



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***PROPUESTA DE CAPACITACIÓN EN INTERVENCIÓN EN
PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS, PARA EL
PERSONAL QUE BRINDARÁ ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE
TERCER NIVEL***

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
LUZ MARÍA ESPINOZA ROMERO

DIRECTOR DE LA TESINA:
LIC. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ



Ciudad Universitaria, D.F.

Octubre, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Introducción

Capítulo I

- 1.1. Repercusiones psicológicas ante situaciones de desastres.
- 1.2. Reacciones psicológicas de las víctimas de primer grado
 - 1.2.2 Reacciones psicológicas en los familiares de víctimas (víctimas de segundo grado).
 - 1.2.3 Reacciones psicológicas de las víctimas de tercer grado ó (víctimas ocultas)
- 1.3 Secuelas psicológicas postdesastre.
- 1.4 Factores que influyen en las respuestas psicológicas de las víctimas

Capítulo II

- 2.1 Definición del termino desastre.
- 2.2 Clasificación de los eventos de desastres.
- 2.3 Desastres sanitarios
- 2.4 Desastres sociorganizativos
- 2.5 Desastres geológicos
- 2.6 Desastres meteorológicos

Capítulo III

- 3.2 Estrés
- 3.3 Estrés Agudo.
- 3.4 Trastorno de Estrés Post-traumático
- 3.5 Agentes que predisponen la aparición del TEPT
- 3.6 Burnout
- 3.7 Intervención en crisis, después de un evento traumático

Capítulo IV Propuesta

CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER

Conclusiones

Anexos

Dedicadoria

Primero que nada, a Dios por todas las cosas que he vivido, por lo que soy y la familia que tengo.

A mis padres

Que desde donde se encuentran me cuidan y no me sueltan de su mano. Gracias por lo que hicieron por mí, por haberme inculcado respeto y responsabilidad ante cualquier situación. Gracias por el amor que me dieron.

A mis hijos.

A ti mi Juan Erick que me apoyas en todo y me alientas a seguir adelante y mi Alan que con tus palabras me has animado hasta llegar a mi meta. Gracias por darme la oportunidad de ser su mamá, los amo, todo lo que hago es por ustedes que son mi motor, que son lo primero y lo más importante en mi vida.

A mi hermana

Raquel, gracias por todo, te quiero y te respeto pues has sido ejemplo de amor y superación en la vida, gracias por tu apoyo moral y tu respaldo económico, sabes que cuentas conmigo para lo que sea.

A ti

Por tu incomparable apoyo, cariño y paciencia

“Felicidad no es hacer lo que uno quiere sino querer lo que uno hace.”

Jean Paul Sartre

Agradecimientos

A mis maestros:

Jorge, Laura, Teresa, Marissa, Carindha, Margarita, Juan Manuel. Por apoyarme y encontrar en ellos verdaderos amigos

Al Dr. Franco por su comprensión, apoyo y aliento el cual agradezco.

Al Ing. Longoria por su ayuda incondicional, comprensión y respeto.

Al Dr. Luna por su comprensión y ayuda.

A mi hermana y tía:

Anita y Tia Antonia, por su apoyo moral

A mis suegros.

Que siempre me apoyan incondicionalmente

A mis amigos

Gracias por brindarme su amistad, por estar siempre a cada momento, por compartir un sueño, que está a punto de concluir; Paty, Elvia, Carindha, Laura, Ameli, Angel, Elena, Adrián.

A todas aquellas personas que no menciono y que me han brindado su amistad y apoyo incondicional. Gracias.

Introducción:

El inicio del estudio de los efectos de las emergencias y desastres naturales o inducidos por factores sociorganizativos, ha ido evolucionando desde comienzos del siglo pasado, en donde eran eminentemente descriptivos e individuales, hasta la llegada de los trabajos de corte sociológico y psicosocial. Recientemente se ha empezado a estudiar y analizar el manejo de las emergencias y desastres en forma sistemática, como la prevención, la mitigación, la preparación, la alerta, la respuesta, la rehabilitación y la reconstrucción.

En nuestro país es a partir del terremoto de 1985, en donde se solicitó a los profesionales de la Facultad de Psicología de la UNAM, dedicados a distintas áreas del comportamiento humano, su intervención para el manejo de trastornos emocionales, tanto en el campo de las emergencias como en el de los desastres. Sus investigaciones han brindado respuestas, propuesto modelos, establecido programas, formando recursos humanos e instalando la Red Nacional de Psicología con el fin de dar ayuda a las víctimas de emergencia y desastre.

Leticia Marín fue pionera en México, investigando con el personal que se formó en el temblor del 1985, la Brigada de Rescate llamada "Topos de Tlaltelolco", formada por 21 personas cuyo objetivo era rescatar a las víctimas de la catástrofe. El estudio contemplaba señalar las características del pensamiento racional e irracional presentes en Rescatistas Voluntarios (RV) en el momento del desastre.

A partir de entonces, se han elaborado otras investigaciones en la que se puede visualizar la importancia que tienen las víctimas. Como concepto, está el postulado de clasificación de las víctimas sostenido por Taylor y Frazer (1981-1987) en donde clasifica a las víctimas como:

1. Víctimas de primer grado, son las personas que sufren el impacto directo de las emergencias o desastres con pérdidas materiales o daño físico.
2. Víctimas de segundo grado, son los familiares o amigos de las anteriores.
3. Víctimas de tercer grado (víctimas ocultas), constituidas por los integrantes de los equipos de primera respuesta.
4. Víctimas de cuarto grado, la comunidad se ve afectada en su conjunto
5. Víctimas de quinto grado las personas que se enteran de los sucesos por medio de los medios de comunicación.
6. Víctimas de sexto grado, aquellas que no se encontraban en el lugar de los acontecimientos por diferentes motivos.

El presente trabajo está dirigido a las víctimas de tercer nivel o "víctimas ocultas" (bomberos, paramédicos, brigadistas, técnico de urgencias médicas (TUM), técnico de emergencias médicas (TEM), médicos, psicólogos, policías, personal de protección civil, voluntarios y otros), ya que estos al tener el primer contacto con la víctima, se encuentran expuestos a situaciones inusuales de estrés.

Los sujetos anteriormente mencionados, por la naturaleza de su trabajo, pueden enfrentar experiencias de muerte al ver muy de cerca el sufrimiento humano. Estas condiciones, propias del trabajo del personal que da respuesta como primera instancia, pueden producir una serie de reacciones físicas, emocionales, conductuales y cognitivas que potencialmente pueden interferir en las habilidades para actuar en el lugar de las operaciones en forma inmediata, así como en el posterior retorno a la rutina laboral y familiar, o experimentar síntomas que se reflejan en una interacción negativa con el lugar de trabajo, el equipo y las víctimas a las cuales tiene que atender

Capítulo I

1.1. Repercusiones psicológicas ante situaciones de desastres.

Los individuos responden de diferentes maneras e intensidades ante situaciones de desastre, de acuerdo a diversos factores como la personalidad, edad, sexo, posición socioeconómica, etc.

Este trabajo se enfoca a las reacciones de los sujetos de tercer grado ó “víctimas ocultas” por ser ellos el primer contacto con las víctimas. Los estímulos estresantes originados durante los desastres, en muchas ocasiones llegan a representar un acontecimiento traumático en la vida de los sujetos afectados, este estrés puede traducirse en desequilibrio psicológico y evidente crisis, amenazando su integridad psicosocial y su entorno.

1.2. Reacciones psicológicas de las víctimas de primer grado

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) publicó en 1972 el manual de “*Primeros Auxilios Psicológicos*”, en donde describen las reacciones individuales esperadas en situaciones de desastre:

- a) *Las reacciones normales*, que pueden ser: temor, inquietud, sudoración, sorpresa y estupor inicial.
- b) *Las reacciones reactivas*, que se caracterizan por ráfagas de actividades sin sentido, como el habla acelerada y las bromas inapropiadas.
- c) *Las reacciones paralizantes*, que se observan en sujetos que se quedan paralizados y son incapaces de ayudar, tienen la mirada perdida, no responden a llamadas verbales y son muy dóciles y vulnerables.
- d) *Las reacciones somáticas*, que se presentan como náuseas, mirada borrosa, incontinencia urinaria, diarreas, hipertensión, taquicardias y dolores en el pecho.
- e) Y por último, el *pánico individual*, se caracteriza por carreras alocadas, llantos incontrolados, gritos y ceguera psicológica (incapacidad para evaluar cognitivamente el peligro) en ocasiones provoca que las personas se lancen de los pisos o que corran directamente hacia el lugar de peligro.

Erickson (1976) nos habla de cuatro fases psicológicas que suceden después del impacto de un desastre:

- 1) En la primera, *fase heroica*, las personas desarrollan actitudes heroicas para salvar la vida y la propiedad, se da un aumento del altruismo y la solidaridad.

- 2) En la segunda fase, llamada *luna de miel*, que puede extenderse hasta seis meses después de ocurrido el desastre, hay un fuerte sentimiento de solidaridad y las víctimas presentan buenas expectativas con respecto a las ayudas que les prometen las autoridades.
- 3) La tercera fase, es *El período de desilusión* que llega a extenderse entre dos meses y dos años, las víctimas perciben que no van a recibir ayuda o consideran que la ayuda que reciben es insuficiente. En esta fase aparecen sentimientos de frustración, fracaso, rabia y enfado. Esta fase es también llamada el "*segundo desastre*", haciendo referencia a las consecuencias de tipo emocional que se derivan de la desorganización social de una comunidad destruida.
- 4) En la cuarta fase, *en el período de reconstrucción* los sujetos y las comunidades asumen la responsabilidad de solucionar sus necesidades básicas de vivienda, educación, empleo y salud. Entonces, se percibe una sensación de extrañeza ante la pérdida de un sistema familiar, la alteración del entorno físico, la modificación de sus expectativas o el cambio de estas estructuras. Los sujetos sienten temor y tienen intensas pesadillas nocturnas.

Por otro lado, Cohen (1999) señala que de las primeras reacciones que presentan las personas ante una situación en la cual se ha visto amenazada su vida, o la de un ser querido, suelen ser la negación o sensación de irrealidad. La negación actúa como mecanismo de defensa ante la angustia, el dolor y el daño psicológico, así mismo, presentan lo que el autor denomina "*ilusión de posición central*". Esta ilusión es una creencia que tienen las víctimas de considerar que son los únicos afectados del desastre y de que les ha pasado lo más grave.

Así mismo, The National Center for Post Traumatic Stress Disorder (NCPST) desarrolló una lista de las reacciones normales que pueden presentar las víctimas ante situaciones de desastre, que se mencionan a continuación:

- *Reacciones emocionales*: shock, miedo, dolor, enfado, resentimiento, vergüenza, culpa, indefensión, desesperanza, desgaste emocional, sensación de vacío, desinterés, placer o afecto.
- *Reacciones cognitivas*: confusión, desorientación, indecisión, preocupación, disminución de la atención, problemas de concentración, pérdidas de memoria, recuerdos intrusivos y autoculpabilización.
- *Reacciones físicas*: aparecen síntomas propios del estrés agudo, como respiración irregular, aumento de la presión sanguínea, aumento del latido cardíaco, náusea, diarrea, sudor frío, dolor de cabeza, disminución del campo visual, hormigueo en algunas partes del cuerpo, dolor muscular, fatiga y vértigo. También aparece tensión, insomnio u otros problemas de sueño, sobresalto y cambios en los hábitos de alimentación.

- *Reacciones conductuales* e interpersonales: cambio en el modo de relacionarse con la pareja, amigos, en el trabajo, desconfianza, conflictos con su entorno, irritabilidad, distanciamiento, sentimientos de rechazo, volverse sobrecontrolador o hipercrítico.

Por otro lado Rapahel (1986) reporta que algunas víctimas de primer grado sienten entumecimiento, irrealidad y miedo; el sujeto se encuentra aturdido intentando darle una explicación a lo que ha pasado, cuando han sobrevivido a la amenaza sienten una sensación de alivio, de haber luchado contra la muerte y sienten euforia por estar vivos.

Sin embargo, Martín (1999) menciona que algunos sujetos desarrollan sentimientos de culpa por haber sobrevivido mientras otras personas han muerto o por haber salvado su vida a costa de otras personas, denomina a este pensamiento como "*culpa del superviviente*" que se caracteriza porque el sujeto se cuestiona porqué ha sobrevivido mientras otros no.

Algunos autores han descrito síndromes que es posible observar en algunas víctimas de desastre como el "*síndrome del superviviente*". Lifton y Olson (1976) observaron 5 categorías:

- 1) Impresión y ansiedad dirigida hacia la muerte,
- 2) Culpa por la muerte de otros y búsqueda de culpables,
- 3) Agotamiento emocional, sentimiento de degradación y desensibilización a la experiencia,
- 4) Deterioro de las relaciones sociales y,
- 5) Lucha interna por encontrar un significado al desastre (racional, religiosa, metafísica)

Eitinger y Askevold (1968) realizaron un estudio entre los supervivientes del campo de concentración de Norweigan en la segunda Guerra Mundial; en él describieron el "*síndrome de los campos de concentración*" que se caracteriza por un patrón de ansiedad crónica, depresión, aislamiento social, problemas del sueño, problemas somáticos, fatiga, labilidad emocional, pérdida de iniciativa y desadaptación personal y social. Estos autores encontraron que el 83% de los 227 supervivientes en este campo de concentración desarrollaron este síndrome.

1.2.2 Reacciones psicológicas en los familiares de víctimas (víctimas de segundo grado).

Los familiares de las víctimas son un grupo de personas que sufre un gran impacto en el momento de conocer la noticia de la tragedia. El número de personas que acuden inmediatamente al lugar de los hechos es considerable: En ellos se genera una carga emocional importante al conocer la noticia de un familiar o amigo muerto ó al localizar un desaparecido.

El proceso reactivo de dolor está frecuentemente bloqueado en las primeras horas o días, ya que las emociones de los familiares están exhaustas y usualmente son seguidas por ansiedad.

En el momento de conocer la muerte de su ser querido, surge en ellos el deseo de que el familiar vuelva, y no esté muerto, o que se encuentre en otro lugar, que alguien lo haya salvado o que todavía se encuentre en las ruinas del desastre y pueda aparecer. Con este afán y la incertidumbre que provoca no saber qué hacer, llegan a tener malestar físico, dificultades de respiración, palpitaciones y problemas estomacales.

El enojo es una reacción común de los familiares, se sienten abandonados por la persona muerta: Aunque saben que el abandono no fue intencional, sienten preocupación y es posible que surjan en ellos imágenes de la persona muerta, salen a buscarla a sitios que frecuentaban, desean su presencia y que retorne a su lado y cuando no regresa, la esperanza muere y es posible que el dolor de la ausencia se intensifique.

Es también frecuente la culpa, y está no sólo relacionada con el tema de supervivencia, sino más bien con otros hechos como sentimientos de culpabilidad por haber deseado alguna vez la muerte de la persona, los momentos en que se sintió odio, enojo, rencor y coraje contra ese ser querido.

Vera (2000) clasifica las reacciones observadas en este tipo de víctimas en dos fases

1. Fase de shock caracterizada por:

- Reacciones emocionales: tristeza, rabia, llanto, incredulidad y negación.
- Reacciones cognitivas: desajuste emocional y deterioro en la capacidad de concentración y memoria, afectando a la capacidad de toma de decisiones.
- Reacciones fisiológicas: aumento del ritmo cardiaco, ritmo respiratorio, dilatación de pupilas, sudoración en las manos y opresión torácica.
- Reacciones conductuales: motoras extremas de hiperactividad (movimiento continuo desplazándose de un lugar a otro, sin parar de hablar, con tics,) ó bien hipoactividad (personas que reaccionan quedándose inmóviles, estáticas paralizadas).

2. Fase de reacción:

Reacciones emocionales: odio, enfado, con sentimientos de culpa y en su mayoría irracionales

Reacciones cognitivas: visión negativa del mundo, pérdida de confianza en uno mismo, baja autoestima y baja percepción de la eficacia en uno mismo, se aumenta la desconfianza.

Reacciones conductuales: evasión (las personas se aíslan, evitando hablar de lo sucedido y de su familiar).

Reacciones fisiológicas: cefalea, insomnio, vómitos, diarreas y pérdidas del apetito.

Por otro lado Raphael (1986) diferencia las pérdidas que pueden sufrir las víctimas y sus reacciones a ellas.

1) Pérdidas materiales:

Son pérdidas que llegan a ser más frecuentes en los desastres naturales donde es posible que el impacto destruya los bienes materiales (casa, objetos de valor material y sentimental, autos, recuerdos, etc). Cuando se han destruido las casas puede ocurrir que la pérdida lleva a un trauma, pues significaría la destrucción de símbolos sociales (fotos, certificados, pasaportes, etc).

Cuando se pierde la propiedad de la tierra en comunidades campesinas que suponen su medio de subsistencia, su estatus social y la pérdida de la propia identidad de sus pobladores, llega a provocar problemas de desarraigo cultural.

2) Pérdida de seres queridos: Se ubican en diferentes patrones

a) Cuando los familiares no se encuentren en el lugar de desastre, porque existe un periodo de espera e incertidumbre hasta que la muerte sea confirmada, hay un intenso sentimiento de miedo y una ligera esperanza de que no esté muerto el familiar y la incertidumbre puede llevar a momentos de crisis. Si se ha confirmado la muerte del familiar es posible que lleve a cabo procesos en donde desarrolla dudas referentes a su muerte

b) Si los familiares vivían en la zona o cerca de donde ocurrió el suceso pero ellos no sufrieron nada porque no se encontraban cerca, cuando se enteran del suceso, comienzan a localizar a familiares, llaman a la policía, hospitales, a cualquier lugar donde piensen que les pueden ayudar. En el momento en que saben de su muerte, algunos familiares empiezan su proceso de duelo.

c) Si los familiares están implicados y existe un ser cercano que ha muerto, los familiares acudirán frenéticamente tras su búsqueda con esperanzas, rezos y miedo. En el tiempo que dura el período se llega a sufrir de estrés muy intenso. Y si no han actuado es posible que se enojen consigo mismos verbalizando sentimientos de culpa y enfatizando su impotencia.

1.2.3 Reacciones psicológicas de las víctimas de tercer grado ó (víctimas ocultas)

Kliman (1976) llama a las víctimas de tercer nivel “las víctimas ocultas de los desastres”, están conformadas por el personal que mantiene trato directo con la tragedia durante todo el tiempo que dura el desastre. Por este contacto, se tiene

una perspectiva de las víctimas en “estados dantescos” de cuerpos mutilados, quemados, desmembrados, pueden convertirse en víctimas potenciales.

Su trabajo les hace vulnerables a padecer trastornos psicológicos como cambios de personalidad, depresión o síndrome de estrés postraumático. Estos sujetos, por su trabajo, son vislumbrados por la población como personas que saben lo que tienen que hacer, controlan sus emociones, no tienen miedo, valientes, arriesgadas, fuertes, audaces y más.

Existen factores que tal vez contribuyan a originar estrés en este tipo de víctima. En este sentido podemos hablar de tres fuentes de estrés:

1. Estrésores provocados por el suceso:

- ❖ Tipo de suceso y duración: los desastres tecnológicos o antrópicos son más estresantes para las víctimas de primer grado y del personal oculto que los desastres naturales. Posiblemente sea debido a que son percibidos como una pérdida de control humano y se podían, en la mayoría de los casos, haber evitado. La duración del suceso también es un factor que genera estrés en las víctimas.
- ❖ Lugar donde se encuentra el desastre: en ocasiones los desastres causados por fenómenos naturales se encuentran con escenarios dantescos (barro, lodo, casas destruidas y la visión de los cadáveres), causa mayor impacto la visión de cuerpos de bebés y niños que pues son especialmente traumáticos para estas víctimas.
- ❖ Sonidos y olores: en los escenarios de su trabajo este tipo de trabajadores se expone a sonidos móviles de las víctimas, gritos, llanto, lamentos, exclamaciones, lo mismo que los olores que producen las víctimas, en ocasiones llegan a ser muy desagradables y queda en ellos una importante huella emocional.

Cuando surge un desastre y muere un compañero/a en la intervención, en el resto del grupo se provoca un impacto emocional debido a la cercanía emocional que se tuvo con él/ella.

La muerte de una víctima, tras un rescate que demandó un esfuerzo mayor, suele generar sentimiento de culpa de parte de estos trabajadores, quienes se sienten responsables de la muerte y pueden creer que podían haber hecho algo más de lo que hicieron en el rescate. Con el dolor y sufrimiento de las víctimas de primer grado, además de enfrentarse a localidades destrozadas, las víctimas de tercer nivel generan altos niveles de ansiedad y estrés.

Para los trabajadores ocultos, es igualmente estresante escuchar los testimonios traumáticos de otras víctimas. En algunas ocasiones durante el rescate es posible que en el trabajador surjan recuerdos de experiencias traumáticas previas de su historia personal, las cuales reviven en ese momento y causan trastornos psicológicos que tal vez no pudiesen afrontar.

2. Estresores ocupacionales: estos estresores nos hablan de los aspectos relacionados directamente con su trabajo.

- a) Presión de tiempo: En el caso de este estresor se requiere intervenir rápida y eficazmente, especialmente en las primeras horas del suceso cuando la vida de las víctimas puede estar en juego, por lo que los trabajadores tienen que atender varias tareas a la vez mientras que el tiempo influye de sobremanera.
- b) Exceso de carga mental y emocional. Para este tipo de trabajo se requiere tener buen juicio, tener claras las ideas, marcar prioridades y saber tomar la decisión apropiada en situaciones caóticas bajo el influjo de emociones intensas como de impotencia, enfado, coraje, rabia y miedo entre otros. Así mismo, los brigadistas deben observar y mantener sus emociones bajo control para poder funcionar adecuadamente.
- c) El conflicto, la ambigüedad y el cargo: El conflicto del rol se llega a presentar cuando el brigadista tiene que decidir entre su responsabilidad familiar y su participación en una emergencia, cuando los integrantes de un mismo equipo hacen frente a dos roles distintos, afectando la comunicación personal. La ambigüedad del rol se origina cuando no existen claras las tareas y se realizan trabajos de los cuales no se ha tenido ningún tipo de preparación.
- d) No poder cubrir sus necesidades básicas: En algunas ocasiones cuando el suceso dura más de lo esperado, surge el problema de alimentación, higiene sanitaria y alojamiento por lo que este personal tiene la necesidad de improvisar para poder cubrir sus necesidades básicas.

Así mismo Raphael (1986) en sus investigaciones concluyó que los trabajadores que se encuentran preparados y conocen con anterioridad las tareas a realizar en el desastre, fueron menos vulnerables a sufrir estrés o lo sufrieron en menor grado. Esa decir, se puede sufrir estrés por tener que tomar demasiadas decisiones dando como resultado, en ocasiones, la pérdida de vidas humanas.

- e) Los Dilemas éticos. Martín (1999) especifica algunos dilemas éticos a los que se llegan a encontrar sometidos los voluntarios y que les provoca estrés y ante los cuales se puede suscitar una responsabilidad moral y culpa por:
 - 1) Convertirse en cómplices de atrocidades.
 - 2) Tomar decisiones por lucro.
 - 3) Tomar decisiones importantes en condiciones de escasez.
 - 4) Decidir que víctimas serán beneficiadas y quienes no, a quien destinar la ayuda
 - 5) En su momento, a quien deben salvar y a quién no.

3. El estresor ambiental. Este tipo de estresor se refiere a las condiciones ambientales (entorno como el manejo de sustancias toxicas, el humo, fuego), las meteorológicas (como el frío, lluvia, calor, nieve) y posibles replicas del suceso.

La combinación de todos estos estresores permite que los trabajadores o “víctimas ocultas” que intervienen en la atención de víctimas de un desastre queden vulnerables al “síndrome del agotamiento”. Cohen (1999) describe este síndrome como “un estado de desgaste”, irritabilidad y fatiga, que va avanzando en la persona de manera encubierta e imperceptible, y disminuye de manera notable la eficacia y la capacidad del trabajador”.

Los síntomas de este síndrome se manifiestan en cuatro dimensiones principales:

- a. Dimensión cognitiva: confusión mental, lentitud de pensamientos, incapacidad para emitir juicios y tomar decisiones, pérdida de la objetividad al evaluar el propio funcionamiento, etc.
- b. Dimensión psicológica: depresión, irritabilidad, ansiedad, agitación, reacciones de cólera excesiva entre otros.
- c. Dimensión somática: agotamiento físico, pérdida de energía, dificultades digestivas, trastornos de alimentación, hipocondría, trastornos del sueño, temblores, etc.
- d. Dimensión conductual: hiperactividad, fatiga excesiva e incapacidad de expresarse verbalmente o por escrito.

En su momento los autores González, Miguel-Tobakl, Cano e Iruarrizaga (2004) realizaron un trabajo en España donde analizan las reacciones psicológicas de los profesionales que intervinieron en un desastre. En este trabajo, los datos fueron recabados entre la primera y segunda semana del suceso terrorista de Madrid. La realizaron con una muestra de 165 personas

El resultado de este estudio indica que la emoción mas experimentada por el personal de primera respuesta siendo una sensación de terror/horror, acompañado de sensación de miedo y distorsión del tiempo. Así mismo, los autores mencionan que el 13.94% del personal de emergencias experimentó síntomas que cumplían los criterios diagnósticos de ataque de pánico.

Por lo que respecta a la sintomatología de estrés postraumático, encontraron que el 45.5% presentó dificultades para conciliar el sueño, 42.7% presentó recuerdo de sucesos desagradable y el 31.1% manifestó pérdida de interés en diversas actividades.

En referencia a la sintomatología depresiva encontraron que el 58.2% presentaba un estado de ánimo depresivo, 55.2% insomnio, 53.9% fatiga o pérdida de energía, 53.3% desinterés por las cosas mientras que el 50.9% sufrieron cambios en su peso corporal.

Por último, en este estudio observaron que se produjo un aumento del consumo de alcohol (1.9%) y de tabaco (10.9%); del mismo modo, el 15.2% informaron estar enfermos después del suceso.

1.3 Secuelas psicológicas postdesastre.

Los descubrimientos de Helzer, Robins y McEvoy, L. (1987) hallaron que la mayoría de las personas impactadas por desastres no sufrirán respuestas patológicas a largo plazo.

Por otro lado, las secuelas psicológicas son las reacciones que se mantienen en el tiempo, y que ayudan a que la persona no pueda funcionar adecuadamente en los diferentes aspectos de su vida cotidiana a consecuencia de la frecuencia e intensidad de los síntomas que pueda presentar.

Los estudios sobre desastres (naturales y causados por los humanos), Martín (1999) y Hodgkinson y Stewart (1991) nos dicen que durante el primer año, el 45% de la población afectada mostrará sintomatología (TEP Trastorno de Estrés Postraumático, ansiedad y depresión). Durante el segundo año, esta media baja de un 20 a 40% y el 60% de las víctimas no presentarán alteraciones graves después de dos años.

Cobo y Aso (1997) desarrollaron un estudio descriptivo a través de entrevistas personales y autovaloración con heridos y familiares directos, como resultado surgieron algunas ideas sobre las consecuencias psicológicas derivadas del desastre. Elaboraron análisis cuantitativos obteniendo las siguientes conclusiones:

- a) Observaron que existía un conjunto de personas afectadas que han formado un grupo terapéutico de trabajo periódico, considerando ese soporte como esencial en su “respuesta” a la sociedad en la búsqueda de tratamientos, coordinación en el procedimiento judicial abierto, etc. Así como el surgimiento del grupo como una respuesta terapéutica básica.
- b) Las víctimas señalaron tener un sentimiento de soledad, se sintieron abandonadas y sin tener a nadie a quien acudir, y que consideran que con el paso del tiempo se olvidaron de ellas y nadie les escucha sin encontrar el reconocimiento que esperaban. Todavía siguen en la búsqueda incesante de responsables o culpables. Tienen la creencia de que la sociedad no ha asumido su responsabilidad. Se encuentran en la llamada “fase de desilusión”, sin el apoyo, y a sabiendas del incumplimiento de promesas que se dijeron inmediatamente después del desastre y que han sido olvidadas a través del paso del tiempo.
- c) El grupo de familiares de este estudio desarrollaron aversión intensa hacia el lugar así como respuestas de gran inestabilidad emocional.

- d) Al contrario de aquellos familiares o allegados a las víctimas que estuvieron en la zona, e incluso las propias víctimas supervivientes, sintieron gratitud hacia las personas, profesionales y voluntarios que les atendieron.
- e) El dolor que experimentan sigue siendo muy intenso, existen sentimientos de culpa por haber sobrevivido mientras otros no.
- f) El punto más destacado es que ha habido una grave alteración en las familias y con los amigos de los que forman parte. La estructura familiar se ha desadaptado en muchas ocasiones sin poder asumir la reorganización de la misma al faltar uno o algunos miembros.
- g) En las víctimas de tercer nivel ó profesionales voluntarios se desarrolló un recuerdo emocional con recuerdos vivenciales intensos de los hechos en donde ha sido necesario tratamiento psicológico.

Hernan (1999) señala que los trastornos mentales que se observan con mayor frecuencia en la población que ha sufrido el impacto de un desastre son:

1) Trastorno de estrés postraumático (TEP): En el DSM-IV-R (Asociación Psiquiátrica Americana, APA, 2000) este trastorno aparece cuando la persona ha sido testigo o ha sufrido una agresión física o amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona.

Se observan tres aspectos fundamentales:

El primero es la reexperimentación de los hechos en forma de sueños y recuerdos desagradables. La persona tiende a recordar repetidamente la experiencia traumática (en forma de imágenes intrusivas o flashback) y tiende a revivirla cuando algo externo se la recuerda; por eso mismo Martin (1999) señala que estos síntomas son los que se mantienen durante más tiempo.

El segundo es la evitación de los estímulos asociados con el trauma.

El tercero se refiere a los síntomas de hiperactivación (dificultad para dormir, irritabilidad, dificultades de concentración, hipervigilancia y respuesta de alarma exagerada).

El APA (2000) menciona que la mayoría de las víctimas pueden emplear sus propios recursos y los que les ofrecen los demás; sin embargo, un porcentaje menor necesitará un tratamiento especializado sí se le diagnostica un Trastorno de Estrés Postraumático (TEP).

Por otro lado podemos mencionar a Fouce y Sánchez (2002) quien señala que no siempre los eventos traumáticos llevan a consecuencias negativas (desarrollo de cuadros clínicos), sino que es posible que concluyan en una situación de relativa normalidad e incluso llevar una situación de crecimiento personal (afrentamiento positivo).

En este sentido Rubin y Bloch (1998) han introducido el concepto de “Fenómeno Fénix” para explicar el fortalecimiento o crecimiento de la persona a partir de una crisis.

Después de que la fuerza destructiva de un suceso ha impactado en una comunidad, se pueden dar una serie de circunstancias que generen o aumenten el malestar psicológico de las víctimas y en ocasiones se genera por la desorganización de las autoridades incompetentes como factor principal del malestar en las víctimas. Entre algunas circunstancias se mencionan:

- Imposibilitan tener un recogimiento familiar, generado por la falla en la organización de las capillas ardientes, con la distribución de los féretros de forma que se garantice la privacidad e intimidad, necesaria para estos casos, tratando de evitar el contagio emocional y protegiendo a los afectados de manifestaciones de dolor ajenas a ellas.
- Evitar los desvanecimientos y las crisis de ansiedad empeoradas por la condensación ambiental, al disponer de espacio donde se reúna a los familiares y se les informe sobre los distintos aspectos relacionados con el evento.
- Falta de atención a los aspectos legales (certificados de defunción, acta de traslado del cadáver, identidad de las víctimas) o la solicitud de familiares para la identificación de los objetos personales.
- Los medios de comunicación: en ocasiones fracturan la comunicación veraz, los periodistas y algunos medios de comunicación suelen llegar a provocar mayor ansiedad entre las víctimas por sus intentos de grabar la situación.

Estos aspectos explican el porqué las víctimas de una comunidad, ante un mismo suceso, afrontan de distinta forma la situación de crisis que están viviendo.

1.4 Factores que influyen en las respuestas psicológicas de las víctimas

Se observa una gran variabilidad en cuanto al comportamiento y reacciones que experimentan las víctimas de los desastres; Sin embargo, se deben de tomar en cuenta los factores que influyen en la respuesta de las mismas.

Garaventa (1989) agrupa algunas variables en factores relacionados con la persona y factores relacionados con el evento.

Factores relacionados con la persona y su medio ambiente.

- La edad y fase del desarrollo: La edad y la fase de desarrollo pueden ser un factor de riesgo especialmente si hablamos de los niños y las personas mayores. En el caso de los niños, los más pequeños tal vez no comprendan la situación así como dificultad para expresar sus emociones debido a la falta de habilidades verbales. En el caso de las personas mayores, el

impedimento físico o psíquico les entorpece el pedir ayuda o recurrir algún lugar para que se la proporcionen.

- Disfrutar de salud: Una enfermedad puede impedir acudir al médico: También es importante que cuenten con los medicamentos que estén tomando.
- Estrés preexistente: a lo largo de la historia de los sujetos se suele vivir situación de crisis por alguna causa (divorcio, cambio de trabajo, problemas familiares). Estas situaciones incrementan el riesgo del impacto psicológico debido al estrés acumulado.
- Psicopatología preexistente: alguna víctima sufre de trastornos psicológicos previos mostrando una sintomatología más intensa y un difícil reajuste a la nueva situación.
- Ayuda social. La inexistente ayuda social, deja a la persona desamparada y sin medios para poder subsistir. Brewim, Andrews y Valentine (2000) encontraron en sus investigaciones que los eventos vitales adversos y la falta de apoyo social posterior al trauma dan como resultado el desarrollo del TEP.
- Estado de los familiares. Los investigadores han señalado cómo las víctimas que se encuentran unidas en el impacto del desastre generan menos niveles de estrés que aquellas familias que permanecen separadas.
- Etnia y Cultura: la falta de comunicación puede impedir a las víctimas acudir a los servicios de ayuda, las diferencias culturales pueden generar una barrera a la comunicación entre las víctimas y las personas que podrían acudir en su ayuda, así como también ciertas culturas suelen estar preparadas a los desastres más que otras.
- Apreciación del evento. La forma en que las víctimas perciben el evento y la manera en que lo enfrentan influye en sus reacciones psicológicas y sus consecuencias.

Factores relacionados con el suceso:

Los sucesos suscitan situaciones altamente estresantes para los sujetos que lo viven. Los autores Hartsough y Myers (1985) y Mitchell (1983) nos mencionan ciertos factores que pudiesen originar ansiedad y como consecuencia tardaría más la recuperación de las víctimas:

- Sin previo aviso del suceso: un desastre que actúa sin advertencia produce el mayor impacto psicológico.
- La diferencia de su hábitat: un cambio repentino de su contorno hace difícil su adaptación y la comprensión de la realidad (la visión en ocasiones dantesca en un día en donde se festeje una fecha especial), modificando todo lo que le rodea.

- El tipo de desastre: ante los desastres tecnológicos las víctimas de estos se encuentran enojadas, con rabia, impotencia, porque piensan que este tipo de suceso se podría haber evitado o prevenido, y ven distintos los desastres naturales los cuales perciben de una manera muy diferente.
- La naturaleza del agente destructivo: cuando un suceso es consecutivo como el río que se inunda una o dos veces al año en temporada de lluvias, las víctimas reconocen claramente la causa y llega a tener menos impacto psicológico que si el agente destructor no se puede percibir y en algunas ocasiones sus efectos son desconocidos.
- En el momento que aparece: los desastres que ocurren durante la noche llegan a tener mayor impacto psicológico que aquellos que ocurren a plena luz del día.
- Alcance del suceso: cuando el suceso ha sido impactante y existen pérdidas humanas y materiales, se encuentra mayor daño psicológico.
- Pérdidas personales o daños: el grado de pérdidas que han sufrido la víctima es un indicador fundamental para la recuperación y la adaptación posterior del suceso.

Capítulo II

2.1 Definición del termino desastre.

A lo largo del tiempo han ido ocurriendo diferentes sucesos que han afectado de forma negativa los lugares en los que se ha producido. Estos eventos han provocado graves daños, tanto víctimas humanas como pérdidas materiales. A estos sucesos se les ha denominado de formas diferentes: catástrofes, desastres, crisis, etc., y han sido utilizados como sinónimos o distinguiendo su uso según los autores y directriz desde donde trabaja, ya sea desde las ciencias sociales, por estudios cuantitativos o dependiendo de los estudios cualitativos así como de la magnitud de lo ocurrido.

En el presente capítulo se tratara de definir el concepto de desastre desde varias perspectivas, a través de diferentes ideas presentadas en las definiciones de los diferentes autores.

Desde una perspectiva psicosocial, los desastres constituyen la fuente primordial de estrés para los individuos, la sociedad y sus comunidades, ya que pueden representar una amenaza para la vida. Así mismo, los desastres son generadores de la destrucción de estructuras sociales. Es por ello importante comprender lo que son los desastres con la finalidad de entenderlos y afrontarlos lo mejor posible.

Aptekar (1994) basa su definición en la diferenciación de la terminología sobre los accidentes, desastres y catástrofes, apoyándose en criterios cuantitativos.

- a. Accidente: Se aplica a situaciones en las que mueren menos de un millar de personas.
- b. Desastre: Se usa cuando la cifra de fallecidos/as víctimas en peligro inminente de muerte se calcula entre mil y un millón.
- c. Catástrofe: Para cualquier cantidad de víctimas superior a un millón.

Definir un desastre tomando solo en cuenta el criterio cuantitativo presenta varios inconvenientes, los daños solo pueden ser evaluados al final de evento y no de manera inmediata.

Por eso San Juan (2001), desde las Ciencias Sociales, señala la necesidad de utilizar criterios más cualitativos (capacidad de respuesta del organismo, grado de destrucción en las estructuras sociales en la sociedad ó comunidades, consecuencias psicológicas de las víctimas, vulnerabilidad de la sociedad) y así entender y distinguir claramente estos conceptos.

Dentro de las Ciencias Sociales, Britton (1986) menciona que los desastres, emergencias y accidentes se pueden considerar globalmente como periodos de

crisis sociales generadores de estrés colectivo. La diferencia entre cada uno de estos conceptos lo sitúa en tres rubros:

- 1) El número de víctimas involucradas.
- 2) El nivel de implicación de las víctimas dentro del sistema social impactado.
- 3) La intensidad de la ruptura o destrucción causada en el sistema social por el agente inductor del estrés colectivo.

Etimológicamente la palabra desastre proviene del latín *de* (negativo, desafortunado) y *astre* (astro, estrella), desgracia derivada de los astros o dioses, más allá del control humano.

La primera definición de desastre fue hecha por Fritz (1961). El autor menciona como desastre:

Un evento, concentrado en el tiempo y espacio, en el que una sociedad o subdivisión de esa sociedad relativamente autosuficiente, sufre un daño severo e incurre en tales pérdidas personales y materiales que se rompe la estructura social y se impide el cumplimiento de todas o de algunas de las funciones esenciales de la sociedad. Visto de este modo, un desastre es un suceso que altera el funcionamiento vital de una sociedad. Esto afecta al sistema de supervivencia biológica (subsistencia, refugio, salud, reproducción), al orden del sistema (división de trabajo, patrones de autoridad, normas culturales, roles sociales), al sistema moral (valores, diferentes definiciones de realidad, mecanismo de comunicación), y la motivación de los participantes dentro de estos sistemas.

McCaughey (1984) define un desastre como:

Un evento que ocurre de repente, inesperadamente, e incontrolablemente, que es de naturaleza catastrófica, envuelve amenazas o pérdidas de la vida o propiedad, rompe el sentido de la comunidad, y generalmente tiene como resultado consecuencias adversas psicológicas para los supervivientes.

Britton (1986) habla de los desastres como “una expresión de la vulnerabilidad de la sociedad humana que depende de la interacción entre los seres humanos y su utilización del medio físico y social”.

Raquel Cohen, (1989), define los desastres como “*eventos extraordinarios que originan destrucción considerable de bienes materiales y pueden dar por resultado muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano*”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1989 propone: “Desastres son situaciones en la cuales existen amenazas imprevistas, serias e inmediatas a la salud pública”.

El Comité Coordinador de las Naciones Unidas para el tema de Desastres adoptó la definición de Dynes que sostenía: “Un desastre es desde el punto de vista sociológico, un evento ubicado en tiempo y espacio que produce condiciones bajo las cuales la continuidad de la estructura y los procesos sociales se tornan problemáticos”.

El American College of Emergency Medicine definió en el año 1976: “Un desastre es una desproporción masiva y rápida entre elementos hostiles de cualquier tipo, y los recursos de supervivencia que se encuentran disponibles para balancear esta situación, en el periodo de tiempo más rápido posible.

Si partimos de la definición pionera de desastre de Fritz (1961) y otras similares (McCaghey, 1984) podemos ver como éstas son muy limitadas. Todas ellas hacen referencia a desastres muy específicos confinados en un tiempo y lugar geográfico, como pueden ser los desastres naturales (terremoto, inundaciones, etc.). Dentro de la categoría de desastre, Fritz incluye aquellos sucesos que no tienen un lugar configurado ni en el tiempo ni en el espacio, como pueden ser los accidentes nucleares.

Estos eventos no quedarían bajo la denominación de desastre si nos limitamos a definiciones similares a las de Fritz. Tomando como ejemplo el accidente nuclear de Chernóbil (1986), este no se localiza en un lugar ni tiempo concreto, ya que sus consecuencias adversas seguirán produciéndose durante varias generaciones más.

Teniendo en cuenta estos aspectos, considero que la propuesta de definición de desastre haría referencia a (García-Renedo, Gil y Valero, 2007):

Una situación traumática que genera un alto grado de estrés a los individuos de una sociedad o una parte de ella debido a la acción de un agente en una comunidad vulnerable (natural, humano o combinación de ambos), produciéndose una alteración en el funcionamiento, tanto a nivel comunitario como individual, así como una serie de reacciones y consecuencias psicológicas en las personas implicadas. Las demandas creadas exceden los recursos habituales de respuesta con los que cuenta la sociedad.

2.2 Clasificación de los eventos de desastres.

Cuando hacemos referencia a los desastres, no todos ellos presentan las mismas consecuencias a nivel individual y social. Estas diferencias se derivan de las características del propio suceso. El propósito de clasificar los desastres es el de proporcionar un marco conceptual para una mejor comprensión del fenómeno (Berren et al, 1989). Las diferentes clasificaciones y categorías de desastres consideran su etiología, sus cualidades y su curso.

Estas clasificaciones facilitan a los propios gestores de la emergencia y a los profesionales de la psicología la obtención de un conocimiento aproximado de las reacciones, comportamiento y consecuencias que pueden llegar a presentar las víctimas, en función del tipo de desastre y ofrecer así una mejor ayuda.

La clasificación más comúnmente utilizada por los organismos internacionales diferencia entre los diversos tipos de desastres desde el punto de vista del origen del mismo. En función de ello, los desastres se clasifican en aquellos causados por la naturaleza y los causados por el hombre.

Aunque existen similitudes entre ambos tipos de desastre con respecto a las pérdidas masivas materiales y personales, así como a la grave desorganización social, existe un acuerdo unánime entre los diversos autores en considerar algunas características importantes entre ambos tipos de desastres. Estas diferencias se sitúan principalmente en cuanto a las características del evento y consecuencias y repercusiones psicosociales en las víctimas.

El análisis de los desastres ha permitido distinguir las zonas de influencia del suceso: 1) zona de impacto, 2) zona de destrucción, 3) zona marginal y 4) zona exterior.

En forma tradicional se clasifican cronológicamente los desastres en tres fases:

- 1) Fase preimpacto. Precede al desastre, es tiempo de amenaza y advertencia, a las que la población suele hacer caso. Algunas personas temen actuar en forma precipitada y parecer tontas, mientras que otras se rehúsan a aceptar la existencia de la amenaza, a modo de defensa.
- 2) Fase de impacto
- 3) Fase postimpacto

2.3 Desastres sanitarios

Son aquellos desastres que tienen la acción patógena de agentes biológicos que atacan la población, o a los animales y cosechas causando su muerte o enfermedad.

Los desastres sanitarios se clasifican en:

- Los que atacan al hombre o epidemias.
- Los que atacan los animales o epizootias.
- Los que atacan las plantas o fitosanitarios.

Para México, existe la posibilidad del surgimiento de graves epidemias, si se tiene en cuenta nuestra posición geográfica, la situación epidemiológica internacional de algunas enfermedades graves, la existencia de áreas vulnerables y brechas sanitarias, la posibilidad de una agresión biológica o de la violación de la legislación sanitaria; elementos que pudieran facilitar la introducción y desarrollo de enfermedades con estas características.

La prevención en materia de riesgos sanitarios depende de evitar la aparición de brotes epidemiológicos, que son altamente prevenibles con acciones orientadas al saneamiento básico y al control sanitario de alimentos, el agua y la comunidad. Además para que se produzcan las enfermedades es esencial que existan tres elementos fundamentales:

- 1) el agente causante del problema,
- 2) la vía de transmisión o las distintas formas y modos que tiene el agente para llegar a otra persona y
- 3) el huésped, que es cualquier hombre o animal.

También deben estar presentes algunos factores secundarios como son: las inundaciones, los cambios climatológicos, las condiciones higiénicas desfavorables, el hacinamiento, la desnutrición, etc.

2.4 Desastres sociorganizativos

Son eventos generados por las actividades crecientes de las concentraciones humanas, así como el mal funcionamiento o disturbio en algún sistema propuesta por el hombre. También pueden ser generados por errores humanos por acciones premeditadas.

- Interrupción de servicios

Situación que se produce por la suspensión o disminución de funciones en los sistemas de servicios básicos como agua potable, energía eléctrica, transporte, abasto, etc.

- Accidentes aéreos y terrestres

La mayoría de las veces, estos accidentes resultan imprevisibles, porque se presentan en forma súbita alterando el curso normal de los acontecimientos, lesionando a personas y provocando daños en sus bienes y entorno.

Estas acciones son provocadas por fallas técnicas o humanas que se registran durante la operación en los diversos medios de transporte ya sea aéreos, marítimos, fluviales o terrestres.

En el caso de los accidentes aéreos es un medio de transporte de la era actual. Según estadísticas en los Estados Unidos un promedio de 60.000 viajeros está surcando el espacio día y noche. La tendencia de movimiento de pasajeros y cargas es creciente y será todavía mayor cuando en países de gran población como China se completen las conexiones aéreas proyectadas. La aviación tiene un alto índice de seguridad, mayor que los medios terrestres y marítimos. No obstante ello no está exento de riesgos. Los accidentes pueden ocurrir por causas variadas y cada acontecimiento es noticia en los medios de comunicación. Las pérdidas de vidas y de materiales pueden ir desde totales a parciales y aun ser no significativas.

2.5 Desastres geológicos

Este tipo de desastre se encuentra relacionado con el movimiento de la corteza terrestre y su dinámica con las partes internas de la tierra como maremotos, tsunamis, terremotos, volcanes, escapes de gases naturales, inundaciones, sequías, deslizamientos, subsidencia de terrenos o minerales reactivos que existen casi desde el inicio del tiempo terrestre, y deben ser tomados en cuenta.

Desde la antigüedad, el hombre ha considerado que los movimientos sísmicos y el vulcanismo se encuentran entre los fenómenos naturales más temibles para su vida y sus bienes. Esto se debe a la rapidez de su aparición y a la violencia de las sacudidas que, en segundos, transforman una ciudad en un cúmulo de ruinas.

Se originan por el desplazamiento de las placas de la corteza terrestre que, en sus movimientos de acomodamiento, liberan energía. Esta se transmite por medio de ondas que llegan a la superficie provocando la actividad sísmica u originando manifestaciones volcánicas. Por ello estos procesos se presentan en las zonas de contacto entre las placas.

- Los movimientos sísmicos

Los observatorios registran más de 100.000 temblores cada año, es decir, un promedio de uno cada cinco minutos; pero no se da alerta porque la gran mayoría no causa daños a la población. Se consideran riesgosos sólo los movimientos bruscos de mayor intensidad que se producen en la corteza terrestre. Si su epicentro se localiza en los continentes, se los denomina terremotos. Si la

sacudida es en los fondos marinos se origina un maremoto, que es una agitación muy violenta de las aguas del mar.

El aumento de la población y la tendencia a la concentración urbana en áreas vulnerables a estos fenómenos incrementan los riesgos, especialmente en el cinturón de fuego del Pacífico. Se denomina así al cinturón de volcanes y movimientos sísmicos que rodean a la placa pacífica. En éste, y en menor medida en la cuenca mediterránea, se libera el 80% de energía sísmica total.

- Los tsunamis

Los tsunamis se originan, generalmente, por el desplazamiento de placas de la corteza terrestre en el fondo marino. También se pueden presentar por la caída de meteoritos. Se los ha registrado en todos los océanos, aunque la mayoría de ellos se presenta en el Pacífico. El tsunami de 1896 en la costa japonesa de Sanriko levantó olas enormes que arrasaron el litoral a lo largo de más de 1.000 kilómetros, y ocasionaron la muerte a más de 27.000 personas.

El fenómeno es registrado por los sistemas de detección y alerta con bastante anticipación, lo que permite transmitir la información.

La potencia destructora de los tsunamis se debe a la velocidad con que se desplazan (alrededor de 800 km/h), y a la altura que puede alcanzar la ola cuando impacta contra las costas (de 20 a 30 metros), por lo que son muy peligrosas para las poblaciones que allí residen. Al avanzar sobre el continente socavan edificios, puentes, arrastran autos o embarcaciones, etcétera.

- Vulcanismo

Más de un 10% de la población mundial puede sufrir una catástrofe por vulcanismo. Se calcula que en la superficie terrestre hay alrededor de 1.500 volcanes potencialmente activos, de los cuales, alrededor de 500 entraron en actividad en el curso del siglo XX y cerca de 70 continúan en actividad, aunque son muy escasos los que entran en erupción.

La erupción del volcán, o sea, el derrame de lava incandescente (entre 9000 °C y 12000 °C) arrasa con todo lo que encuentra a su paso y provoca graves incendios. Cuando la lava se enfría, se solidifica y forma las rocas ígneas. La superficie terrestre queda petrificada y tarda muchos años en volver a formarse sobre ella la capa de suelo donde el hombre pueda practicar la actividad agrícola-ganadera o forestal. Por ejemplo, se calcula que tardó aproximadamente 50 años la recuperación de la flora y la fauna en la isla Krakatoa, en Indonesia, cuando el volcán homónimo entró en 1883 en erupción y su lava la cubrió por completo.

También se pueden presentar fenómenos anteriores o posteriores a la salida de lava, como la liberación de gases tóxicos, la diseminación de cenizas volcánicas, ríos de agua caliente y aluviones de barro que se presentan por el derretimiento

de las nieves del cono volcánico. Por dichas razones se evita el asentamiento de población en estas áreas.

2.6 Desastres meteorológicos

Este tipo de desastre tiene que ver con el agua y con el viento.

El comportamiento de la troposfera, bajo ciertas circunstancias, alcanza condiciones extremas. Esto puede materializarse en distintos desastres naturales: inundaciones debido al exceso de precipitaciones, sequías debido a la falta de lluvias de manera irregular (coincidiendo en algunas ocasiones con olas de calor). En otros casos, las olas de frío llegan a causar nevadas extraordinarias, heladas tardías y pérdidas económicas, especialmente en el sector agrícola. Las granizadas, por su parte, forman parte de los desastres causados por causas meteorológicas.

Las inundaciones

Las catástrofes naturales más frecuentes son las inundaciones. Éstas se originan por lluvias torrenciales o por deshielos. Producen una serie de consecuencias como la perturbación de la economía de la región (sobre todo si es agrícola porque, cuando el agua se retira, arrastra la capa fértil del suelo. Otra consecuencia es la contaminación de los suelos y las napas freáticas, poniendo a la población en riesgo de epidemias.

Otro desastre meteorológico es el aluvión de barro. Se produce cuando las lluvias se tornan torrenciales y caen en áreas con pendientes pronunciadas, destruyendo todo a su paso. Ello es lo que ocurre en el litoral brasileño, donde los aluviones que descienden de los morros suelen arrasar las villas de emergencia (favelas)

Las sequías

Como primera cuestión, es necesario distinguir aridez de sequía. La aridez es una condición permanente y las sociedades que viven en los desiertos se han adaptado a ella, realizando las obras necesarias para suplir la falta de agua. Por el contrario, la sequía es un fenómeno circunstancial o esporádico que provoca un desastre.

A diferencia de los demás fenómenos naturales, las sequías suelen ser prolongadas y de mayor alcance, por lo que el daño ocasionado a largo plazo es mayor. Las consecuencias alcanzan a todos los aspectos de la vida. Se pueden destacar: falta de agua potable, por la disminución del caudal de ríos y arroyos y el agotamiento de las napas freáticas.

Hacinamiento en las ciudades: éxodo rural a causa de la muerte del ganado por sed y hambre por falta de pasturas. Además, el viento provoca la voladura de los suelos arrastrando su capa fértil.

Los tornados y los huracanes

Se pueden distinguir dos tipos de vientos fuertes: el tornado y el huracán.

Por un lado, los tornados son tormentas que pueden alcanzar una velocidad de hasta 500 km/hora. Se desplazan sobre los continentes entre los 20° y 50° de latitud en ambos hemisferios, formando una veloz corriente ascendente de aproximadamente 250 m de diámetro. Si los mismos se producen sobre las aguas marinas, se llaman trombas y representan un serio peligro para la navegación.

Por otro lado, el huracán tiene distintos nombres según la región: se le llama ciclón tropical en el Caribe, tifón en el Índico y mar de Japón, baguío en Filipinas y willy-willy en Australia.

Los huracanes son violentas perturbaciones que se producen en la troposfera. Se originan por una baja presión atmosférica (de hasta 900 hPa) y giran en forma de espiral alrededor de su centro (ojo del huracán). Por lo general, son acompañados de vientos de hasta 300 km/h, por trombas de agua (hasta 2.000 litros por m² en un día), embravecimiento del mar y tormentas eléctricas.

Los huracanes se desplazan hacia el oeste, girando luego hacia el norte o hacia el sur cuando penetra en los continentes. Se originan sobre los océanos, entre los 50° y 20° de latitud, cuando la temperatura de las aguas oceánicas es de 27°C o aún mayor. Los vientos que alcanzan velocidades de 200 km/hora rotan en círculos de 500 a 1.800 km. de diámetro durante varios días o incluso semanas. Hay que considerar que al llegar al continente produce inmensos oleajes que se abaten sobre las costas, provocando efectos destructivos. Si bien la velocidad del viento aminora a medida que llega a tierra firme, las lluvias que se originan pueden causar inundaciones.

Capítulo III

3.1 Tipos de víctimas

Si estudiamos el concepto de víctima ofrecido por la Real Academia de la Lengua Española, (1996-2008) “persona que padece daño por culpa ajena o por causa fortuita” o “persona que muere por culpa ajena o por accidente fortuito”. Se puede observar cómo sólo se considera víctimas a las personas que han resultado heridas físicamente o muertas.

En los años 70s y 80s diversos investigadores consideraban a “las víctimas ocultas de los desastres” (Kliman, 1976), puntualizando que son los diferentes cuerpos de rescate que intervienen en el desastre (bomberos, cuerpos de seguridad, brigadistas personal médico, voluntarios, etc.) y que pueden llegar a sentir estrés u otras reacciones psicológicas similares a las encontradas en las personas que sufren el impacto y que a pesar de ello no suelen ser reconocidas.

La clasificación de la tipología de víctimas más aceptada por varias organizaciones a nivel internacional en cuanto a la organización de la asistencia a víctimas, es la propuesta por Taylor y Frazer (1982). Para estos autores hay seis niveles de víctima:

1. Víctimas primarias: son las personas que han estado expuestas al impacto del evento catastrófico.
2. Víctimas secundarias: familiares y amigos de las víctimas primarias.
3. Víctimas de tercer nivel: formado por el personal de rescate
4. Víctimas de cuarto nivel: aquellos que se encargan del cuidado de los miembros de la comunidad más allá del área de impacto
5. Víctimas de quinto nivel: personas que, aun no estando envueltas directamente en el área de impacto, pueden desencadenar una serie de reacciones y consecuencias psicológicas, como es el caso de los telespectadores.
6. Víctimas de sexto nivel: aquellos que deberían haber sido ellas mismas víctimas primarias, persuadieron a otros para que acudieran a la zona del desastre, o que están indirectamente implicados (familiares que esperan en casa noticias, personas que debían haber estado allí).

Estos autores van más allá de considerar como víctimas únicamente a las personas que han sufrido el impacto; incluso ya tienen en consideración a aquellas personas que, en la mayoría de los casos, no tienen ningún vínculo social ni afectivo, y pueden llegar a mostrar algunas reacciones, como es el caso de los

observadores y personas que oyen y ven la noticia por los medios de comunicación.

Por otro lado Cohen, R. (1999) clasifica a los sobrevivientes según el impacto físico de la catástrofe como directo o indirecto:

1. Sobrevivientes de primer nivel: son aquellos que experimentaron una vivencia máxima del suceso traumático, por ejemplo: impacto directo de una esquirra de granada, infección por carbunco (ántrax).
2. Sobrevivientes del segundo nivel: son los parientes cercanos de las víctimas primarias.
3. Sobrevivientes de tercer nivel: el personal de rescate o recuperación de la Cruz Roja o de emergencias, médicos, enfermeros, médicos forenses, profesionales de la salud mental, sacerdotes, bomberos, policías, administrativos, docentes, niños.
4. Sobrevivientes de cuarto nivel: son la comunidad afectada por el evento (periodistas, funcionarios públicos).
5. Sobrevivientes de quinto nivel: son los individuos que experimentan estados de estrés y perturbación luego de ver u oír informes periodísticos

En los últimos años se ha revisado el concepto de víctima. De cara a la intervención psicosocial, Chicharro, Pérez y Vázquez (2003) plantean que la conceptualización de las personas afectadas por desastres cobra mayor importancia.

Estos autores señalan que para abordar el tratamiento del trauma en personas afectadas por desastres hay que sustituir el concepto de víctima por el de supervivientes, como un paso previo para conseguir resultados positivos en las personas que sufren. Siguiendo las ideas de Ehrenreich (1999):

El concepto de víctima y superviviente tienen connotaciones diferentes. Lo que diferencia a una víctima de un superviviente es que el primero se siente sujeto a una situación de la que no tiene control sobre su ambiente o sobre sí mismo, mientras que un superviviente ha recobrado su sentido de control y es capaz de cumplir con las demandas de cualquier dificultad que los confronta. Una víctima es pasiva y depende de otros. Un superviviente es capaz de tomar un papel activo en los esfuerzos para ayudar a su comunidad y a sí mismo para recuperarse del desastre.

Por ello, desde una visión psicosocial, el primer paso básico después de un desastre, es transformar a aquellos afectados de víctimas a sobrevivientes (el que sobrevive) según el autor.

3.2 Estrés

El Estrés deriva del griego *stringere* que significa "provocar tensión". Esta palabra se utilizó por primera vez en el siglo XIV y a partir de entonces se empleó en diferentes textos en inglés como stress, stresse, strest y straisse.

Selye (1936) decía que el estrés "es la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga". El investigador obtiene esta definición cuando, después de experimentar para descubrir una nueva hormona sexual, inyecta extractos de ovarios de ganado a ratas para observar los cambios que no se pudieran atribuir a las hormonas ya conocidas.

Se encontró entonces con cambios como: hipertrofia del cortex de la glándula suprarrenal, atrofia de timo, bazo y ganglios linfáticos, hemorragias y úlceras profundas en estómago y parte superior del intestino.

Observó que cada cambio era interdependiente del otro y que el conjunto formaba un síndrome bien definido, al que denominó Síndrome General de Adaptación. (SGA, 1936), y pronto descubrió que todas las sustancias tóxicas, cualquiera que fuera su origen, producían la misma respuesta; incluso el frío, el calor, la infección, el traumatismo, la hemorragia, los factores emocionales, etc., a los que finalmente en 1950 denominó estresores.

Probablemente el neurólogo Cannon (1937), sería el primer investigador moderno que aplicó el concepto de estrés desde el punto de vista neurofisiológico, se interesó principalmente en los efectos que el frío, la pérdida de oxígeno y otros factores ambientales producen en el organismo. Partió de la hipótesis de que toda vida humana requiere mantener un equilibrio interior al cual llamaría "homeostasis" y que son cambios intensos en donde se da un proceso de reacomodación a través del sistema endocrino y vegetativo.

Las investigaciones del autor lo llevaron a la conclusión de que, a pesar de que un organismo pueda resistir un bajo nivel de estresores o un estresor inicial, cuando éstos son prolongados o de carácter intenso, pueden provocar un quiebre en los sistemas biológicos. Dicha formulación es una valiosa intuición para los efectos dañinos del estrés crónico sobre la salud que actualmente se confirman gracias a los estudios sobre el sistema endocrino e inmunológico.

El enfoque de Cannon, además, define el estrés como un conjunto de estímulos del medio ambiente que alteran el funcionamiento del organismo. Al ubicar el estrés fuera de la persona, se hace necesario identificar, definir y entender cuáles son las situaciones estresantes, determinando así, cómo y hasta qué punto los procesos fisiológicos afectan al ser humano en diferentes aspectos.

De acuerdo a la teoría del investigador, serían los hechos y situaciones los que generan el estrés: si una situación considerada como estímulo provoca alteración

emocional, agotamiento psicológico, debilitamiento físico o deterioro, entonces se califica dicha situación como estresante o estresor.

Weinman (1987) afirma que si se entiende el estrés de esa manera, las soluciones terapéuticas tendrían que orientarse al control de todas las situaciones que se presenten en la persona durante su vida cotidiana. Esto es, como se puede ver, imposible y va contra la esencia misma del dinamismo de la vida. Tal perspectiva pareciera concebir al ser humano como incapaz de enfrentar desafíos que exijan un sano quiebre de esfuerzos o de vivir experiencias de crecimiento a través del sacrificio y la donación. A pesar de ello, el enfoque del estrés basado en el estímulo resulta de valor porque permite identificar una serie de situaciones universales estresantes que sirven como puntos de referencia objetivos para comparar las distintas reacciones que presentan los individuos en diversos contextos sociales. Es por ello que la teoría del autor ha tenido una gran influencia en la psicopatología durante las dos últimas décadas.

Por su parte, el investigador Bernard (1867) sugirió que los cambios externos en el ambiente pueden perturbar el organismo y que una de las principales características de los seres vivos reside en poder mantener la estabilidad de su medio ambiente interno, aunque se modifiquen las condiciones del medio externo.

Es decir "la estabilidad del medio ambiente interno es la condición indispensable para la vida libre e independiente". Ésta afirmación podría ser una de las primeras declaraciones de las consecuencias provocadas por el rompimiento del equilibrio en el organismo, como someterse al estrés.

Selye (1956) se basa en las investigaciones de Cannon, sus experiencias y la evolución de sus estudios con respecto al SGA y su enorme repercusión en los diferentes órganos tanto de los seres humanos como de los animales.

El estrés es la interacción del organismo con el medio ambiente, ya sea éste otro organismo o el medio en que nos desenvolvemos, lo que nos podría llevar a definir el estrés según el estímulo; es la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión.

El Estrés es la respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta un individuo ante un estresor ambiental.

Como también el estrés es una consecuencia de la interacción de los estímulos ambientales y la respuesta cultural del individuo.

Podemos definir que cualquier demanda, sea física, psicológica, externa o interna, buena o mala, provoca en el organismo una respuesta biológica idéntica y estereotipada.

Cada factor de estrés tendrá una respuesta específica de acuerdo al agente causal, pero estará siempre acompañado por una respuesta biológica complementaria y común a todos esos factores y por lo tanto no específica, e independiente del tipo de factor causante y que se traduce por un conjunto de cambios y de reacciones biológicas y orgánicas de adaptación general.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el estrés es "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción".

Para Lazarus (1966) sería "el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquél como amenazante que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar".

El estrés puede ser hoy un acompañante privilegiado de nuestra existencia. La correcta utilización de sus mecanismos y el conocimiento de nuestra personalidad podrán llevarnos a la prevención de enfermedades psicósomáticas y somatopsíquicas.

Quizás el recuerdo del investigador Selye, "el hombre moderno debe dominar su estrés y aprender a adaptarse, pues de lo contrario se verá condenado al fracaso profesional, a la enfermedad y a la muerte prematura".

3.3 Estrés Agudo.

Este tipo de estrés envuelve una serie de respuestas conductuales, emocionales y cognitivas inducidas por la situación traumática en el momento agudo que impiden el funcionamiento del sujeto. Entre sus síntomas puede incluir estados disociativos, confusión, desorientación, respuestas inapropiadas o exageradas ante la menor amenaza, inquietud, agitación, estupor, lentitud motora, afectos incontrolados, síntomas conversivos y otras manifestaciones somáticas de ansiedad. Pueden incluir así mismo disminución del interés por cuestiones que eran habitualmente significativas para el sujeto, aislamiento y desconfianza.

3.4 Trastorno de Estrés Post-traumático

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) constituye el eje psicopatológico fundamental sobre el que reside el trauma. La importancia de este trastorno comenzó a ser estudiado en el siglo XIX (Ayuso, 1988; Báguena, 2002; Trujillo, 2002), aunque es a raíz de la experiencia bélica cuando empezó a tener una presencia continuada en los manuales de psicopatología.

Es así como al comienzo de las grandes guerras y evolucionando hasta situaciones traumáticas más recientes, el TEPT ha sufrido un largo camino como: maltrato infantil, agresiones sexuales, incendios, accidentes de tráfico, desastres naturales, atentados terroristas, torturas; estos han sido, los aspectos más estudiados por los investigadores.

Desde la perspectiva de la clasificación diagnóstica oficial, aparece por primera vez con la denominación «*gran reacción al estrés*» (DSM-I) (APA, 1952). Posteriormente, la introducción del TEPT como una categoría diagnóstica formal en el DSM-III (APA, 1980) estimuló un renovado interés científico y clínico en este desorden (Giaconia, Reinherz, Silverman, Pakiz, Frost y Cohen, 1995; Kleber, Figley y Gersons, 1995). En esta tercera edición se eliminaron las explicaciones teóricas y etiológicas, sustituyéndose por una aproximación más descriptiva (Perry, Difede, Musngi, Frances y Jacobsberg, 1992), por lo que, en un intento de ser ateórica, abandonó por completo el enfoque psicodinámico al momento de entender los fenómenos psiquiátricos (Van der Kolk, Pelcovitz, Roth, Mandel, McFarlane y Herman, 1996).

El DSM-III-R (APA, 1987) estrechó el criterio para el diagnóstico del TEPT, y añadió la necesidad de que los síntomas estuvieran presentes al menos durante un mes. En el DSM-IV (APA, 1994), la aportación fundamental ha sido incluir una medida de la respuesta subjetiva del individuo al trauma, de la angustia emocional y de la percepción de desamparo.

Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos (en los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados).

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

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

pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma).

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar (en los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible).

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). (Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico).

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

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

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

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).

7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

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

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

2. Irritabilidad o ataques de ira
3. Dificultades para concentrarse
4. Hipervigilancia
5. Respuestas exageradas de sobresalto

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

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses.

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

En los últimos años han sido muchos los trabajos de investigación que han relacionado las situaciones traumáticas con el impacto psicológico y, concretamente, con el TEPT.

Los resultados de diferentes estudios muestran que hay una indiscutible relación entre la ocurrencia de una situación traumática y el riesgo de sufrir problemas psicológicos posteriores, lo cual es especialmente evidente en los estudios realizados con veteranos de guerra (Freedy y Hobfoll, 1995).

López-Ibor (1942) estudió el impacto psicológico de la guerra entre las personas que participaron en la guerra civil española; observó frecuencias de alteraciones psicógenas (10% en la zona republicana y del 5% en la zona nacional), mientras que otras investigaciones, en relación con la guerra de Vietnam (Bremner, Scott, Delaney Southwick, Mason, Johnson, Innis, McCarthy y Carney, 1993), llegan a proponer que algo más de la mitad de los veteranos de combate cumplían los criterios para el diagnóstico del TEPT.

La frecuencia de desastres naturales ha contribuido a que sean un tipo de situación traumática muy estudiada. Algunos autores (Nicolás, Artetxe, García, Jáuregui y Amayra, 1991) han observado síntomas postraumáticos al desastre, tanto en las víctimas como en los profesionales.

Se halla otra clase de situaciones traumáticas que dejan una gran huella psicológica en las víctimas, como los incendios. Algunos investigadores (Famularo et al., 1994) han indicado que un elevado porcentaje de las víctimas (35.3%) mostraba síntomas para ser diagnosticadas de TEPT a los dos meses del suceso traumático, aumentando la frecuencia a los seis (40.0%) y a los doce meses (45.2%).

Por otro lado el doctor Bessel van der Kolk (1996) y colaboradores demostraron que cuando un paciente recuerda el trauma, el Hemisferio Izquierdo, en la zona del área de Broca se desactiva, y por el contrario aumenta la actividad de la corteza en el Hemisferio derecho (cerebro emocional). Según el Dr. van der Kolk, el trauma se aloja en forma de imágenes en el hemisferio derecho y en el momento del trauma se da un estado de inmovilización por no haberse resuelto espontáneamente una respuesta.

El concepto básico, dijo Van der Kolk, es que si el cuerpo hace algo, si uno lucha o escapa para preservar la seguridad, la situación llega a un fin y uno no queda traumatizado. En cambio, si uno se inmoviliza y queda detenido, se produce trastorno de estrés postraumático. "Mi concepto se basa en la neurobiología y es que el centro de la respuesta traumática se debe a la inmovilización física"- Bessel van der Kolk.

Por otro lado el neurólogo Robert Scaer, propone "el modelo animal" para explicar lo que pasa en un organismo amenazado. Cuando un animal está en peligro comienza a ponerse en marcha el circuito adrenalínico que dispone al cuerpo para la huida o la lucha. Como regulador de este sistema inicia su acción el sistema parasimpático con la suelta de endorfinas y opiáceos, disminuyendo la frecuencia cardíaca, presión arterial, retracción y flujo sanguíneo de la musculatura y vísceras abdominales. Cuando los animales enfrentan una amenaza grave donde la huida/lucha se hace imposible y se encuentran en estado de indefensión, entran en estado de inmovilidad o congelación, imitando la muerte, pasando súbitamente de un estado de alta activación simpática a un estado de profunda dominancia parasimpática, con fuerte liberación de opiáceos.

El corazón que estaba latiendo muy rápidamente aminora su ritmo, la presión arterial baja de una manera precipitada, la presión muscular se colapsa como resultado de la asunción de un nuevo estado vegetativo reforzado. El animal congelado esta en un estado de movimientos suspendidos con altos niveles de actividad parasimpática." (Scaer,R 2001)

Cuando el animal logra salvar su vida, la salida natural se lleva a cabo con una serie de temblores y sacudidas, que analizados en cámara lenta, es como si continuara con los movimientos anteriores a la congelación y como si terminara una descarga retenida y almacenada en el cuerpo. Este fenómeno no ocurre en las personas, lo que da lugar al título del libro del Dr. Robert Scaer "El cuerpo soporta la carga del Trauma".

En los humanos se da una interrupción de la descarga, debido probablemente al proceso de culturización que inhibe la capacidad instintiva de huida y lucha e instaura un estado de indefensión, quedando en la memoria un sistema de autoencendido recurrente.

3.5 Agentes que predisponen la aparición del TEPT

En condición patológica, además del agente o agentes causales, hemos de considerar la vulnerabilidad individual. En el TEPT esta vulnerabilidad no solo es diferente entre los sujetos, sino que parece depender dentro de un mismo sujeto de su estado psicofisiológico en el momento del trauma. La vulnerabilidad individual explica la existencia de casos extremos de sujetos excepcionalmente resistentes y otros extremadamente susceptibles de padecer la enfermedad.

Existen evidencias sobre la importancia del desarrollo psicológico temprano en la predisposición al TEPT, lo señalan los investigadores Helzer, Robins Y McEvoy (1987) que muestran en estudios introspectivos una frecuencia anormalmente alta de trastornos de conducta en la infancia de los sujetos que desarrollan el TEPT.

Kolb (1987-1989) establece una cierta conexión entre el desarrollo psicológico y la actividad neurovegetativa en la vulnerabilidad al TEPT, al considerar que la exposición temprana a violencia física y emocional sensibiliza al Sistema Nervioso Central disminuyendo los umbrales de reactividad de estructuras hipotalámicas y preparando el terreno para modificaciones neurofisiológicas más severas si el trauma apropiado se presenta en edades posteriores.

Se asume que los individuos con alto rasgo de ansiedad tienen una mayor predisposición a padecer distintos trastornos de ansiedad a lo largo de sus vidas incluyendo el TEPT (M. W. Eysenck, 1992,1997).

Además de existir cierta predisposición genética (H. J. Eysenck, 1967) los sujetos con alto rasgo de ansiedad o neurosis manifiestan vulnerabilidad cognitiva que les lleva a aplicar sistemáticamente una serie de sesgos cognitivos ante la estimulación de carácter ambiguo, interpretándola como amenazante (M.W. Eysenck, 1997).

El estudio de Howowitz, Wilner, Kaltreinder (1980) pone de manifiesto una correlación positiva entre el desarrollo del TEPT y un índice elevado de sucesos vitales en el momento previo de sufrir el trauma específico. Cuando el sujeto tiene alto el valor predictivo en cuanto al desarrollo del TEPT mas o menos tardío, se da la presencia de un trastorno agudo de estrés inmediato a la exposición al agente traumático (Clasen Koopman, Hales y Spiegel 1998).

En cuanto a la posibilidad de predisposición biológica (Davison, Swatz, Store, Krishman (1985) demostraron la existencia de psicopatología en la historia familiar de 66% de pacientes con TEPT, muy superior a la muestra normal. Las respuestas postraumáticas se encontrarían relacionadas con una predisposición biológica hereditaria a experimentar ansiedad, especialmente en relación a 2 características:

1. Alta tasa de respuestas en reposo y/o la tasa de respuestas de miedo. Este modelo propone que los estímulos que provocan este estado pueden ser tanto internos como externos y que ciertos factores individuales como el apoyo social y las respuestas de afrontamiento pueden modificar esas experiencias.
2. La edad se encuentra relacionada con la tendencia a contraer este tipo de enfermedad.

A similares niveles de exposición el TEPT afecta más a niños, adolescentes y ancianos que a los jóvenes o adultos (Pynoos, Frederick, Nader 2001)

Parece ser que las mujeres son más vulnerables de tener TEPT tras su exposición a situaciones traumáticas en una proporción de casi 2/1 (Breslau, 1998).

Otros factores que facilitan la aparición del TEPT son la malnutrición, especialmente déficits de vitaminas y proteínas, y las alteraciones extremas en los niveles de estimulación ambiental (Hocking, 1971), condiciones que se presentan en algunos tipos de trauma (campos de concentración, guerras).

3.6 Burnout

El síndrome de Burnout, también es conocido como “Síndrome de Quemarse por el trabajo”, presenta su origen en 1974, en Estados Unidos por el médico psiquiatra Herbert Freudenberger. Se da como respuesta a un estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabajaba, y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

Giménez Bertomeu (2000) señala la existencia de dos directrices con referencia al síndrome de Burnout. Por una parte se encuentra la que considera que surge en aquellos profesionales que trabajan en contacto directo con personas. Y por otra parte esta la que dirige sus síntomas a cualquier tipo de profesional.

Segun Gran y Chacon (1998) este síndrome se puede conceptualizar desde dos enfoques, el clínico y el psicosocial:

- Desde el punto de vista clínico se considera al Burnout como un estado en donde el sujeto cae a consecuencia del estrés laboral
- Desde un enfoque psicosocial el fenómeno ha sido conceptualizado como un síndrome en donde se disminuye el desempeño personal en el trabajo,

agotamiento emocional y despersonalización. Por baja realización personal en el trabajo se entiende la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial. Esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales. El agotamiento emocional alude a la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo.

El síndrome de quemarse por el trabajo se define como una respuesta al estrés laboral crónico dando como resultado actitudes y sentimientos negativos con las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en trabajadores que se encuentran laborando sin descanso tomando decisiones como en el caso de las personas que acuden en ayuda en caso de algún suceso ya sea por trabajo o voluntario

Es una situación que consume la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto "diario" y constante con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

La despersonalización se define como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de manera deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo.

El síndrome Burnout no debe identificarse con estrés psicológico, sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico (estresores). En el contexto de las organizaciones sanitarias son estresores especialmente relevantes para el desarrollo del síndrome las relaciones sociales de los profesionales de la salud con los pacientes y sus familiares. El síndrome es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-cliente y por la relación profesional-organización.

Los autores Gil-Monte y colaboradores (1998) mencionan que la respuesta aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales de la salud. Esta experiencia negativa alimenta la sensación de fracaso profesional y de fracaso en las relaciones interpersonales con los sujetos que atiende. En este ambiente se producen sentimientos en donde impera el desinterés de la realización personal en el trabajo, así como agotamiento emocional. Ante esos sentimientos, el individuo desarrolla actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento.

Así, el síndrome de burnout es un paso intermedio en la relación estrés-efectos del estrés, de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud

con alteraciones psicosomáticas (alteraciones cardiorespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos, etc.), y para la organización (accidentes, deterioro del rendimiento y de la calidad asistencial o de servicios, ausentismo, rotación no deseada, abandono, etc.).

Se puede decir que el estrés en los trabajadores de primera respuesta, en el caso de un evento, está originado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Son trabajadores en los que inciden especialmente estresores como la escasez de compañeros, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con víctimas, contacto directo con los familiares, con el dolor y con la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones rápidas y apropiadas, etc.

Gil-Monte y Peiro (1997) nos muestra una clasificación de esos estresores permitiendo identificarlo por niveles:

a) En el *nivel individual*, la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los trabajadores brigadistas a implicarse excesivamente en los problemas de las víctimas, y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Consecuentemente, se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos; lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.

b) En el plano de las *relaciones interpersonales*, las relaciones con las víctimas y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo. Asimismo, provocarán la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y jefe.

c) Desde un *nivel organizacional*, los rescatistas trabajan en lugares alejados y donde deben dar su mejor esfuerzo, sin embargo las organizaciones en donde laboran inducen problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los compañeros rescatistas, los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones y las respuestas disfuncionales por parte de sus jefes.

Los modelos elaborados desde consideraciones psicosociales para explicar el síndrome de burnout por el trabajo pueden ser clasificados en tres grupos (Gil-Monte y Peiró, 1997). El primer grupo incluye los modelos desarrollados en el marco de la *teoría sociocognitiva del yo*. Se caracterizan por otorgar a las variables del *self* (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto, etc.) un papel central para explicar el desarrollo del síndrome.

El segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las *teorías del intercambio social*. Estos modelos consideran que el síndrome tiene su causa en lo que el sujeto percibe por la falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan

los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales.

Por último, el tercer grupo considera los modelos elaborados desde la *teoría organizacional*. Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de agotarse.

3.7 INTERVENCIÓN EN CRISIS, DESPUES DE UN EVENTO TRAUMATICO.

La intervención consiste en proporcionar intervención psicológica en el momento de crisis, lo anterior con el propósito de aminorar las reacciones postraumáticas de las víctimas después del desastre.

La intervención, es el proceso que sirve para ayudar a una persona, familia o grupo, a aceptar un hecho traumático para resolver la crisis y adaptarse al nuevo entorno, mejorando su capacidad de afrontar la multiplicidad de problemas que pueden presentarse en la etapa posterior a un desastre.

Los Objetivos de la intervención en crisis son:

- Detener el proceso agudo de descompensación psicológica, aliviando las manifestaciones sintomáticas y el sufrimiento.
- Estabilizar al individuo y protegerlo de estrés adicional, reduciendo los sentimientos de anormalidad o enfermedad.
- Evitar complicaciones adicionales.
- Restaurar las funciones psíquicas y readaptar a la persona a las nuevas condiciones, tan rápido como sea posible.
- Prevenir o mitigar el impacto del estrés postraumático.
- Facilitar u orientar la asistencia profesional a mediano o largo plazo, si fuera necesario.

La teoría de la intervención en crisis está basada en los trabajos de Lindemann, quien detalló las reacciones de duelo de las personas involucradas en el incendio de una discoteca, la Coconut Grove, en Boston y Caplan (1964), posteriormente fueron ampliados, desarrollados y modificados por L. Rapaport, N. Parad, D. Kaplan, Jacobson, M. Strickler y P. Sifineos.

De la escuela psicoanalítica se desprende la idea de que existe un equilibrio que involucra varias fuerzas y que mantiene la homeostasis ante la presencia de un conflicto psíquico.

Los aportes a la teoría de la Intervención en Crisis señalan que, los patrones de los procesos psicológicos no son estáticos, sino que están en constante cambio desde que una persona nace hasta que muere. Estos procesos forman un continuo que puede ser comprendido más fácilmente si se hace un examen transversal en diversos puntos de éstos.

De la escuela cognitivista se toman los conceptos del énfasis en las áreas fuertes y el potencial de crecimiento que tiene cada individuo.

Erick Erickson propuso el concepto de que la crisis no solamente contiene un potencial patológico sino que también es una oportunidad de crecimiento y

desarrollo. De manera que, a la vez que la crisis representa un riesgo, también implica una oportunidad.

Las aproximaciones teóricas de Lindemann (1964) permitieron desarrollar las técnicas de Intervención en Crisis. Dichas aproximaciones se refieren al mantenimiento de la Salud Mental y a la prevención de la desorganización emocional; está basado en el estudio sobre una comunidad, en donde se observaron las reacciones y disturbios emocionales subsecuentes a determinados eventos sociales en situación de desastre. Lindemann y Caplan (1964) precisaron los aspectos más importantes de la Salud Mental: el estado del yo, la etapa de maduración en la que se encuentre y la cualidad de su estructura de personalidad. Así mismo, menciona que para evaluar dichos aspectos del Yo, es necesario basarse en las siguientes áreas:

- La capacidad de la persona para tolerar el estrés y la ansiedad, sin perder el equilibrio.
- El grado que tiene la persona para reconocer la realidad y enfrentar los problemas.
- El repertorio de mecanismos que tiene la persona y que mantienen su equilibrio biopsicosocial.

Caplan (1964) propone que todos los elementos que componen la vida emocional de los seres humanos, pueden ser evaluados para efectos de prevención en Salud Mental. Las demandas materiales, físicas y sociales, así como las necesidades, los instintos y los impulsos del individuo, deben considerarse como determinantes de la conducta.

Estos aspectos son las situaciones críticas que suceden durante la vida de una persona y que tienen el potencial de mejorarla o empeorarla. Una crisis es la respuesta a eventos peligrosos o amenazantes, y es vivida como un estado doloroso y de intenso sufrimiento. Es por esto que tiende a movilizar reacciones muy poderosas para ayudar al sujeto a aliviar su malestar y a recuperar el equilibrio o la situación que existía antes del inicio de la crisis. Si esto sucede, la crisis puede ser superada y además la persona aprende a emplear nuevas reacciones adaptativas que le pueden servir en el futuro. Además, es posible que al resolver la crisis, la persona madure a etapas superiores y se sienta con un mejor estado mental y emocional que el que tenía antes de la crisis.

La intervención en crisis tiene como modalidades principales:

Los primeros auxilios psicológicos y una Intervención especializada o profesional para emergencias psiquiátricas.

Los primeros "Auxilios psicológicos" significa la intervención psicológica en el momento de crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para reestablecer su estabilidad emocional y facilitarle las

condiciones de un continuo equilibrio personal. Es decir, darle contención a la víctima antes, durante y después de un evento traumático.

Usualmente, el personal que se encuentra en primer contacto con la víctima, generalmente no tienen la formación profesional en psicología o áreas afines. Por lo que los servicios de emergencia deben de contar con personal capacitado para proporcionar los primeros auxilios psicológicos, al igual que un paramédico auxiliar a una persona con lesión, mientras es derivado a un servicio médico especializado. Por lo tanto los prestadores de "Primeros auxilios psicológicos" pueden ser personal que, sin tener una formación psicológica formal, pueda contener y derivar a las víctimas en estados psicológicamente críticos después de un desastre o evento disruptivo.

Por su parte Raquel Cohen (1989) menciona que el personal brigadista, bombero, policía, etc. puede prestar atención de urgencias a las víctimas de un desastre, proporcionando los primeros auxilios psicológicos en la etapa posterior al desastre, disminuyendo las posibilidades de disfunción y los trastornos mentales. La capacitación para la intervención alienta al personal de socorro o víctima del tercer nivel a:

- 1) comprender mejor las respuestas normales al estrés en un desastre,
- 2) sentir más compasión por los damnificados,
- 3) adquirir aptitudes de resolución de crisis y comunicación,
- 4) volverse más capaces de dominar las situaciones problemáticas y
- 5) adquirir aptitudes de solución de problemas.

Por su parte la Cruz Roja Americana ha desarrollado el concepto que "no se necesitan profesionales o especialistas en las comunidades para tratar las urgencias psicosociales causadas por un desastre, si se tiene una brigada ó equipo de personas capacitadas en los primeros auxilios psicológicos que puedan escuchar e interactuar con otros a su alrededor, así como crear un ambiente de seguridad y esperanza". "El apoyo se basa no solo en ciertas técnicas sino también en nuestra relación con otros seres humanos".

Los objetivos de primeros auxilios psicológicos son:

- Alivio en lo inmediato de los síntomas de reacción.
- Restauración de un nivel de funcionamiento CASIC mínimo: (cognitivo, afectivo y somático, interpersonal y conductual)
- Cierta comprensión de los eventos precipitantes relevantes que conducen al desequilibrio.
- Identificación de los recursos de ayuda y rescate que se pueden utilizar: Personales, familia, profesionales, comunidad, etcétera.
- Iniciar nuevas formas de percibir, pensar y sentir lo hasta ahora sucedido.
- Desarrollar habilidades de afrontamiento efectivo, autoestima, asertividad y solución de conflictos.

- Dar seguimiento a la intervención o asegurar su atención especializada posteriormente.

Funcionan de ayuda terapéutica breve y de urgencia “los primeros auxilios psicológicos” con tiempo limitado. Es el tratamiento que se elige en situaciones disruptivas o 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 (Caplan, 1964). Puesto que la experiencia disruptiva 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. El énfasis en la oportunidad se considera para reducir el peligro de respuestas violentas (autodestructivas) y, al mismo tiempo, que la víctima encuentre la mejor manera para afrontar el suceso.

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.

Se han desarrollado 5 pasos estratégicos para la intervención de “los primeros auxilios psicológicos”:

1. Realizar contacto psicológico:

Se define este primer contacto ó empatía, forma de “conexión” con los sentimientos y necesidades de la víctima durante la situación disruptiva. La tarea es escuchar cómo la víctima visualiza la situación y se comunica con nosotros. A si mismo, se le invita a hablar y a escucharse sobre lo ocurrido (los hechos) y observar sus reacciones (sentimientos y actitudes) ante el acontecimiento, estableciendo lineamientos reflexivos y sentimientos encontrados. Existen varios objetivos del primer contacto psicológico: el primero es que la víctima sienta que se le escucha, acepta, entiende y apoya, lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de sus ansiedades.

2. Analizar las dimensiones del problema:

La indagación se enfoca a tres áreas: a) *presente* b) *pasado inmediato* y c) *futuro inmediato*. El presente hace referencias a “*qué sucedió, cómo te sientes, qué piensas, qué puedes hacer*”. El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado en que se encuentra la víctima y su indagación implica preguntas cómo: “*quién, qué, dónde, cuándo, cómo*”. El futuro inmediato se enfoca hacia cuáles son los eventuales riesgos para la víctima y prepararse para las posibles soluciones inmediatas.

3. Sondear posibles soluciones:

Implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden postergarse. Se refiere a llevar o “acompañar” a la víctima a generar alternativas mostrando otras posibilidades. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular.

4. Iniciar pasos concretos:

Se refiere a ayudar a la víctima a ejecutar alguna acción específica. El objetivo es en realidad muy limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación. El personal brigadista tomará una actitud facilitadora o directiva, según las circunstancias, en la ayuda al paciente para tratar con la situación presentada.

5. Verificar el progreso:

Se refiere a extraer información y establecer un procedimiento que permite el seguimiento para verificar el progreso de ayuda en caso de ser necesario y así llevar un registro del progreso de el o las víctimas. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro posterior, cara a cara, 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.

Se debe tomar en cuenta que la víctima es un individuo normal, sometido a una situación disruptiva profundamente perturbadora y que responderá a ella de acuerdo a su verdadera y específica historia personal y a su propia circunstancia biopsicosocial y familiar. Además, en la expresión del dolor por las circunstancias propias del suceso intervienen una serie de factores que son propios a cada circunstancia.

La plática con la víctima presupone en principio las condiciones psicológicas de todo buen diálogo, y estas son, la actitud de respeto a la interioridad del otro, el escuchar realmente lo que se dice y lo que no se dice expresamente, el ayudar al otro a que perciba por sí mismo sus problemas y a que descubra la dirección de una solución, entre otras.

Como hemos visto, existen algunos elementos particularmente deseables que son condiciones para el establecimiento de cualquier relación humana y profesional con la víctima, matizadas por la flexibilidad que rige a todo intercambio bidireccional y que constituyen la actitud de apoyo o soporte propuesta en la asistencia a la víctima:

- Interés y preocupación legítima por la víctima y su familia (la preocupación es uno de los atributos más altamente valorados junto con la compasión).
- Empatía: La relación con la víctima es el conector para su vida
- Autenticidad: real, natural, honesta y sincera.

- Calidez: espontánea, acogedora y preocupada.
- Deseo de ayudar.
- Continuidad en la ayuda ofrecida, tanto a la víctima como a la familia.

En el momento de la relación o terapia que se lleve a cabo con las víctimas considere como herramientas:

1. Escuchar y entender:

Escuchar no es un procedimiento pasivo y distante, por el contrario, mediante esta actitud se transmite a la persona que uno se encuentra interesado y es un miembro activo de la relación. La comprensión no se expresa por medio de "sermones", "slogans" o comentarios muy largos a la víctima, más bien debe economizarse el lenguaje intentando clarificar lo que él está diciendo y ayudando a facilitar el flujo de la comunicación. El objetivo principal con esta herramienta es ayudar a que se exprese, y si uno hace preguntas innecesarias, habla muy a menudo, da explicaciones muy prematuras, reasegura muy rápidamente o desarrolla elaborados discursos, va a interferir con la comunicación.

2. Facilitación o Evocación:

Con este elemento se estimula la comunicación y se obtiene mayor información de un tema determinado. El recuerdo puede ser directo o indirecto: es directo cuando se pregunta especificando lo que se quiere conocer pero siempre evitando sugerir la respuesta; para evitar respuestas inducidas no se deben hacer preguntas cerradas que conduzcan a respuestas de Si-No. Si obtenemos una respuesta cerrada, se debe procurar re-formular la pregunta dándole igual peso a las alternativas propuestas. Es indirecta cuando se invita o estimula a la víctima a continuar elaborando un tema sin especificar el contenido de lo que se quiere conocer; esto se hace generalmente repitiendo parte de lo que el sujeto acaba de decir, o utilizando "muletillas" en forma de pregunta o mostrando interés.

Otra forma de evocación indirecta es resumir lo que el deudo acaba de decir o preguntar simplemente "¿hay algo más que quiera añadir o decirme?". Las pausas o silencios entre frases o comentarios de la persona a veces tan incómodos y angustiantes también pueden servir, en algunos casos, como estímulo indirecto para facilitar la comunicación de un determinado tema, particularmente aquellos más delicados y emocionalmente impregnados.

3. Apoyo:

Esta herramienta ayuda a tener una mejor relación ó mas estrecha con la víctima. También se refiere a aquellas expresiones o acciones que se dirigen a restaurar el bienestar o confianza de la persona, especialmente cuando hay temor o ansiedad. El apoyo no debe hacerse hasta que se hayan examinado cuidadosamente los problemas primarios de la persona; ya que si su evaluación ha sido incompleta o si el apoyo se manifiesta muy rápidamente, se puede impedir que explique sus problemas completamente o puede causar desconfianza e inseguridad.

4. Clarificación:

La clarificación no hace referencia a interpretaciones de lo que el sujeto dice o expresa verbal o no verbalmente, sino al procedimiento por el cual nos aseguramos de que la víctima y nosotros estamos entendiendo lo mismo. Tiene el fin de estimular o planear decisiones al indicar alternativas y consecuencias sin dirigir a la víctima a seguir un curso específico de acción: Clarificar no es igual a agregar información.

5. Educación:

El ejemplo más claro de esta herramienta, que de hecho posee efectos terapéuticos, es cuando determinados síntomas (p.ej., sentimientos de angustia, ansiedad) están basados en concepciones erróneas ("infarto del corazón", "muerte inminente"). La información que se pueda impartir acerca de estos síntomas\fenómenos que se presentan durante la fase aguda de la crisis tienen un gran valor desde el punto de vista terapéutico y profiláctico. La educación de las víctimas y de sus familias son una de las herramientas de mayor utilidad en la práctica asistencial, y cuyos beneficios dependen en parte del tiempo que se dedique a la persona.

La intervención en crisis puede incluir también otras técnicas, las cuales son proporcionadas por personal especializado como:

- Educación y preparación preincidente.
- Intervención individual en la crisis.
- Intervención familiar en la crisis.
- Intervención espiritual (pastoral) en la crisis.
- Intervención para grupos pequeños de víctimas primarias, secundarias o terciarias (los directamente afectados, sus familiares y amigos cercanos, socorristas y personal de ayuda humanitaria).
- Formación para el manejo de la crisis en grupos grandes de víctimas primarias.
- Programa de soporte en desastres para socorristas y personal de ayuda humanitaria que actuó directamente en la emergencia.
- Mecanismos de seguimiento y para referir a los sobrevivientes con personal especializado.

También se han descrito algunas modalidades específicas:

- Selección o triage: procedimiento para selección y atención de casos inmediatamente después del desastre, logrando una disminución de la desorganización cognoscitiva y emocional. El procedimiento está directamente relacionado con los primeros auxilios psicológicos.
- Desactivación o defusing: se emplea dentro de las primeras 12 horas después del evento traumático para grupos pequeños de víctimas primarias, secundarias o terciarias.
- Desmovilización o debriefing: Según señalan algunos autores, se emplea después de 12 horas de ocurrido el evento traumático. Se sustenta,

básicamente, en el principio de compartir experiencias traumáticas con un componente educativo añadido.

- Outreach: procedimiento para encontrar a las víctimas, ayudándolas a expresarse y comprender las reacciones emocionales como consecuencia del desastre.

Debriefing

Esta técnica breve ayuda a la víctima a trabajar en los momentos de la crisis. Es conveniente realizarla en las primeras 48-72 horas después de los primeros auxilios Psicológicos.

Sus objetivos:

- Aliviar la carga del estrés asociado a la crisis.
- Generar un espacio en donde se puedan expresar de forma segura los sentimientos y pensamientos relacionados con lo vivido.
- Favorecer el apoyo intragrupal entre los que se han visto implicados por la misma situación de pérdida.
- Anticiparse a los problemas y prevenir posibles secuelas psicopatológicas en los miembros del grupo.
- Normalizar en cada una de las personas las reacciones que se están teniendo, evitando que se sientan diferentes al resto del grupo.
- Detectar a las personas más afectadas, facilitándole la ayuda y el seguimiento que se requiera.

El número de participantes dependerá del tamaño de la familia asistente, si bien es conviene que esté entre las 5 y 20 personas. Su participación debe ser, por su puesto, voluntaria y nunca forzosa.

Para su implementación es necesario disponer de un espacio cómodo y donde no se produzcan interrupciones. Toda la información que se presente será confidencial. Como en toda reunión grupal (al habilitar este espacio), es frecuente que durante la sesión algún participante se sienta un poco peor que al inicio.

Fases del Debriefing (DB)

1. Introducción:

Presentación inicial de los participantes (incluido el miembro del ERC), explicación del propósito de la reunión, resaltando el beneficio que tendrá para ellos y, por tanto, la importancia que tiene.

2. Procedimiento y reglas de la técnica

- No es necesario hablar de lo que no se quiera y no se forzará a nadie a que lo haga;

- Todas las manifestaciones serán respetadas, cada uno de los participantes hablará de sí mismo, no valen críticas ni juicios;
- Si alguien se siente muy mal, puede abandonar temporalmente y volver cuando se encuentre mejor.
- Es importante señalar que toda la información será confidencial.

3. Relato de los hechos:

Se trata de que los participantes comenten qué es lo que ocurrió y cómo se fueron desarrollando los hechos. Los temas pueden ser: ¿qué fue lo que pasó y cómo ocurrió?, ¿qué fue lo que le resultó más difícil ese día?, percepciones sensoriales que tuvieron a lo largo del día del anuncio de la muerte, ¿qué ruidos recuerda?, etc. Es importante que ellos, entre todos, consigan una descripción detallada de lo que pasó ese día. Con el fin de que expresen su percepción de los hechos y se sientan acompañados.

4. En esta fase se pretende que los participantes expresen aquellos pensamientos y sentimientos que han ido teniendo a lo largo de los días desde el fallecimiento del ser querido, identificándolos, si es posible, en un papel; el miembro del ERC realizará un listado común. Esta fase es la más significativa para identificar a aquellas personas que están más afectadas por la situación vivida, siendo conveniente tener un encuentro posterior con ellos.

5. Normalización y educación:

Los pasos en esta fase de la terapia se concretan en: resumir los aspectos más significativos de la sesión, normalizar las reacciones que están teniendo (es decir, situar en un marco de normalidad, de respuestas normales para la fase aguda del duelo), explorar la estrategias de afrontamiento que han puesto en marcha o bien animar a que movilicen los recursos que tienen, proporcionar herramientas y/o consejos que les ayuden a elaborar adecuadamente esta experiencia (empezar por información, compañía y conversación; remitir a la charla de duelo). Se les brindará información acerca de cuándo se deben preocupar por sus reacciones para que busquen, si fuera necesario, ayuda adicional (unidad del duelo). Los objetivos que se persiguen en esta etapa se van a ir consiguiendo durante toda la sesión.

6. Finalización:

Antes de dar por finalizada la reunión, se dará la posibilidad para que pregunten o hagan algún aporte que consideren necesario.

Como parte del seguimiento, y después de 3 o 4 semanas, es conveniente analizar –personalmente o por teléfono– como se han ido normalizando las reacciones de los familiares, descartando la presencia de manifestaciones que nos puedan alertar de una ayuda especializada.

Capítulo IV

4 Propuesta:

La propuesta de este trabajo es la realización de un taller de capacitación que tiene por objetivo proporcionar recursos y técnicas a las víctimas de tercer nivel, que les facilite afrontar las situaciones estresantes que pueden ocurrir durante un evento o desastre, a fin de prevenir el desgaste profesional o síndrome de Burnout.

Este taller se dirigirá al personal que interviene en situaciones de desastre (bomberos, paramédicos, brigadistas, TUM, TEM, médicos, policías, personal de protección civil, voluntarios y otros), quienes frecuentemente perciben como normales ciertas situaciones que están lejos de serlo. Se seleccionó este grupo de personas, ya que en su calidad de víctimas de tercer nivel la mayoría, no dispone del conocimiento para identificar y manejar las necesidades físicas, emocionales, cognitivas y conductuales; lo que podría desencadenar y disminuir su capacidad para desarrollar de manera óptima su labor como personal de primera respuesta.

Durante la atención de un evento o desastre, frecuentemente existen conflictos de interés debido a la falta de definición de funciones y de organización, lo que provoca ambigüedad en la atención y malestar personal de los diferentes grupos que intervienen. Por lo que no existe claridad en las tareas.

A menudo estos trabajadores atienden necesidades diversas, y se enfrentan a una gran cantidad de repercusiones emocionales. Resisten largas horas de esfuerzo, sin pensar mucho en los alimentos o el reposo, tienen una fuerte exposición a emociones intensas, experimentan condiciones de trabajo especiales, se encuentran lejos de la familia y amigos además de tener poca comunicación con ellos.

Por lo regular estos trabajadores siempre tratan de ser útiles y proceden a rescatar heridos, recoger muertos y aplicar los métodos de *triage* (método utilizado para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles en materia de intervención). Dichas reacciones pueden variar desde una adaptación satisfactoria y el crecimiento, hasta las secuelas patológicas y crónicas que vuelven disfuncional a un individuo.

Existen otros factores que pueden contribuir para un comportamiento disfuncional, como trabajar con la sensación de no tener control sobre la calidad de los servicios prestados, tener la consciencia del poco reconocimiento emocional o financiero o el sentido de una pérdida dentro del contexto familiar. Pero sobre

todo, el hecho de seguir laborando aún cuando se ha observado en ellos características del síndrome de burnout como el agotamiento físico, emocional y mental.

El comportamiento que suele manifestarse en este tipo de trabajadores no permite la ayuda profesional y suele poner una barrera entre el profesionalista de la salud mental y ellos, eludiendo su conducta y negando su estado mental. Al personal le suele molestar hablar de sus sentimientos por el temor de mostrarse débil e inseguro acerca del desempeño de su función, así como la dificultad para juzgar las propias reacciones y desempeño cuando se está abrumado y afligido, lo cual repercute en las responsabilidades que suele tener.

Es por eso que este grupo de trabajadores plantea un reto desde el punto de vista de la planificación y organización de un programa de rescate, pero sobre todo para la intervención psicológica.

Junto con su formación profesional considero que es necesaria una formación complementaria, en la capacitación de “primeros auxilios psicológicos” con el fin de adquirir las herramientas necesarias para identificar los riesgos a los que se encuentra expuesto y así prevenir la aparición del síndrome de burnout o el desgaste profesional.

La técnica de Intervención psicológica de “ Primeros Auxilios Psicológicos” servirá de instrumento de orientación con fines de prevención para que el trabajador cumpla adecuadamente sus funciones y en caso de que sea afectado por el tipo de labor que realiza, regrese a sus labores recuperado y trabajando con humanidad y eficiencia.

El taller incluirá una revisión del estrés y sus manifestaciones, el incidente crítico en estrés y cómo afrontarlo; se darán a conocer algunas estrategias y recomendaciones para prevenir el estrés y por último, se describirán las técnicas para descargar tensiones después de un incidente y para su uso rutinario con el fin de mejorar su salud y el mejor desempeño de sus funciones.

Se considera muy importante incluir una revisión de la importancia del trabajo en equipo con énfasis en las habilidades que deben ser desarrolladas por los trabajadores en beneficio de su éxito laboral y sobre todo, de su satisfacción personal. Lo anterior con el propósito de fortalecer su sentido de responsabilidad.

Es imperioso dar a conocer y entrenarse en medios alternativos de resolución de conflictos, en especial, sobre las técnicas de negociación y mediación, para un mejor tratamiento de los conflictos intra y extra grupal y una mejor comunicación y entendimiento entre las personas.

Ya que el principal objetivo de dirigir este taller a trabajadores expuestos a situaciones estresantes, conflictivas y traumáticas es el de minimizar la severidad

y duración del trauma emocional al que están expuestos, debe permitírseles la expresión de sus emociones y ayudarles a entender y comprender sus sentimientos y los efectos psicológicos que puedan aparecer algunas semanas después.

Las técnicas de desmovilización psicológica que se orientan a estos objetivos y que se conocen como el Defusing, y Debriefing, se mencionan más ampliamente en el tercer capítulo.

Se darán a conocer técnicas de auto ayuda, que les enseñaran aceptar el cambio y aprender las mejores formas de llevarlo a cabo voluntaria y favorablemente como son: técnicas de relajación, imaginería, meditación y ejercicios físicos y se les proporcionará material bibliográfico de fácil comprensión.

El beneficio adquirido por el asistente se evaluará mediante la aplicación de un examen inicial y un examen final de los conocimientos adquiridos.

Antes de la aplicación del taller, será necesario inducir a los asistentes en el concepto de Burnout, lo que se logrará a través de la difusión y revisión de un manual y a través de un cuestionario autoaplicado (Maslach) para medir el desgaste profesional.

Lo anterior, con el fin de provocar en ellos la curiosidad y despertar el interés en los trabajadores y obtener candidatos para que participen en el taller.

CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER

TITULO DEL TALLER: CAPACITACIÓN PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS

OBJETIVO PRINCIPAL:

Proporcionar herramientas y técnicas para afrontar las situaciones estresantes a todos los profesionales que intervienen en situaciones de desastre, para prevenir el desgaste profesional o síndrome de burnout.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ❖ Conocer las reacciones que pueden presentar los profesionales que se encuentran laborando en el desastre.
- ❖ Saber e identificar las diferentes manifestaciones del estrés
- ❖ Adquirir técnicas de control de estrés
- ❖ Adquirir estrategias para una intervención efectiva y adecuada con las víctimas
- ❖ Entrenar habilidades que favorezcan la intervención de los participantes en momentos críticos, estos consisten en la escucha activa, empatía, observación.
- ❖ Conocer el funcionamiento CASIC mínimo (Cognitivo, Afectivo y Somático, Interpersonal y conductual)

Modalidad: Teórico-práctico

Fecha:

Horario: 8:30 a 14:30 hrs.

Tiempo: 30 horas

Dirigido a: Médicos en emergencias, enfermeras, asistentes sociales, maestros, sociólogos, periodistas, ingenieros geólogos, volcanólogos, militares, policías, brigadistas de la Cruz Roja, de la Defensa Civil, del Cuerpo de Bomberos, entre otros

Cupo: 20 personas

Requisitos: Personal que labore en urgencias con o sin experiencia.

No SESION	TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
1	<p>1. Definición de desastres:</p> <p>1.1 Clasificación de los desastres</p> <p>1.2 Fases del desastre</p>	<p>Objetivos</p> <p>Que los participantes cuenten con el conocimiento e identificación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los tipos de desastre y ➤ Fases del desastre. <ul style="list-style-type: none"> • Con el fin de sensibilizar a los participantes de la naturaleza de los desastres y posible prevención en ciertos casos. • Reconocer las diferentes fases del desastre para conocer el momento oportuno de las intervenciones 	<p>Técnicas/Actividades</p> <p>Presentación de collage de imágenes de desastres y el planteamiento de las emociones posterior a esto.</p> <p>Impartir la parte teórica sobre el tema</p>	<p>Material</p> <p>Proyectos y Computadora</p>	<p>Tiempo</p> <p>4 hrs</p>

2	2. Tipos de Víctimas 2.1 Víctimas de primer nivel 2.2 Víctimas de segundo nivel 2.3 Víctimas de tercer nivel 2.4 Víctimas de cuarto nivel 2.5 Víctimas de quinto nivel	Objetivos ❖ Que los participantes identifiquen los tipos de víctimas ❖ Favorecer la empatía de los participantes con las víctimas de tercer nivel	Técnicas y Actividades Realizar un Roll playing, que consiste en un ejercicio de cambio de papel de interventores a víctimas. Ponerte en el lugar del otro.	Material Proyector y Computadora	Tiempo 4 hrs
---	--	--	---	--	----------------------------

3	<p>3 Reacciones de los trabajadores de primera respuesta o víctimas ocultas durante las fases de desastre</p> <p>3.1 Reacciones de los trabajadores durante las fases del desastre</p> <p>3.2 Reacciones normales</p> <p>3.3 Reacciones específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Estrés agudo, ➤ Estrés crónico ➤ Postraumático. ➤ Depresión ➤ Burnout 	<p>Objetivos</p> <p>Que los participantes cuenten con el conocimiento básico de las reacciones que pueden presentar las personas que laboran con las diferentes víctimas después de un hecho disruptivo con la finalidad de entrenar su habilidad de detectar las emociones en otra persona.</p> <p>Tener conocimiento teórico de las reacciones que pueden presentar los trabajadores que laboran en situaciones de desastre.</p>	<p>Técnicas y Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Presentar imágenes en donde se representan emociones y los participantes las identifiquen ❖ Actuar las diferentes tipos de emociones 	<p>Material</p> <p>Proyector y Computadora</p>	<p>Tiempo</p> <p>4hrs</p>
---	--	---	--	---	----------------------------------

4	<p>4. Intervención en crisis</p> <p>4.1 Definición de Primeros Auxilios Psicológicos</p> <p>4.2 Bases teóricas de Primeros Auxilios Psicológicos</p>	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes reciban la información teórica de los Primeros Auxilio Psicológicos • Los participantes despejen sus dudas respecto a la técnica. 	<p>Técnicas y Actividades</p> <p>Definición del grupo sobre la técnica</p> <p>Ronda de preguntas para disipar dudas</p>	<p>Material</p> <p>Proyector y Computadora</p>	<p>Tiempo</p> <p>4 hrs</p>
5	<p>5. Aplicación del control de estrés</p> <p>a. 5.1 Uso de la técnica de desahogo psicológico (Debriefing y Defusing)</p>	<p>Objetivos</p> <p>Conocer las técnicas (Debriefing y Defusing) para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Minimizar el sufrimiento psicológico innecesario con el fin de: ❖ Expresar sentimiento ❖ Reorganización cognitiva ❖ Disminuir el nivel de tensión y la sensación de tener síntomas anormales ❖ Movilizar recursos dentro y fuera del grupo para fomentar la cohesión. ❖ Identificar necesidades mayores como el burnout 	<p>Técnicas y Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Reestructuración cognitiva: centrarse en las creencias erróneas y desadaptativas. ❖ Incremento de la autoestima ❖ Relajación con refuerzo verbal ❖ Relajación y respiración profunda ❖ Habilidades sociales 	<p>Material</p> <p>Proyector y Computadora</p>	<p>Tiempo</p> <p>4 hrs.</p>

Conclusiones

Los desastres son eventos imprevistos, repentinos, de enorme dimensión, que generan daños y pérdidas irreversibles a los bienes y entorno de una sociedad, producen gran cantidad de damnificados que requieren atención médica afectando todo su entorno

Este tipo de suceso genera un disturbio interno como resultado de la percepción de una amenaza sobre la integridad de la víctima. Producen una irrupción del mundo externo sobre el mundo interno, provocando una brecha en la unidad bio-psicosocial del individuo.

Los mecanismos habituales defensivos de las víctimas suelen ser ineficaces o muchas veces insuficientes para abordar cualquier tipo de suceso inusual o inesperado tal como se ha sostenido a lo largo de esta investigación.

Como es de suponer, las consecuencias psicológicas no sólo afectan a las víctimas y familiares sino también a todas las personas que se encuentran involucradas en el suceso, como son los profesionales y el voluntariado de las diferentes Instituciones: Ejército, Bomberos, Protección Civil, Cruz Roja.

Son los profesionales y el voluntariado quien se enfrenta a una situación de incertidumbre en el número de víctimas, traslado de heridos y atención de los mismos. Por lo que su tarea y experiencia ha permitido enriquecer la intervención en crisis, ayudando a mantener un registro de todas las observaciones dadas y así avanzar en el desarrollo de nuevas intervenciones o mejorar las que ya se encuentran establecidas.

Dado el aumento de desastres en los últimos años y las repercusiones psicosociales que esta teniendo la población, se debería contar con suficientes recursos para intervenir eficazmente en este tipo de situaciones y lograr reducir enérgicamente los daños.

Se debe destacar que no se puede evitar que un evento natural impacte a la población; sin embargo, si se encuentra en nuestras manos el poder de adoptar medidas para mitigar los daños generados por esta amenaza. Es un hecho que en nuestro país cada vez se observan más instituciones y organizaciones comprometidas en aplicar y profundizar en la técnica de los "primeros auxilios psicológicos".

Esta medida de intervención será eficaz y más eficiente cuando la sociedad haya recibido información continua y actualizada para una adecuada prevención frente a algún suceso inesperado

Esto no quiere decir que se pretenda formar psicoterapeutas improvisados, pero si capacitar en "una intervención adecuada", para mantener las habilidades apropiadas

y poder resolver de la mejor manera posible alguna interrupción de algún compañero(a) que se encuentre en contacto directo con las víctimas de manera inmediata en el lugar del desastre.

Por lo anterior, desde el sismo de 1985, la UNAM ha visto la necesidad inmediata de ofrecer formación, información, así como asesoría psicológica a través de diferentes medios (electrónicos, internet y teléfono) a los diferentes sectores de la población a través de la Facultad de Psicología.

Después de hacer una revisión de las necesidades para la capacitación e intervención a las víctimas de tercer nivel se ha planteado la propuesta de Capacitación en la técnica de intervención en Primeros Auxilios Psicológicos.

Esta capacitación pretende darle la importancia suficiente a este personal ya que ellos son los que mantiene el contacto directo con las víctimas y sus familiares o la población que no se encuentra afectada por el suceso. Y es el enlace principal en momentos críticos que se viven en el lugar del suceso.

Es así como en este sentido, los trabajadores necesitan emplear distintas estrategias para ofrecer la mejor ayuda posible a las víctimas y a otras personas afectadas. La prestación de un servicio adecuado y, por ende, de una intervención exitosa, que exige, entre otras cosas, que el personal que labora en estas entidades sea un buen conocedor de la técnica de "Primeros auxilios psicológicos" y que cuente con los elementos necesarios para una atención especializada desde su trabajo.

Para la realización de esta capacitación es importante contar con personal calificado para su aplicación, los cuales deben ser especialistas en la intervención en crisis y además tener experiencia en la atención a víctimas, esto con la finalidad de que cuenten con experiencia y habilidades para fortalecer los conocimientos en los participantes.

El alcance del taller es ambicioso ya que se diseñó para que sea proporcionado por personal profesional especializado en intervención en crisis, y que deberá interrelacionarse con profesionales que también se han especializado en las emergencias y desastres, porque pretende resolver una necesidad a la que no se ha puesto atención anteriormente.

La capacitación puede ser modificada de acuerdo al criterio del capacitador como considere.

Referencias

Ahearn FL y Cohen RE (1985), **Disaster and Mental Health**, An Annotated Bibliography. U.S. Government Printing Office,.

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. 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 trabajo inédito.

American Psychological Association (1972). **Manual de Primeros Auxilios**. Washington, DC, E.E.U.U, Author.

American Psychological Association (1972). **Manual de Primeros Auxilios**. Washington, DC, E.E.U.U, Author.

American Psychological Association (2000). **DSM-IV-TR**. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson.´

Aptekar, L. (1994). **Environmental disaster in global perspective**, Nueva York: G. K Hall

Aranda Romero .J A. (1997), **Intervención Psicológica Inmediata con Víctimas de una Catástrofe Natural**, en A Fondo, Papeles del Psicólogo, 1997, No 68. España

Bandura, A: Teoría del Aprendizaje Social. Espasa-Calpe, Madrid, 1984.

Barlow, D.H: **Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic**. New York, Guilford, 1988

Beck, A.T; Rush, A.J; Shaw B.F; Emery, G: **Cognitive therapy of depression**. Guilford Press, New York, 1979. (Traducción D.D.B, 1983)

Beck, A.T; Emery, G: **Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective**. New York, Basic Book, 1985

- Beck, , A.T; Freeman, A: Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Paidos, Madrid, 1995.
- Bellak Leopold (1987), **Manual de psicoterapia breve intensiva y de urgencia**, Manual Moderno, México.
- Bellak y Small (1980). **Psicoterapia breve y de emergencia**. México PAX (Segunda Edición 2004)
- Brewin, C., Andrews, B., & Valentine, J. (2000). **Meta-analysis of risk factors for psotraumatic stress disorder in trauma exposed adult**. Journal of consulting and clinical psychology, 68, 748-7606.
- Berren, M. R., Santiago, JI, Beizel, A & Timmons, S. A. (1989). **A. Classification disaster** (pp. 40-58). New York: Wilay
- Britton, N. R. (1986). **Developing an undertanding of disaster**. Australian & New Zeland SJournal of sociology 22 (2), 24-27.
- Bruno Lima, Silvia Pompei, Hernán Santacruz, Julio Lozano, Shaila Pai (1978). **La detección de problemas emocionales por el trabajador de atención primaria en situaciones de desastre: Experiencia en Armero Colombia**. Salud mental V.12 No 1, marzo de 1989. Cox, t.Stress. University Park Press, Baltimore, 1978
- Cobo, J. A. y Aso, J. (1997). **Revisión de los grupos y factores de riesgo en asitencia psicológica en los desastres**. Trabajo presentado en Jornadas de Psiquiatria. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza
- Cohen, R.E. (1999), **Salud Mental para víctimas de desastres**, Manual para instructores, OPS/OMS, Manual Moderno, México (1999).
- Cohen RE. **Psiquiatría y Desastres** (1991). Manual de Psiquiatría, Dr. Alberto Perales (ed) 2ª Edición, Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, Lima Perú,.
- Chicharro, F., Pérez-Sales, P. y Vázquez C. (2003). **Psiquiatras afirman que en el trastorno de Trauma hay que suplantar el cvconcepto de "víctima" por el de superviviente**". Informedpress. Agencia de Noticias Médicas. Recuperado, el 7 de enero de 2005 de
- Desastres, **Consecuencias Psicosociales de los Desastres: La experiencia Latinoamericana**, Serie de Monografía Clínicas No 2 1989, Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental "Simón Bolívar"
- Echeburúa. E. (2005), **Avances en el tratamiento Psicológico de la Ansiedad**, Madrid España, Colección Psicología, Ediciones Pirámide.
- Echeburúa. E. (2005). **Superar un trauma el tratamiento de la víctima en sucesos violentos**, Madrid España, Colección Psicología, Ediciones Pirámide.

- Ehrenreich, J.H. (1999) **Enfrentando al desastre**: una guía para la intervención psicosocial. Recuperado el 21 de mayo de 2002. [http://www.mhwb.org/enfrentando%el %20desastre.pdf](http://www.mhwb.org/enfrentando%el%20desastre.pdf).
- Eitinger, L. Askewold, F. (1968). Psychiatric aspects. En A. Strong (Edo), **Concentration com survivors** (pp, 45-85), New York; Humanities Press.
- Erickson, K.T. (1976) **Disaster at Buffalo Creek**. American Journal of Psychiatry, 133,302-305.
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna (1993). **Informe mundial de Desastres**. Dordrech, SHolanda: Martinus Nijhoff.
- Fester: **Animal behavior and mental illness**. Psychological Recor, 116, pp.345-356. 1996
- Fernández Ballesteros, R: **Psicodiagnóstico**. UNED, Madrid, 1981.
- Fouce, J. G. y Sánchez, E. (2002). **Intervención psicológica en situaciones de emergencia**. Anuario de Psicología, 33 (1), 63-78.
- Fritz, C. E. (1961). Desasters. En R. K. Merton & R. A. Nisbet (eds) Contemporary Social Prolems, New York: Hacourt.
- Galindo Edgar, **El Papel de los psicólogos en situaciones de catástrofe**: El caso de los terremotos de setiembre de 1985 en México. Sin año, Centro Documentario para desastres de la OPS/OMS en San José Costa Rica
- Garaventa, D. (1989). **Mental health and disaster**. En R. Gist & B. Lubin (Eds.), Psychosocial aspects of disaster (pp. 190-227). New York: Wiley.
- García R, M., Gil, J. M y Valero, M. (2007) **Psicología y desastres: aspectos psicosociales**. Castellón de la Plana:: Universit Jaune 1
- González, Miguel-Tobakl, Cano e Irvarrizaga, I. (2001). **Efectos de la exposición a eventos traumáticos en personal de emergencias**: Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-m en Madrid. Ansiedad y Estrés, 10 , 207-217.
- Gutiérrez L (1999) **La universidad ante la nueva cultura educativa**. Madrid: Síntesis. La presencia de psicólogos ya se considera como uno recurso humano más en una gestión eficaz de la catástrofe
- Hartsough, D.M.& Myers, D.G. (1985) **Prevention and control of stress among workers**. **Rockwille**, MD.: National institute of Mental Health.
- Helzer, J. E., Robins, L. N. y Mc.Evoy, L. (1987). **Post traumatic stress disorder in the general population**; Findings of the epidemiologic catchment area survey New Engleand. Jorunal of Medicine, 317,1630-1634.
- Hernán, J. (1999). **Problemas de Salud Mental en desastres**. Textos y Contextos, año 1, abril.
- Hodgkinson, P.E. & Stewart, M. (1991). **Caping with catastrophe**: A hand book of disaster management. New York. Routledge.

Jeff Mitchell y Grady Bray (1990) **Emergency Services Stress, guidelines for preserving the health and careers of emergency services personnel**, Ed. Brady, New Jersey.

Kliman, A.S. **The Corning flood project: Psychological first aid following a natural disaster**. En H. Parad ; H.P. Resnick & L. G. Parad (Eds.), Emergency and disaster management: A mental health sourcebook. 1976 (pp. 325-335). Maryland: Charles Press.

Lazarus, A.A: Behavior therapy and beyond. MacGraw-Hill, Onc, 1971 (Traducción: Paidós, 1980).

Lazarus, A.A: **Terapia multimodal**, IPPEM; México, 1983.

Lazarus, A.A: **Casebook of multimodal therapy**. Guilford Press, 1985

Lazarus, A.A: **Multimodal therapy**. In : Norcross: **Handbook of eclectic psychotherapy**. Bruner/Maze, 1986.

Lazarus, A.A: **The multimodal approach with adult outpatients**. In : Jacobson: **Psychotherapy in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives**. Guilford Press, 1987.

Lazarus, R.S: **Estrés y procesos cognitivos**. Martínez Roca, Barcelona, 1986.

Lieberman, R.P: **Rehabilitación integral del enfermo mental crónico**. Martínez Roca, 1995.

Lifton, R & Olson, E. **The human meaning of total disaster: The Buffalo Creek experience**. Psychiatry, 1976 39 (2), 1-18

MacCaughey, B. G. S. U.S. Manual disaster the psychological symptomatology. U. S. Naval Research Center Report, 1984 (2), 8-20.

Martin Bearistain, C. **Reconstruir el tejido social**. Un enfoque crítico a la ayuda humanitaria. Barcelona.1984.

Maslach C, Jackson S. **The measurement of experienced Burnout**. J Occup Behavior 1981; 2:99-113

Mitchell, J.T. **When disasters strikes... the critical incident stress debriefing process**. Journal, of Emergency Medical Services, 1983-8, 36-39.

Organización Panamericana de la Salud. Informe de progreso sobre los preparativos y la respuesta frente a los desastres sanitarios a nivel nacional y regional. 47.º consejo directivo 25- 29 de septiembre de 2006. Washington, DC, disponible: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-inf4-s.pdf> (fecha de acceso 1 mayo 2009)

Pacheco, T . **Estado de salud general y psicosocial de intervinientes**

Prewitt Joseph, **Primeros Auxilios Psicológicos**, Cruz Roja Americana , Delegación Regional de Centro América,, enero 2001.

Quarantelli, E.L. "**Disaster related social behavior: Summary of 50 years of research findings**", "Universidad de Delaware" Centro de Investigación de desastres,.1999.

Quarantelli, E.L, **Comportamiento en casos de desastre: hipótesis y realidades**, Preparación para casos de desastre en las Américas, Boletín No 13, Oct, 1982

Raphael, B. **When disaster strike**. How individuals and communities cope with catastrophe. New York Basic. Books 1986.

Revista de Protección Civil, 1 . Accesible en: <http://www.proteccioncivil.org/revispc1/rpc01> (consulta 15 de mayo de 2009).

Ruiz, J.J: **Sentirse mejor**. Gráficas Blanca. Jaén, 2º edición, 1997.

Ruiz, J.J y CANO, J.J: **La terapia multimodal como alternativa**. Psiquis nº1-vol.20-AÑO XXI.pag.21-27. 1999.

Slaikew K. A.. **Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación**. México: Manual Moderno.

Smith, M. J. **Cuando digo no, me siento culpable**. Grijalbo, Barcelona, 1986.

Stin, M.C. y Resick, P. A. **Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático**. En- Caballo V.E: Manual de tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Siglo XXI. Madrid, 1997.

Strupp, H.H. Binderr, J.L.TRUPP, H. **Una nueva perspectiva en psicoterapia**. DDB, Bilbao, 1984.

Taylor, A. J. W. **A Taxonomy of disasters and their victims**. *Journal of Psychosomatic Research*, 535-544.

Taylor, A. & Frazer, A. (1982) **The stress of post-disaster body handling and victim identification work**. *Journal of Human Stress*, 8, 4–12.

. Valero Alamo, Santiago (2001) **Psicología en Emergencias y Desastres**: Una nueva especialidad. [Revista Paradigmas](#) año 2 Vol. 2 C.Ps.P.

Valero Santiago (1997), **El Manejo Psicológico del Duelo en Emergencias y Desastres**, Lima Perú.

Vallejo Ruiloba. **Introducción a la psicopatología y la psiquiatría**. 1996 Masson Barcelona 811.

WHO Department of Mental Health and Substance Abuse, **Briefing note on psychosocial/ mental health assistance to the tsunami-affected region**, 4 February 2005

ANEXOS



“ESTRÉS Y BURNOUT” MANUAL

Indice

Introduccion

Estrés

Causas

Consecuencias

Principales consecuencias físicas del estrés sobre el organismo

Síndrome de(Burnout)

Causas

Consecuencias

Introducción

“ Estrés y Síndrome de Burnout ”.

En este manual se hablara sobre el estrés y el síndrome burnout que pueden sufrir las victimas en caso de un desastre

Los trabajadores brigadistas, voluntarios, paramédicos, etc., laboran en situaciones de desastre y de conflictos cada vez más violentos por consecuencia, la carga individual y colectiva de las emociones y de las reacciones de estrés que sufren es muy pesada.

En circunstancias propias de un desastre pueden dar lugar a reacciones físicas, conductuales, emocionales y cognitivas que, de no ser neutralizadas de forma rápida y efectiva, pueden interferir en las habilidades del trabajador para desarrollar su labor en esos momentos e incluso en su posterior retorno a la actividad laboral habitual a sus relaciones familiares y sociales



Existen numerosos factores que contribuyen a generar estrés en el personal que actúa directamente con las víctimas como:

- ❖ Tipo de suceso
- ❖ Duración
- ❖ Escenario de intervención
- ❖ Sonidos
- ❖ Olores espeluznantes,
- ❖ La muerte de un compañero/a durante la intervención,
- ❖ El sufrimiento de las víctimas.

Estos factores, unidos al aumento de la formación de los trabajadores y a la aparición de nuevas necesidades que debe satisfacer en el trabajo, (como son la autonomía, la autoestima o la necesidad de sentirse parte de una organización) generan insatisfacción en el personal.



Trataremos de ver en qué consiste y como se define el estrés y el síndrome de quemarse (o burnout). Como veremos, las dos situaciones tiene en común ser consecuencia de unas determinadas condiciones desfavorables que las provocan, Intentaremos identificarlas y definir estas situaciones, ver sus posibles consecuencias, dar a conocer algunos criterios para su evaluación.

Estrés



Existen muchas y diferentes definiciones sobre el concepto de estrés, así como muchas situaciones que lo provocan. Nosotros nos centraremos en el relacionado con las situaciones que se encuentran en el ámbito laboral en el caso de desastre. Así entendemos por **estrés**

“El conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o empresa en el entorno de trabajo.”

El estrés es una respuesta normal del organismo. Cuando se hace frente a una “amenaza”, el cuerpo se prepara físicamente para ello, sin embargo el problema surge cuando el cuerpo está preparado para enfrentarse al “peligro” pero no puede hacerlo. Por ejemplo, ante un problema en una situación de crisis durante el suceso, el cuerpo se prepara para hacer frente a una situación determinada, pero si no puede responder favorablemente, esa tensión se acumula. La exposición prolongada al estrés agota las reservas de energía del cuerpo y puede llevar a situaciones extremas.

Las características personales que modulan los propósitos y las conductas del individuo y que tienen influencia en la producción de estrés son:

- ❖ Rasgos de personalidad: algunas características personales, de conducta, temperamentales o sociales explican las diferencias entre un individuo y otro.
- ❖ Las necesidades del individuo: entendidas como las carencias de algo que en caso de satisfacerse fomentaría el bienestar del mismo.
- ❖ Las aspiraciones: deseos de llevar a cabo lo que uno se propone.
- ❖ Las expectativas: disposición adquirida en virtud de la cual se espera que una respuesta a un estímulo produzca una situación determinada.
- ❖ Los valores: se refiere a qué fines o medios para conseguirlos son deseables.
- ❖ La formación: destreza y conocimientos adquiridos, la experiencia y, la capacidad intelectual y física que posee el individuo.

- ❖ La condición física y los hábitos de salud influyen en la capacidad para enfrentarse a los problemas en situación de desastre y en general en su vida cotidiana

En general, ante un cambio de situación externa que afecta al individuo (presión) se desencadena en éste una reacción orgánica (tensión). Así, cuando cualquier estímulo exterior suponga un factor de desequilibrio que trastorne la estabilidad de nuestro medio interno, se produce un estado de alerta, de movilización, de preparación para controlar el cambio de situación. A este estado se le denomina **respuesta de estrés**.

Tanto en la vida cotidiana como en la laboral son necesarias unas ciertas dosis de tensión o de estrés para funcionar. Estamos hablando en este caso de niveles mínimos de estrés, necesarios y adecuados, que algunos autores han definido como estrés positivo (o **eustrés**). Sin embargo, debemos admitir que no todo depende del trabajador y que, con frecuencia, existen determinados aspectos de las condiciones de trabajo que pueden favorecer la aparición de situaciones estresantes que son percibidas como insostenibles por quien las padece.

La respuesta que cada una de las personas damos ante una situación de estrés variará en función de la naturaleza de la demanda, de las expectativas que cada uno haga sobre la situación y de las capacidades específicas de cada uno de nosotros. Si, por ejemplo, tras la emisión de una respuesta obtenemos una consecuencia positiva (se controla la situación estresante) desaparecerá la respuesta de estrés y el organismo volverá a la normalidad, en consecuencia esta respuesta se instaurará como posible para el futuro.

Por lo que se considera que una persona está sometida a una situación de estrés cuando hace frente a demandas ambientales que sobrepasan sus recursos, o al menos así lo percibe. En estas situaciones el organismo emite una respuesta aumentando la activación fisiológica y cognitiva, preparándose para actuar. Las consecuencias de esta activación dependerán de su duración, frecuencia e intensidad.



CAUSAS

Así, la respuesta de estrés depende en parte de las demandas de la situación, y en parte de las habilidades, recursos o forma de comportarse de la persona en dicha situación antes, durante y después de un desastre. También cabe destacar la importancia que tienen el apoyo social y el control sobre el propio trabajo como factores moduladores del estrés durante el trabajo que desarrollan en los lugares de desastre.

Los factores derivados de la organización o empresa de trabajo deben ser especialmente considerados antes de realizar cualquier intervención. En este sentido la evaluación de riesgos deberá contemplar determinadas situaciones que pueden ser generadoras de estrés:

- Demandas de tiempo excesivas que sobrepasan la capacidad de adaptación de la persona.

- El tiempo es importante ya que depende de la rapidez que actúe puede ser mas satisfactoria para la situación.
- Ambigüedad en el rol: cuando las funciones y responsabilidades del personal de primera respuesta no están definidas con exactitud, o no se disponen de suficiente información sobre quien debe actuar.
- Conflicto y sobrecarga de rol: el conflicto de rol se presenta cuando el trabajador brigadista tiene que decidir entre su responsabilidad familiar y su participación en una emergencia de larga duración, los integrantes de un mismo equipo tienen que hacer frente a dos roles distintos, por ejemplo el rol de amigo y el rol de jefe. Estos factores pueden afectar a la comunicación interpersonal, la confianza entre los trabajadores y aumentar los niveles de estrés.



- Recursos limitados de personal y equipamiento
- Insatisfacción de las necesidades básicas: alimentación, higiene, alojamiento.
- Malas relaciones personales, existencia de conflictos entre compañeros u otras instituciones
- Dirección equivocada y decisiones inadecuadas
- Falta de preparación o de formación necesaria. La situación inversa, es decir, el exceso de formación puede ser también fuente de estrés e insatisfacción porque no lo desarrolla cómo el trabajador lo sugiere.

CONSECUENCIAS

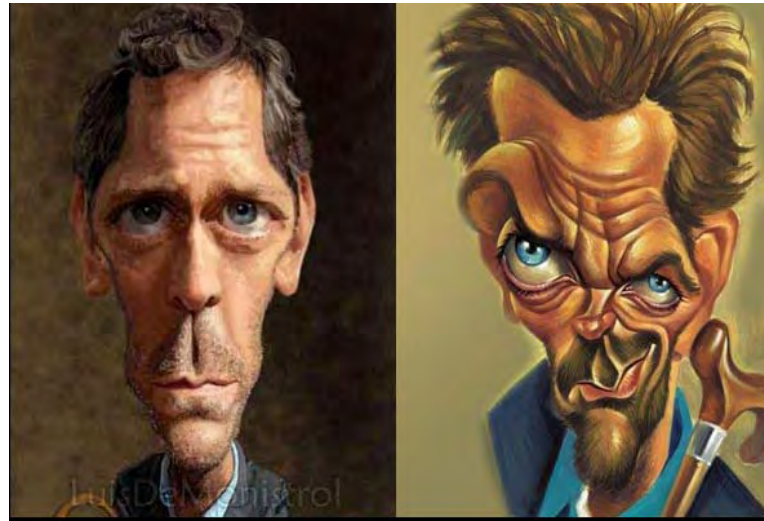
El organismo siempre se encuentra en un estado de estrés mínimo que se incrementa ante determinadas situaciones. Se puede dar así un efecto beneficioso o negativo, dependiendo de si esta reacción es suficiente para cubrir una demanda o ésta la supera. Este nivel de equilibrio dependerá de los factores individuales de las distintas experiencias.

La respuesta del organismo es diferente según se esté en una fase de tensión inicial en la que las alteraciones son remisibles, o en una fase de tensión crónica o estrés prolongado en la que los síntomas se convierten en permanentes y se desencadena la enfermedad.



Principales consecuencias físicas del estrés sobre el organismo

- Gastrointestinales: úlcera péptica, malas digestiones, digestiones lentas, gases, intestino irritable, colitis ulcerosas.
- Cardiovasculares: hipertensión arterial, angina de pecho, infarto, arritmias cardíacas, cefaleas migrañosas.
- Respiratorios: asma, respiración acelerada, dificultad en la respiración, sensación de opresión en la caja torácica, síndrome de hiperventilación.
- Endocrinos: hipoglucemia, diabetes, hipertiroidismo, hipotiroidismo, Síndrome de Cushing.
- Sexuales: impotencia, eyaculación precoz, vaginismo, coito doloroso, alteraciones del deseo sexual.
- Dermatológicos: picores, eczemas, sudoración excesiva, alopecia, soriasis, acné.
- Musculares: tics, calambres, contracturas, rigidez, dolores musculares (lumbalgias), alteraciones en los reflejos musculares.
- Otros: cefalea tensional, dolor crónico, insomnio, trastornos inmunológicos, (gripe, herpes, etc.), falta de apetito, artritis reumatoide.



Principales consecuencias psicológicas de estrés

- ❖ A nivel psicológico el estrés puede provocar una alteración en el funcionamiento del sistema nervioso central que puede afectar al cerebro.
- ❖ Cualquier alteración a nivel fisiológico en el cerebro va a producir alteraciones de las conductas, ya que el cerebro es el órgano rector de aquéllas. Entre los efectos negativos producidos por la activación reiterada de la respuesta de estrés estarían: preocupación excesiva, incapacidad para tomar decisiones, sensación de confusión, incapacidad para concentrarse, dificultad para mantener la atención, sentimientos de falta de control, sensación de desorientación, olvidos frecuentes, bloqueos mentales, hipersensibilidad a las críticas, expectativas negativas generalizadas, pensamientos preocupantes y/o distorsionados, mal humor, mayor susceptibilidad a sufrir accidentes, consumo de fármacos, alcohol, tabaco, etc.
- ❖ El mantenimiento de estos efectos puede provocar el desarrollo de trastornos psicológicos asociados al estrés. Entre los más frecuentes están: trastornos del sueño, ansiedad, miedos y fobias, adicción a drogas y alcohol, depresión y otros trastornos afectivos, alteración de las conductas de alimentación, trastornos de la asertivos y en las habilidades sociales.
- ❖ Entre los signos o manifestaciones externas a nivel motor y de conducta estaría: hablar rápido, temblores, tartamudeo, imprecisión al hablar, precipitación a la hora de actuar, explosiones emocionales, voz entrecortada, comer excesivamente, falta de apetito, conductas impulsivas, risa nerviosa, bostezos, etc.
- ❖ Los efectos descritos negativos citados anteriormente no sólo pueden perjudicar al individuo, sino que también pueden producir un deterioro en el ámbito laboral y una mala actuación ante alguna contingencia, influyendo negativamente tanto en las relaciones interpersonales como en el rendimiento y la productividad. Pueden inducir a la enfermedad, el absentismo laboral o incluso a la incapacidad de desarrollar efectivamente su trabajo

SÍNDROME DEL PROFESIONAL QUEMADO (BURNOUT)

Podemos definir el síndrome de burnout como un estado de cansancio físico y emocional resultante de las condiciones de trabajo. No debe confundirse con la depresión, aunque a veces la provoca, ni tampoco con el estrés, aunque puede ser su causa. A diferencia del estrés, no se trata de una situación transitoria, sino de un trastorno crónico con sintomatología intermitente o continua que se produce en trabajos que exigen entrega personal, algo de idealismo y trato personal.

La investigadora **C. Maslach** definió el término como un síndrome de fatiga emocional, despersonalización y logro personal reducido que puede ocurrir entre los individuos que trabajan directamente con personas.

Esta “quemazón” resultante sería la respuesta a una tensión emocional crónica, y originada por el deseo de lidiar con éxito con otros seres humanos que tienen problemas. La tensión, por lo tanto, es fruto de la interacción social entre la persona que recibe la ayuda y el que la da.

Los factores que influyen para esta “quemazón”:

- ❖ El Ambiente físico de trabajo
- ❖ Contenidos del puesto
- ❖ Condiciones ambientales del puesto (ruido, vibraciones, temperatura, iluminación, contaminantes químicos, etc.),
- ❖ Sobrecarga de trabajo o falta de estimulación,

Además de estos factores influyen también:

- ❖ Características individuales
- ❖ Características demográficas
- ❖ Personalidad
- ❖ Estrategias de afrontamiento
- ❖ Antigüedad
- ❖ Sexo
- ❖ Edad
- ❖ Estado civil
- ❖ Número de hijos
- ❖ Pobre orientación profesional o un programa formativo inadecuado.

Por lo regular estos trabajadores siempre tratan de ser útiles y proceden a rescatar heridos, recoger muertos y aplicar los métodos de *triage* (método utilizado para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles en materia de intervención).

Dichas reacciones pueden variar desde una adaptación satisfactoria y el crecimiento, hasta las secuelas patológicas y crónicas que vuelven disfuncional a un individuo.

El estado de agotamiento físico, emocional y mental es la característica principal del síndrome de Burnout, conocido



también como “desgaste o estar quemado en el trabajo” y puede ser causado por involucrase en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado. De igual forma puede ser causado por el conflicto entre los valores individuales y los objetivos y demandas de la empresa o organización, Es provocado también por una sobrecarga de responsabilidades, una sensación de no tener control sobre la calidad de los servicios prestados, la consciencia del poco reconocimiento emocional o financiero, el sentido de una pérdida de comunidad dentro del contexto de trabajo, y la existencia de inequidad o la falta de respeto en el lugar de trabajo.

CAUSAS



Una de las principales causas del burnout radica en el estrés que sufre el trabajador al no poder satisfacer sus expectativas en la empresa. Además de estresores ocupacionales: son los estresores que hacen referencia a aquellos aspectos relacionados con el desempeño de la tarea en sí como:

Son la presión (el tiempo con el que se debe realizar la labor)
Ambientales (tóxico, humo, fuego),
Meteorológicas (frío, lluvia, calor, nieve)

Tal y como se ha dicho, el síndrome burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que incluye sentimientos

displacenteros y actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio trabajo.

Los síntomas de este síndrome se manifiestan en cuatro dimensiones principales:

- Dimensión cognitiva: confusión mental, lentitud de pensamiento, incapacidad para emitir juicios y tomar decisiones, pérdida de la objetividad al evaluar el propio funcionamiento etc.
- Dimensión psicológica: depresión, irritabilidad, ansiedad, agitación, reacciones de cólera excesiva etc.
- Dimensión somática: agotamiento físico, pérdida de energía, dificultades digestivas, trastornos de alimentación, hipocondría, trastornos del sueño, temblores etc.
- Dimensión conductuales, hiperactividad, fatiga excesiva, incapacidad de expresarse verbalmente o por escrito etc.

- Trastornos emocionales: sentimientos de agotamiento, distanciamiento afectivo, baja autoestima, dificultades de concentración, soledad, alineación, ansiedad, impotencia.
- Trastornos de actitud: no verbalizar, ironía y cinismo, apatía, hostilidad y suspicacia.
- Trastornos conductuales: agresividad, aislamiento, cambios bruscos de humor, enfado frecuente e irritabilidad.
- Trastornos psicosomáticos: dolor precordial y palpitaciones, hipertensión, crisis asmáticas, catarros frecuentes, mayor frecuencia de infecciones, aparición de alergias, dolores cervicales y de espalda, fatiga crónica, alteraciones menstruales, úlcera gastroduodenal, diarrea, jaqueca, insomnio.



➤

Cuestionario de Burnout Maslach (MBI)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado.

			Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1	EE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	EE	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	EE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	PA	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	EE	Trabajar con							

		pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	PA	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	EE	Me siento “quemado” por el trabajo.							
9	PA	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	PA	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	EE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	EE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que							

		atender.							
16	EE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	PA	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	PA	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	EE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	PA	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							