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, División de Educación Continua en la Coordinación de Servicios Institucionales).

Álvarez J. (2005). **Mecanismos y herramientas psicológicas para enfrentar una situación de crisis, manual del participante**. (Disponible en la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, en el cubículo de la brigada de intervención en crisis).

Álvarez J. (2008). **Taller Primeros Auxilios Psicológicos**. (Disponible en la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, en el cubículo de la brigada de intervención en crisis).

Álvarez J. y Cruz C. (2005). **Mecanismos y herramientas psicológicas para enfrentar una situación de desastre**. (Disponible en la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, en el cubículo de la brigada de intervención en crisis).

Álvarez J., Cruz C. y Kleizer G. (2007). **Curso-taller mecanismos y herramientas psicológicas para enfrentar una situación de crisis, manual del participante**. (Disponible en la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, en el cubículo de la brigada de intervención en crisis).

Álvarez J. et Al. (2006). **Brigada de Intervención en crisis**. Material visual de apoyo de la Brigada de Intervención en Crisis de Facultad de Psicología de la UNAM inédito.

Bellak y Small (1980). **Psicoterapia breve y de emergencia**. México: PAX (2ª 2004).

Benyakar M. y Lezica A. (2005). **Lo traumático, clínica y paradoja**. (Tomo 1). Argentina: Biblos.

Brambati J. (2006). **Síndrome General de Adaptación**. Tomado de la página electrónica:

<http://encolombia.com/medicina/materialdeconsulta/Suplemento31/Suplemento31Elsindrome.htm>, página consultada el día 12 de Septiembre de 2008.

.....

Buznego R. (2008). **Situaciones de emergencia. Primeros Auxilios Psicológicos**. Tomado de la página electrónica: <http://www.revistafusion.com/2003/noviembre/psico122.htm>, página consultada el día 20 de Julio de 2008.

Caballero M. (2008). **Tratamiento de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) con Desensibilización y Reprocesamiento por medio del Movimiento Ocular (EMDR)**. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Autónoma de México, México.

Camps S., Policastro C. y Vargas S. (2007). **La comunicación del desastre**. Tomado de la página electrónica:..... <http://www.sibilacamps.com/sobredesastres/unanecesidad.htm>, página consultada el día 03 de Junio de 2008.

Campuzano, M., Carillo J. A., Díaz I., Döring R. y Dupont M. A. (1987). Breve interludio teórico, los desastres naturales y sus repercusiones psicológicas. **Psicología par caso de desastre**. (pp. 45-60). México: PAX.

Cohen R. (1999). **Salud mental para víctimas de desastres, Manual para instructores**. México: Manual moderno.

Cohen R. (1999). **Psiquiatría y desastres**. Tomado de la página electrónica: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/psiquiatria%20y%20desastres.htm>, página consultada el día 05 de Mayo del 2008.

Cohen R., M. D y M. P. (2003). **Lecciones aprendidas en desastres catastróficos aplicados a la práctica clínica.** Tomado de la página electrónica:

<http://209.85.141.104/search?q=cache:ZEtWSTiOFIJ:raquelcohendisaster.com/Materials/clinical%2520app.ppt+lecciones+aprendidas+en+desastres+catastroficos+aplicados+a+la+pr%C3%A1ctica+cl%C3%ADnica&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=mx>, consultada el día 16 de Abril del 2008.

Cohen R. (2003). Bio-terrorismo, desastres y salud menta. **Revista de Psicotrauma para Iberoamérica**, 2, 38-43.

Corsi J. y Peyrú G. M. (2003). **Violencias sociales.** España: Ariel.

Domínguez B. (2005). **Psicología de las emergencias.** (Disponible en la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, en el cubículo de la brigada de intervención en crisis).

Echeburúa E. (2005). **Superar un trauma, el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos.** Madrid: Pirámide.

Egozcue M. (2005). **Primeros auxilios psicológicos.** México: PAIDÓS.

El periódico de México (2008). Gobierno intensifica guerra contra el narcotráfico. Tomado de la página electrónica: <http://www.elperiodicodemexico.com/nota.php?sec=Nacional-Seguridad&id=75905>, , consultada el día 01 de Octubre del 2008.

El universal (2008). **Se desata psicosis en Yucatán por decapitados.** Tomado de la página electrónica: http://www.vanguardia.com.mx/diario/noticia/seguridad/nacional/se_desata_sicosis_en_yucatan_por_decapitados/216307, consultada el día 01 de Octubre del 2008.

Foa E., Keane T. y Friedman M. (2003). **Tratamiento del estrés postraumático**. España: Ariel.

García M., Rojas M. y Vargas B. (2001). **Psicología clínica y de salud, perspectivas teóricas**. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

González I. y Caballero E. (2008). **Atentados en Morelia dejan siete muertos**. Tomado de la página electrónica: <http://www2.esmas.com/noticierostelevisa/mexico/012919/atentados-morelia-dejan-siete-muertos>, página consultada el día 18 de Septiembre del 2008.

Kotliarenco M. A., Cáceres I. y Fontecilla M. (2006). **Definición de resiliencia, el concepto de resiliencia**. Tomado de la página electrónica: <http://educaydesarrollo.blogspot.com/2006/12/definicion-de-resiliencia.html>, página consultada el día 20 de Junio de 2008.

La jornada (2008). **Hallan en Yucatán 12 decapitados; 11 de ellos muy cerca de Mérida**. Tomado de la página electrónica: <http://www.elperiodicodemexico.com/nota.php?sec=Nacional-Seguridad&id=190338>, página consultada el día 20 de Junio de 2008.

León G. (2008). **De enero a Mayo se han registrado 323 secuestros en México: PGR**. Tomado de la página electrónica: <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2008/08/09/de-enero-a-mayo-se-han-registrado-323-secuestros-en-mexico-pgr>, página consultada el día 10 de Julio del 2008.

Lorente F., Font S. y Villar E. (2005). La formación en primeros auxilios psicológicos y emergencias en el título de grado en psicología. **Revista de Enseñanza de la Psicología: Teoría y Experiencia**, 1, 26-38.

Losada P. (2004). **Función y perfil profesional del psicólogo como recurso humano en catástrofes**. Tomado de la página electrónica: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/perfil_psicologo_emergencia_y_desastres_paloma_losada_1.pdf, consultada el día 15 de Mayo del 2008.

Macias P. A. (2007). **Taller para interventores en crisis y/o personal de primer contacto para la atención en víctimas de un desastre.** Tesina de licenciatura inédita. Universidad Autónoma de México, México.

Mansilla E. (1993). **Desastres y sociedad.** Tomado de la página electrónica: Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina <http://www.desenredando.org>, página consultada el día 20 de Junio de 2008.

Manciaux M. (2001). **La resiliencia: resistir y rehacerse.** España: Gedisa.

Mauren I. (2005). **Intervención Psicológica en situaciones de crisis.** Tomado de la página electrónica: <http://www.apacp.org.br/art158.html>, página consultada el día 12 de Agosto del 2008.

Monsiváis C. (1999). **Notas sobre la violencia urbana.** Tomado de la página electrónica: <http://www.letraslibres.com/index.php?art=5795>, página consultada el día 30 de Mayo de 2008.

Olvera Y., Domínguez B. y Cruz A. (2002). **Inteligencia emocional, manual para profesionales en el ámbito industrial.** México: Plaza y Valdes.

Organización Panamericana de la Salud (2006). **Guía práctica de la salud mental en desastres.** Washington, D. C. : OPS.

Organización Panamericana de la Salud y la Organización mundial de la salud (2001). **Logística y gestión de suministros humanitarios en el sector salud.** Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Poseck B. V. (2004). **Resistir y rehacerse: una reconceptualización de la experiencia traumática desde la Psicología Positiva, Personalidad resistente, resiliencia y crecimiento postraumático.** España: Gedisa

Rodríguez L. (1988). **Victimología, estudio de la víctima.** México: Porrúa. (8a Ed. 2003).

Rojas E. (1998). **La ansiedad, como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones.** Temas de hoy: España.

Romera J. M. (2007). **El aprendizaje del dolor.** Tomado de la página electrónica:<http://www.hoy.es/20071231/sociedad/aprendizaje-dolor-20071231.html>, página consultada el día 10 de Junio del 2008.

Romero A. (2005). **Desastres Naturales y Estrés Post Traumático: Una propuesta de intervención a personal de ayuda humanitaria.** Tesis de licenciatura inédita. Universidad Autónoma de México, México.

Rosas N. (2004). **El trastorno por estrés postraumático. Una revisión de la bibliografía.** Tesis de licenciatura inédita. Universidad Autónoma de México, México.

Sanmartín J. (2000). **La violencia y sus claves.** Barcelona: Ariel. (3a Ed. 2001).

Savak R., Ponce A., Huertas M. A., Horikawa C., Tolosa P. D., Zukerfeld R. Z. y Zukerfeld R. (2007) **Desarrollo resiliente y redes vinculares.**

Slaikeu K. (1988). **Intervención en crisis.** México: Manual Moderno.

Universidad de Buenos Aires (año). **International Bioethical Information System, IBIS.** Programa de la Universidad de Buenos Aires para la ciencia y la tecnología. Inédito.

ANEXOS

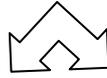
LAS EMOCIONES DE LOS DESASTRES

Existen principalmente dos tipos de desastres:

Desastres naturales



Las consecuencias de los fenómenos naturales.



Desastres socio-organizativos



Los relacionados con acciones humanas que voluntaria o involuntariamente causan daños.

Aunque los dos afectan, los socio organizativos son más comunes en las ciudades por eso llegan a ser más impactantes para la población.



¿Has notado que después de ver, oír o saber de algún secuestro, incendio, avionazo, o incidente violento, etc., te paso algo como esto?:

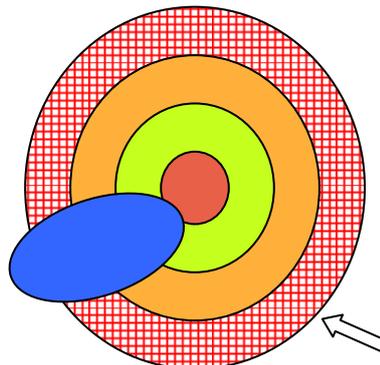
- Recuerdas repentinamente imágenes o sonidos de lo que te impacto
- Te sientes inquieto sin saber porque
- Te sientes triste constantemente
- Tienes dificultad para dormir

Si te pasa, puede que seas una victimas más de estos hechos

No solo las personas que fueron afectadas directamente son victimas, existen más, tal como ves aquí:

Clasificación de victimas de Cohen

- Primer nivel
Afectados directos
- Segundo nivel
Familiares de los dañados directos
- Tercer nivel
Personal de rescate
- Cuarto nivel
Periodistas
- Quinto nivel
Personas que sufren de enterarse



¡ ¡ ¡ NO TIENES QUE VIVIR ASI!!!

Te podemos ayudar, acércate con nosotros.