



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

REPORTE DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DE LA UNAM: UNA PROPUESTA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN PSICOLOGIA CLINICA

PRESENTA

JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. MARGARITA MOLINA AVILES

COMITÉ DE TESIS: DR. JUAN JOSÉ SANCHEZ SOSA
DRA. EMILY ITO SUGIYAMA
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS
MTRA. ROXANNA PASTOR FASQUELLE

México, D. F.

Octubre de 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN AL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS.	6
CAPÍTULO I. Desastres naturales y/o psicosociales.	9
1. 1. Los desastres naturales y/o psicosociales	9
1.2. Tipos de desastres.	9
1.3. Impacto de los desastres.	16
1.4. Manifestaciones normales y patológicas ante los desastres.	17
1.5. Estrés, estrés agudo, estrés crónico estrés pos-traumático.	18
1.5.1. Características diagnósticas DSM IV-TR.	22
1.5.2. Otros criterios para el diagnóstico de trauma psíquico.	26
1.5.3. Síntomas y trastornos asociados.	34
1.6. Estados de Ansiedad.	36
1.6.1. Causas.	36
CAPÍTULO II. Intervención en crisis.	38
2. ¿Qué es la intervención en crisis?	38
2.1. Diversos tipos de crisis que se presentan después de un desastre.	39
2.1.1. Período Postraumático.	42
2.1.2. Grado de alteración del sujeto debido a un desastre.	45
2.2. Terapia breve y de emergencia.	47
2.3. Primeros auxilios psicológicos.	49
2.3.1. Historia del arte de los primeros Auxilios psicológicos.	51
2.3.2. Principios Clínicos de los Primeros Auxilios Psicológicos.	53
2.3.3. Componentes estratégicos de los primeros auxilios psicológicos.	54
2.3.4. Recomendaciones básicas de intervención.	55

2.3.5. Beneficios.	56
2.3.6. Entrenamiento en primeros auxilios psicológicos.	57
2.3.7. Similitudes y diferencias entre los primeros auxilio psicológicos y la intervención en crisis.	59
2.3.8. Primeros auxilios psicológicos en los desastres.	59
CAPÍTULO III. Atención Psicosocial.	61
3. Concepto de atención Psicosocial	61
3.1. Tipos de víctimas.	61
3.1.1. Definición.	62
3.1.2 Clasificación de víctimas o sobrevivientes.	62
3.1.3. Clasificación de víctimas de Taylor y Frazer (1982).	62
3.1.4. Clasificación de sobrevivientes de Cohen (1999).	63
3.2. Recomendaciones para trabajar con sobrevivientes.	74
3.3. Conducta altruista.	75
3.4. Recomendaciones de auto cuidado.	79
3.5. Modelo de intervención en crisis de la Facultad de Psicología de la UNAM.	84
CAPITULO IV. Diagnosis.	87
4.1. Fase I. Diagnóstico.	87
4.2. Objetivo general de la fase diagnóstica.	88
CAPITULO V. Planeación ejecución y evaluación de acciones realizadas por el Programa de Intervención en Crisis.	103
CONCLUSIONES.	168
APÉNDICE.	172
REFERENCIAS.	182

Resumen

Este trabajo reporta el esfuerzo realizado por el Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Desastres Sociorganizacionales, adscrito a la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social desde sus inicios en el año de 1997 hasta la fecha, dicho programa está conformado por académicos, estudiantes en activo, egresados y voluntarios de la Facultad, quienes realizan diversas acciones para apoyar a la sociedad civil en momentos de emergencia y desastres, este estudio trata de ofrecer una visión panorámica que integre las diversas propuestas de lo que hasta ahora se conoce genéricamente como intervención en crisis y los métodos que se han empleado con efectividad en distintos desastres donde hemos intervenido, que abarcan los distintos tipos de estos, desde los "naturales" hasta los ahora llamados sociorganizacionales. Por lo que se puede concluir que el objetivo principal de esta tesis es mostrar como realmente se efectúa este trabajo, algunas vicisitudes de todo tipo a las que no hemos enfrentado y superado y por último la conciencia de que en este terreno hay mucho por hacer aun.

Palabras claves: Intervención en crisis, atención psicológica a víctimas de emergencias y desastres, primeros auxilios psicológicos.

Abstract: This document reports the efforts made by the Crisis Intervention Program for Victims of Natural and Socio-organizational Disasters, which is assigned to the Community University Service Center Coordination and the Social Sector; from its inception in 1997 until now, this program has consisted of academics, active alumni, graduates, and volunteers from the Psychology School, who perform many actions to aid the population in case of emergencies and

disasters, this study seeks to provide an overview of the different proposals on what is generally known as Crisis Intervention and the methods that have been used effectively in different disasters where we have intervened, covering different types, from the “natural” ones to the now known as “socio organizational disasters”. Therefore it can be concluded that the main objective of this thesis is to show how this job is really made, some events of the kind that we have faced and overcome and finally the awareness that there is yet much more to do in this area.

Keywords: Crisis intervention counseling for victims of emergencies and disasters, psychological first aid.

INTRODUCCION AL PROGRAMA DE INTERVENCION EN CRISIS:

México es un país en donde los desastres son prácticamente cotidianos, las diferencias geográficas, hidrometeorológicas, geológicas, topográficas y orográficas, los problemas de hacinamiento y asentamientos humanos de las grandes ciudades y sus zonas circunvecinas, los problemas de transporte y vialidad, la creciente inseguridad palpada por todos nosotros al asistir a estudiar o trabajar, las contrariedades generadas por las secuelas del crimen organizado y sus inherentes, como las muertes circunstanciales y heridos que transitaban por el lugar en donde se dio una refriega entre fuerzas del orden y sicarios, los secuestros, las extorsiones, presenciales, virtuales y telefónicas, los accidentes técnico-industriales que a veces son provocados por negligencia, desinformación o corrupción y por último, los desastres socio-organizativos que son los eventos perturbadores a nivel social donde queda rebasada la capacidad de respuesta del Estado, pues la atención proporcionada por las organizaciones gubernamentales y sociales muchas veces es limitada o inapropiada, dependiendo de la magnitud y el daño de la misma, en ocasiones este evento disruptivo es propiciado o magnificado por el mismo Estado, por apatía desidia, desdén hacia las víctimas o negligencia al realizar sus funciones, fenómenos como el *bulling*, el *moving*, el *burnout*, la violencia intrafamiliar, el maltrato conyugal el desempeño académico deficiente, la deserción escolar, conflictos laborales, el incremento de accidentes laborales, etc., por solo mencionar algunos de los trastornos o alteraciones de nuevo cuño.

Todo lo anteriormente expuesto nos han llevado a estudiar, investigar, desarrollar y difundir un modelo de atención psicológica eficaz y expedito, para el tratamiento de las personas afectadas por estos eventos disruptivos, que nos

permite enfrentar desde la psicología, la atención a las víctimas directas e indirectas, para promover una cultura de la prevención en desastres; y cuando estos irremediablemente se dan, contar un grupo de expertos en atención a víctimas de catástrofes en la UNAM. La meta es la resolución inmediata de las crisis individuales, grupales y el restablecimiento del funcionamiento del individuo y la sociedad antes, durante y después del evento crítico.

Así, la Facultad de Psicología de la UNAM crea un programa de formación y extensión educativa en beneficio de la comunidad, dando respuesta de manera activa y responsable en los momentos de crisis, el actualmente nombrado Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socioorganizativos, adscrito a la Coordinación de Centros y Servicios a la Comunidad y al Sector Social, que está conformado por académicos, egresados y voluntarios de la Facultad, quienes realizan acciones para apoyar a la sociedad civil en momentos de emergencia y desastres.

La capacidad de respuesta de dicho programa se centra en la formación de recursos humanos. Estas personas, en su momento, actúan como interventores en crisis, en los lugares donde se dan adversidades que afectan a la población.

El programa desarrolla técnicas de atención psicológica dirigida a víctimas de emergencias y desastres, así como Primeros Auxilios Psicológicos. La labor que se realiza incluye estrategias de contención, detección, seguimiento y en casos particulares, de canalización de personas a instituciones u organizaciones especializadas, que no se encuentran contempladas en el programa. A su vez, brinda atención psicológica, capacita y supervisa en *primeros auxilios psicológicos* a personal de primer contacto con las víctimas.

Una de sus finalidades del modelo de intervención es fortalecer las redes sociales de apoyo y promover la organización de grupos autogestivos en las

comunidades afectadas, utilizando para ello diversos modelos de atención psicológica, detectando de manera oportuna síntomas de Estrés Agudo y Post-Traumático (EPT). Así mismo, realizar acciones de tipo comunitario, en el ámbito familiar e individual para favorecer a los afectados en el desarrollo de estilos de afrontamiento adaptativos.

En la actualidad, la exigencia de ofrecer más y más servicios de atención psicológica en crisis, ha llevado, a los profesionales de la psicología, a plantear formas de intervención breve y rápida con el propósito de atender una demanda poblacional que se incrementa día a día. Considerando la escasez de personal competente para responder de manera inmediata y atingente, se ha trabajado en la formación de profesionales que intervengan en momentos de crisis emocional, dando como resultado el modelo propuesto.

Palabras claves: Intervención en crisis, atención psicológica a víctimas de emergencias y desastres, primeros auxilios psicológicos, formación y extensión educativa, fortalecimiento de redes de apoyo psicosocial.

CAPITULO I

1. Los desastres naturales y/o psicosociales

1.1. Desastres

Los desastres han sido considerados como eventos extraordinarios que originan destrucción considerable de bienes materiales y pueden dar por resultado muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano. Estos sucesos pueden ser causados por el ser humano o naturales. En la primera categoría se incluyen los incendios, los conflictos bélicos, los disturbios civiles, los actos terroristas y la contaminación química, al tiempo que las inundaciones, los terremotos, las marajeadas, los tornados o los huracanes son consideradas como naturales (Cohen, 1997).

Se puede resumir que un desastre es un evento concentrado en tiempo y espacio, en el cual la Sociedad o una parte de ella sufren un severo daño e incurre en pérdidas para sus miembros, de tal manera que la estructura social se desajusta y se impide el cumplimiento de las actividades esenciales de la sociedad, afectando el funcionamiento vital de la misma.

1.2 Tipos de desastres:

De acuerdo con el Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED, 2011) hay que estudiar a los desastres como un conjunto de elementos que interactúan entre ellos.

Los desastres se dividen generalmente, de acuerdo con sus causas, en dos categorías: los naturales y los provocados por el ser humano.

Los desastres naturales incluyen los tipos siguientes:

- Desastres meteorológicos: ciclones, tifones, huracanes, tornados, granizadas, tormentas de nieve y sequías
- Desastres topográficos: deslizamientos de tierra, avalanchas, deslizamientos de lodo e inundaciones
- Desastres que se originan en planos subterráneos: sismos, erupciones volcánicas y tsunamis (olas nacidas de sismos oceánicos)
- Desastres biológicos: epidemias de enfermedades contagiosas y plagas de insectos (langostas)

Los desastres provocados por el hombre incluyen:

- Guerras: convencionales (bombardeo, bloqueo y sitio) y no convencionales (con armas nucleares, químicas y biológicas)
- Desastres civiles: motines y manifestaciones públicas
- Accidentes: en transportes (aviones, camiones, automóviles, trenes y barcos); colapso de estructuras (edificios, puentes, presas, minas y otras); explosiones; incendios; químicos (desechos tóxicos y contaminación); y biológicos (de salubridad)

La clasificación anterior no pretende ser totalmente incluyente, tiene sus limitaciones. La diferencia entre los desastres naturales y los provocados por el ser humano, no siempre queda clara (así, un sismo puede hacer que se derrumben

edificios y una inundación puede provenir de la falla de una presa); además, esto no refleja la reacción en cadena ni los efectos acumulativos que a veces dan lugar a un desastre mayor.

El programa de Intervención en Crisis de la Facultad de Psicología de la UNAM ha agregado a la clasificación anterior a los desastres socioorganizacionales que son los relacionados con los eventos destructivos ocasionados por el ser humano sin intención y con ella. En este grupo de fenómenos destructivos se encuentran principalmente los accidentes resultados de la actividad cotidiana de la población y asociados directamente con procesos del desarrollo económico, político, social y cultural. Tal es el caso de los accidentes aéreos, terrestres y marítimos; la interrupción o desperfecto en el suministro u operación de servicios públicos y sistemas vitales; los problemas ocasionados por concentraciones masivas de población, y los actos de sabotaje y terrorismo (Mansilla, 1993).

Este tipo de desastres que son producto de la actividad humana no pueden ser analizados como otros tipos de desastres, como los naturales, ya que algunos de estos se pueden predecir, en tiempos y magnitudes, además de conocer como se originan y se desarrollan, en cambio en los desastres socioorganizacionales no es de esta manera, generalmente este tipo de eventos no se conoce como el cómo surgen, ni predecir su magnitud, ni tiempo (Mansilla, 1993)

Los factores que están relacionados con este tipo de desastres en México son la economía, falta de conocimiento sobre el riesgo potencial, la concentración irregular de la población, la pobreza y el principal de ellos es la cuestión política (Mansilla, 1993).

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

Terrorismo

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

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2009) terrorismo es todo aquel acto de violencia que se practica por medio de terror y para infundir terror.

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

Reinares en 1998, menciona que el terrorismo produce actos que irrumpen en forma violenta, instantánea e impredecible y con un alto contenido amenazador e importante valor simbólico

Violencia urbana

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

Una situación de violencia o de un robo, especialmente a la casa, es una situación

que incluye el factor privacidad y/ o espacio personal. El allanamiento de la propiedad, especialmente de la casa, puede ser sumamente impactante porque involucra la invasión a un territorio considerado como salvo y seguro (Rosas, 2004).

El secuestro según el Código Penal Federal, es privatizar de la libertad a otro y por desgracias se ha vuelto cada vez más común en México.

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

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

Un ejemplo de lo anterior es que en ciudades de África y América Latina tienen las tasas más altas de delitos con contacto, como la violencia y el asalto y en la tasa de robo de automóviles, es superior en los países ricos, donde la mayor abundancia de estos vehículos aumenta la probabilidad de sustracción. También en los países industrializados, las tasas per cápita de delitos como el asalto o el

robo con violencia son en muchos casos dos o tres veces superiores a lo que eran hace treinta años. Si bien muchos indicadores económicos y sociales mejoran, muchos países desarrollados muestran un agravamiento de la delincuencia

Asimismo se incluyen a las aportaciones de los investigadores de la Universidad de Buenos Aires (UBA) Dr. Juan Jorge Michel Fariña y colaboradores, han aportado a esta clasificación tradicional el factor estrictamente económico como el desempleo y las devaluaciones abruptas y sus secuelas sociales ya que inciden en la calidad de vida de la gente y este deterioro se manifiestan en violencia urbana (robos ,secuestros e inseguridad en general) u otras secuelas que se han estudiado en México como la violencia intrafamiliar y fenómenos como el incremento de niños de la calle en el espacio urbano (IBIS, 2005).

Otra aportación importante ha sido la del Dr. Benyacar de la Universidad de Buenos Aires y de la Universidad de Tel Aviv (2005) en el área de guerra, holocausto y terrorismo, este autor, nos dice que cuando el terror es institucional, produce fenómenos como las persecuciones de dictaduras a personas que piensan diferente a ellos o produce fenómenos como el de la obediencia obligada con sus secuelas éticas en la vida diaria de los individuos (2005).

Otro punto de vista interesante para entender lo anteriormente descrito es el de la escritora, periodista e investigadora de la Facultad de Ciencias políticas y sociales de la UNAM Sara Sefchovich que en el periódico El universal, en el artículo “El desastre” del 14 de junio de 2008 menciona que:

“Los académicos definen a los desastres como causados por fenómenos naturales y usan el concepto en función de la cantidad de muertos y de lo que califican de “ruptura amplia de todos los procesos sociales”, dejándole el nombre de emergencia a rupturas más pequeñas y el de accidente cuando se trata de rupturas muy localizadas sobre un grupo reducido de víctimas.

No me gustan esas conceptualizaciones que se sustentan en cantidad; prefiero la definición de Harshbarger, que define a los desastres como “eventos rápidos y dramáticos que dan por resultado daños materiales y humanos considerables”. Así podemos llamar desastre a cualquier situación que lastime o quite la vida a personas (aunque sea una sola) y podemos no adjudicárselo solamente a la naturaleza, sino afirmar que son (como siempre son) resultado de las acciones o inacciones y las decisiones de las personas.

Elizabeth Mansilla dice que cada momento se toman decisiones que van construyendo el riesgo: mañana compongo esa ventana, hoy la cierro con un alambrito; urge comprar llantas nuevas para el camión pero mientras haré otro viaje con las que tengo. Yo, en cambio, creo que los desastres suceden porque se toman de manera consciente decisiones que se sabe desde el principio que son equivocadas y de todos modos se lo hace. Por eso estoy de acuerdo con John C. Mutter cuando afirma que los desastres no son eventos, son procesos.”

Para ilustrar lo anteriormente descrito que mejor ejemplo que el reciente terremoto-tsunami en Japón donde las diversas clasificaciones del mundo académico chocan con la realidad, ya que las explicaciones y teorías sobre lo acontecido, se quedan muchas veces cortas, al tratar de explicar un fenómeno complejo y sus secuelas de todo tipo, por lo que las notas periodísticas sobre el sismo-tsunami que afectó a Japón el 11 de marzo del 2011 nos dan luz desde diferente ópticas ante este fenómeno tan complejo (ver Apéndice 1)

1.3 Impacto de los desastres.

Hay múltiples investigaciones referidas en las revistas internacionales, las cuales mencionan que los desastres pueden ser definidos como eventos precipitantes que producen destrucción extensiva, muerte o enfermedad, que conllevan una gran desorganización de la comunidad y a un trauma individual. Así mismo, se menciona que los desastres son eventos catastróficos de estrés, que exponen a la población a situaciones que amenazan la vida, hay muerte repentina de familiares y amigos y destrucción masiva del medio ambiente personal y público (Pantin y cols., 2003, Salcioglu y cols., 2003, Ruddoniello y cols., 2003)

La Organización Panamericana de la Salud (2002) estima que en el periodo de 1967 a 1991, se calculó que unos tres mil millones de personas fueron afectadas en todo el orbe por desastres naturales e industriales; se ha comprobado que el número de muertos y personas damnificadas en los países pobres es mayor.

Así mismo, se ha observado que dentro de los grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad se encuentran las mujeres, los niños y los desplazados (OPS, 2006).

Los grupos más vulnerables son los que tienen mayores dificultades para reconstruir sus medios de subsistencia después de un desastre. En este sentido, las mujeres tienen mayor vulnerabilidad por ser más propensas al daño, las pérdidas y el sufrimiento ya que tienen menos oportunidades de acceso a recursos materiales y sociales. Los desastres se caracterizan por la búsqueda de

la preservación de la vida, subsistencia y protección de la familia, siendo la mujer la encargada de cumplir, en gran medida, con este papel. Como consecuencia del evento traumático, las mujeres tienen que encontrar, frecuentemente una salida para las dificultades económicas de la familia y esto requiere invertir energías físicas aunadas a un gran desgaste psicológico. En ocasiones tienen que enfrentar la recuperación solas, como cabeza de un núcleo familiar (OPS, 2006).

1.4 Manifestaciones normales y patológicas ante los desastres.

Ante una situación anormal (como los desastres), ciertos sentimientos y reacciones son frecuentes. Puede ser que algunas de estas emociones no se hayan experimentado anteriormente, cada persona es diferente y puede responder de distinta manera.

También resulta claro que la exposición a eventos traumáticos puede producir un mayor nivel de tensión y angustia en las personas, así como que el recuerdo de lo sucedido será parte de la vida de las víctimas y no se borrará de su memoria. Pero se ha demostrado que sólo una parte de la población afectada experimentará problemas más serios o duraderos que podrán calificarse como psicopatológicos.

Los trastornos depresivos y ansiosos, cuadros de estrés agudo y postraumático y el consumo excesivo de alcohol son problemas que comúnmente se citan en la fase aguda de los desastres (OPS, 2006).

1.5. Estrés, estrés agudo, estrés crónico y estrés pos-traumático

Estrés

El diccionario enciclopédico Salvat (2010) nos dice que la palabra “estrés” proviene del griego “stringere” que significa provocar tensión y lo define como un conjunto de reacciones que se desencadenan en el organismo como un agente nocivo cualquiera que sea su naturaleza.

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

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

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

Lazarus (1991) define al “estrés psicológico como una relación particular

entre el individuo y su entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”. (Romero, 2005).

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

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

El estrés ocurre cuando percibimos una situación como amenazante, emocionalmente perturbadora o inquietante y siempre que hay un desequilibrio entre las demandas que se nos presentan y nuestra capacidad para resolverlas. (Egozcue, 2005).

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

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

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

Estrés Agudo

El trastorno por estrés agudo es otro de los trastornos asociados. La característica esencial de este trastorno es la presencia de ansiedad, síntomas disociativos y de otro tipo que tienen habitualmente lugar durante el primer mes que sigue a la exposición de un acontecimiento traumático de carácter extremo (DSM IV-TR, 2002).

Estrés Crónico

El estrés crónico está incluido en el concepto del estrés general, es decir, es una respuesta física para una situación indeseable.

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

Estrés Postraumático

El estrés postraumático ocupa un lugar dentro de la clasificación de los trastornos mentales en el DSM IV-TR (2002) y lo definen de la siguiente manera:

La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su

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

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

1.5.1 Características diagnósticas DSM IV-TR.

“Criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno de estrés agudo (308.3):

- 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.

- B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres o más de los siguientes síntomas disociativos:
 - (1) sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
 - (2) reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
 - (3) desrealización
 - (4) despersonalización
 - (5) amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

- C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia y malestar de exponerse a objetos o situaciones que recuerdan

el acontecimiento traumático.

- D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
- E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo o interfieren de manera notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios, o explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
- G. Estas alteraciones duran un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
- H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los ejes I ó II.”

En el caso que lo que se presente sea Trastorno de Estrés Postraumático, especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de tres meses.

Crónico: si los síntomas duran tres meses o más

Especificar si:

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

Debido a la naturaleza del trastorno, la intervención que se hace siempre está contemplada como prevención secundaria. Recordemos que la prevención primaria está en el ámbito de la prevención de las patologías, que en este caso es muy difícil para el psicólogo; la secundaria se utiliza para mitigar los desórdenes una vez que ha aparecido un evento traumático, en el caso particular del TEPT y la terciaria contempla la atención a las secuelas del TEPT, que según el DSM – IV son:

“Los individuos con trastorno por estrés postraumático pueden sentirse amargamente culpables por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida. En otras ocasiones las actividades que simulan o simbolizan el trauma original interfieren acusadamente con sus relaciones interpersonales, lo que puede dar lugar a conflictos conyugales, divorcio o pérdida del empleo. Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (p. ej., abusos sexuales o físicos en niños, peleas familiares, secuestros, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, torturas), puede aparecer la siguiente constelación de síntomas: afectación del equilibrio afectivo; comportamiento impulsivo y autodestructivo; síntomas disociativos; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad; vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de perjuicio permanente; pérdida de creencias anteriores; hostilidad;

retraimiento social; sensación de peligro constante; deterioro de las relaciones con los demás y alteración de las características de personalidad previas.

En este trastorno puede haber un mayor riesgo de presentar trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo–compulsivo, fobia social, fobia específica, trastornos depresivos mayores, trastorno de somatización y trastorno relacionado con sustancias. También queda por aclarar hasta qué punto estos trastornos preceden o siguen al inicio del trastorno de estrés postraumático.

Como hallazgos de laboratorio, se han encontrado: aumento de la activación (arousal), que puede ser cuantificado mediante estudios de actividad vegetativa (p. ej., frecuencia cardíaca, electromiografía, secreción de glándulas sudoríparas).” Además, con frecuencia, estas personas se encuentran con algunas enfermedades médicas asociadas que corresponden a los daños sufridos durante el evento traumático, como traumatismos encéfalos craneales, quemaduras y contusiones.

trastornos de angustia:

- Crisis de angustia
- Agorafobia
- Trastorno de angustia sin agorafobia
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- Fobia específica
- Fobia social

- Trastorno obsesivo compulsivo
- **Trastorno por estrés postraumático**
- **Trastorno por estrés agudo**
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

1.5.2 Otros criterios para el diagnóstico de trauma psíquico

El Trastorno por Estrés Postraumático puede producirse por otro tipo de situaciones, denominadas “indirectas” (como por ejemplo, la guerra y el terrorismo).

Una forma de ellas es la que se ha observado, principalmente entre los niños, a causa de observar las imágenes que ven en el aparato de televisor. El desarrollo de los medios de comunicación es tan grande que hoy en día, con sólo apretar un botón podemos observar lo que sucede en los sitios más recónditos del globo terráqueo. Y esto incluye escenas de todo tipo: inundaciones, festejos, guerras, hambre, atentados, terremotos, manifestaciones, etc. Benyakar, al respecto, señala que “en virtud del desarrollo de los medios masivos de comunicación, las imágenes del mal llegan a la mesa familiar incluso de quienes aún viven en entornos contenedores, generalizando la vivencia de amenaza, haciendo que nadie ya pueda sentirse a salvo” (Benyakar, 2003).

Es importante mencionar que el impacto de los medios sobre la población debe ser medido con mucho cuidado. La transmisión de bombardeos y

situaciones de guerra pueden ser confusas para espectadores sensibles, como los niños, que pueden confundir la realidad con la ficción. Por ejemplo, en colegios de Estados Unidos se ha comenzado a observar ataques perpetrados por niños y adolescentes que buscan “revivir” escenas vistas por televisión o en el cine. En estos eventos, ellos se han armado con artefactos propiedad de sus padres y que encontraron en sus propias casas, y han disparado con armas de fuego a sus compañeros y maestros dentro de los mismos colegios como si fuera tan solo un juego. Incluso, después de esto, varios se han suicidado con las mismas armas dentro del mismo escenario. (Benyakar, 2003)

Las transmisiones televisivas de noticieros llegan a mucha gente debido al horario en que se transmiten es el de mayor audiencia. Es así que si un evento de gran violencia es transmitido en estos noticieros, llegará a las pantallas de miles de personas simultáneamente.

Por otro lado y debido al impacto de los hechos ocurridos en el centro de Nueva York el 11 de septiembre de 2001, los investigadores han llevado a cabo varios estudios en las personas que los experimentaron en carne propia, sobre todo, sobre su actitud negativa, reacciones de estrés y abuso de sustancias posteriormente manifestadas como producto de su reactividad a la vivencia traumática. Sin embargo, debido al alcance de los medios televisivos y de comunicación masiva, el impacto (de por sí grave) se intensificó al llevar a miles de hogares vía satélite, las imágenes de lo que estaba sucediendo y en el momento justo de su verificación. De esta forma, mucha gente desarrolló una sintomatología muy similar a la que presentaban las víctimas de los atentados, aunque ellos no lo hubieran sufrido directamente (Rodríguez y Martín2003).

Benyakar (2003) habla de una forma diferente que se desprende de vivir dentro de un entorno amenazante. Generalmente, los esfuerzos adaptativos, desgastantes y sabidamente inútiles conducen al encierro gradual de las personas en sus propias casas, al aislamiento social, a conductas de auto y heteroagresión o, incluso, a nuevas violencias. Estos sentimientos llevan a las personas a buscar amparo en ciertas certezas, ofrecidas por los pensamientos totalitarios –sean de tipo místico-religioso, sean ideologías seculares extremistas. Esto nos coloca ante una parte del terrorismo que se presenta dentro de la mente del propio terrorista, que “reacciona” ante la situación de amenaza y cree que la mejor forma de actuar es agredir a lo que le provoca amenaza porque él mismo se siente agredido. De hecho, esto es en lo que consiste el terrorismo, provocar alteraciones psicológicas por medio de una agresión que responde a la agresión de que se siente blanco el propio terrorista

Otras formas son las denominadas Estrés traumático secundario, fatiga por compasión y trauma indirecto. Según Jenkins, están constituidas por reacciones a las demandas emocionales surgidas del trabajo con víctimas de un trauma caracterizado por imágenes terroríficas e impactantes y recuerdos traumáticos intrusivos; y se observa generalmente en terapeutas y personas que prestan un apoyo social a las víctimas. En sí, el Estrés traumático secundario se ha descrito como una forma de estrés ocupacional o TPEP relativo al trabajo que es exclusivo en profesionales humanitarios, incluyendo consejeros y psicoterapeutas Surge de manera inesperada, aunque la inoculación de la sintomatología es gradual, conforme avanza el acercamiento a las víctimas que constituyen su labor (Jenkins, 2002).

La Fatiga por Compasión.

El estrés o fatiga por compasión son las conductas y emociones naturales que surgen a partir de conocer un evento traumático experimentado por otra persona significativa, es entonces el estrés resultante de ayudar o desear ayudar a una persona en situación crítica (Figley, 1995).

La Traumatización Indirecta ha sido observada en las personas que atienden a víctimas de violencia debido a las situaciones que están involucradas directamente con la victimización, sobre todo, a víctimas de abuso sexual infantil e incesto (oficiales de policía, enfermeros y terapeutas que atienden a las víctimas de forma inmediata a la revelación de la situación traumática).

Pearlman y Saakvitne (1995) la definen como “una transformación permanente en la propia experiencia del terapeuta que resulta de un compromiso empático con la información traumática que constituye la experiencia de su paciente. Sus síntomas principales son alteraciones cognitivas en el marco de referencia del terapeuta: identidad, visión del mundo, espiritualidad, tolerancia afectiva, mantenimiento de las propias creencias y necesidades psicológicas, relaciones interpersonales, imaginería interna y, presencia física en el mundo” (Jenkins y Baird, 2002).

En cualquiera de estos casos de TPEP indirecto, se ha observado que los terapeutas que trabajan en instituciones para el servicio público están más propensos a manifestar una forma de traumatización secundaria que los que laboran en la práctica privada, y la explicación va de acuerdo con la rigidez de los esquemas de trabajo en ambos escenarios (sobre todo por la carga de trabajo, que

varía mucho del sector público al privado).

Una característica que presentan muchos pacientes de TPEP es su reacción abrupta ante ruidos fuertes e inesperados. De igual manera, se observan alteraciones en la estimulación de la piel y el latido cardíaco. En algunos profesionales que laboran en situaciones que constituyen eventos estresantes (policías, bomberos, etc.) se han observado síntomas semejantes, que muchas veces ayudan al diagnóstico de TPEP. Esta sintomatología se presenta de manera natural ante situaciones de amenaza y en casos de estrés postraumático los pacientes reaccionan con estos síntomas de manera exagerada ante algún ruido fuerte, como una puerta al cerrarse intempestivamente, un objeto que se cae y se rompe, etc.

Una forma de TPEP indirecto es el que se ha visto en personas que trabajan en situaciones que involucran un aspecto traumático (policías, bomberos, soldados, servidores públicos, incluso) y que significa una alteración psicopatológica mucho más grave en sus manifestaciones inmediatas. Al no recibir y/ o “percibir” que sus esfuerzos son observados o recompensados, resignifican toda esta información y “se convierten” automáticamente en verdaderos peligros para la sociedad, con una sintomatología muy semejante a la postraumática, aunque transforman todo esto en violencia y agresión hacia los demás, adicionando la violencia en toda su conducta.

Un caso particular de desarrollo de TPEP relacionado con el trabajo es el de los periodistas. Por su labor informativa, su deber es estar en el lugar donde ocurren los hechos para darlos a conocer y muchos de ellos son de naturaleza traumática. Al exponerse a estos eventos, aunque sea de manera un tanto

indirecta, se desarrolla una sintomatología postraumática (sobre todo en los casos de cubrir una guerra, o presenciar un atentado terrorista), y esto es más grave cuando son hechos que involucran muertos o heridos graves e impactantes. Sobre todo, el hecho de poner en peligro su vida al inmiscuirse en las propias batallas dispone en ellos una condición propicia para desarrollar problemas psicopatológicos semejantes.

Otra forma de TPEP indirecto es observada en los descendientes de los veteranos de guerra (sobre todo de Vietnam) y los hijos de las víctimas del Holocausto nazi por la llamada “traumatización indirecta”. En la tragedia ocurrida en EUA, en el caso Columbine, eran hijos de veteranos de guerra repitiendo una transmisión generacional del trauma: dispararon a varios de sus compañeros de escuela dentro de las instalaciones del plantel, matando a varios estudiantes y profesores y suicidándose después (Slaikeu, 1996).

Ellos, a través de su vivencia y su patología desarrollada a partir de su experiencia, conformaron toda una cultura que pasaron a sus descendientes, y ésta incluye los sentimientos y las alteraciones emocionales propios del trauma.

A pesar de no haber vivido la persecución, los descendientes experimentan (en su mayoría) el sentimiento de venganza, el miedo, la represión y aún la negación del mismo evento traumático. Sin el tratamiento adecuado, es posible observar este tipo de patología dentro de las siguientes generaciones, con la misma amplitud, Se ha mencionado la posibilidad de una derivación del TPEP llamada TPEP Complejo. Se vive ante una situación prolongada y repetida de un trauma, como en caso de tortura, ser prisionero de guerra, cautiverio en un campo de concentración, abuso infantil prolongado, etc. No se ha estudiado lo

suficiente, pero la propuesta sigue en pie (Slaikeu, 1996).

Una causa poco estudiada causante de sintomatología postraumática es la pérdida de un familiar o ser querido de manera repentina. Accidentes, suicidios, homicidios, son las tres causas de mayor mortalidad entre los jóvenes en la Unión Americana, según los datos de 1999 (Murphy, 2003). El suicidio es más común entre los varones que entre las mujeres y la proporción fluctúa entre 2 a 1 y 7 a 1. La dificultad para afrontar estas pérdidas es mayor para las familias debido a que buscan una explicación y simultáneamente su mente se niega a aceptar la muerte porque buscan a quien culpar por medio de ver cómo podía haberse evitado. “El potencial de crisis psicológicas surge en los días y semanas inmediatamente posteriores, en tanto los individuos tratan de enfrentarse a las pérdidas” (Slaikeu, 1996).

En el duelo, el sujeto puede desplegar una serie de estrategias de afrontamiento tales como: supresión, intelectualización, racionalización, humor, evitación, exposición, actividad, compromiso con otros, distracción pasiva (como sumergirse en la televisión), consumo de alimentos, tabaco, alcohol y actividad sexual (Slaikeu, 1996).

Los familiares que sufrieron una pérdida por homicidio reportan sentimientos de hostilidad y venganza, y algunos incluso se perciben como víctimas secundarias por no recibir la respuesta esperada del sistema de justicia para dar solución a las investigaciones sobre el delito y dar un castigo al culpable. Por su parte, los familiares de sujetos que cometen suicidio perciben un pobre apoyo social y en general, se sienten bajo un estigma. No es difícil comprender que se desarrolle TPEP en estas condiciones; en cualquier caso, la sintomatología

común consiste en la re-experimentación de la pérdida, hiperactivación y evitación constante de los estímulos relacionados directamente con dicha pérdida (Slaikeu, 1996).

Estudios sobre TPEP en familiares con pérdidas, han encontrado que algunos factores pueden combinarse de forma tal que constituyan factores de riesgo: género, niveles de autoestima, estrategias de enfrentamiento, apoyo social percibido; además de los sentimientos que acompañan a la pérdida: depresión, ansiedad, distorsiones cognitivas y hostilidad. Con respecto a las cuestiones de género, las madres son más afectadas por la pérdida de un hijo (21%) con respecto a los padres (14%), pero la prevalencia puede aumentar dependiendo de la combinación que resulte del género del padre/ madre y el hijo muerto (además de su edad). Aún cinco años después, las madres pueden mostrar sintomatología de TPEP por la pérdida de su(s) hijo(s), no importando la causa que provoque dicha pérdida. Para 1995, en EUA, esta causa de TPEP tenía una prevalencia de 7.8% (Murphy, 2003).

Las características que muestran los familiares afectados con este trastorno son: depresión, miedo, alta sensibilidad en el trato interpersonal, alteraciones de sueño (generalmente insomnio) y hostilidad. Esto hace muy difícil el tratamiento, debido a que los pacientes tienen problemas para separar estas dos vivencias (la pérdida y el TPEP) y colaborar con el clínico en la elaboración de la pérdida y, en la búsqueda de la curación del TPEP.

En un estudio realizado con personas cuya pareja había muerto de manera inesperada, violenta o repentina, se encontró que el 31% de los individuos cumplían con el diagnóstico de TPEP. Además se propusieron otros

datos:

- o Que los síntomas postraumáticos estaban relacionados significativamente con una falta de anticipación de la pérdida y el no aceptar su soledad.
- o Que la posibilidad de desarrollar TPEP aumenta en individuos jóvenes.
- o Que el riesgo de sufrir una pérdida de forma violenta, repentina y/ o inesperada es de un 60% (Jacobs, 1999).

Algunos factores predictores de TPEP en padres de niños muertos son: el género (las madres son más afectadas), el enfrentamiento emocional de tipo represivo, el nivel de dolor y angustia, etc. El apoyo social es percibido por estas personas como necesario, sobre todo en las etapas del procesamiento inmediato de la pérdida (el proceso de duelo) y el ajuste a la vida cotidiana; sin embargo, el conocimiento de su sintomatología postraumática generalmente lo utilizan con el fin de mantener su estado de tristeza, en forma tal que la pérdida muchas veces no se elabora y el sujeto así evita aceptar que su ser querido efectivamente ha muerto (Jacobs, 1999).

1.5.3 Síntomas y trastornos asociados al TEPT

Ansiedad y Angustia.

Aunque los términos miedo y ansiedad suelen utilizarse como sinónimos, los psicólogos las distinguen en un contexto clínico. El miedo se refiere a una respuesta de alarma innata, de base biológica ante una situación peligrosa o que amenaza la vida (Streel y Barlow, 1994). La ansiedad en contraste es más global y está más orientada hacia el futuro y se refiere a un estado en el que un individuo

se muestra aprehensivo, tenso e incómodo en exceso, acerca de la posibilidad de que algo terrible suceda. (Halgin, Krauss)

La ansiedad se manifiesta de tres maneras: cognitivamente (en los pensamientos de una persona), conductualmente (en sus acciones) y somáticamente (en las reacciones fisiológicas o biológicas).

1. Las manifestaciones cognitivas de la ansiedad pueden ir desde una preocupación leve hasta el pánico.
2. Las manifestaciones conductuales de la ansiedad implican la evitación de situaciones provocadoras de la misma.
3. Los cambios somáticos incluyen la respiración entrecortada, resequedad de la boca, manos y pies fríos, diarrea, micción frecuente, mareos, palpitaciones cardíacas, elevación de la presión sanguínea, aumento de la transpiración, tensión muscular (sobre todo en la cabeza, cuello, hombros y cuello) e indigestión.

Los trastornos por ansiedad no implican una pérdida de contacto con la realidad: las personas que los sufren por lo general pueden continuar con la mayor parte de los asuntos cotidianos de la vida.(Sue y Sue, 1996).

Las diferencias que existen entre la angustia y la ansiedad son más claras en el campo del comportamiento. Cuando la persona que experimenta dicha ansiedad trata de romper las defensas que esa emoción va levantando, esta "acción" implica una descarga de energía psíquica por vías motrices, lo cual alivia la intensa sensación de malestar que experimenta el sujeto. Cuando la ansiedad es aguda se hace imprescindible la colaboración de un psicólogo o terapeuta

(Álvarez y Cruz, 2005).

La ansiedad se encuentra invariablemente presente en el trastorno por estrés postraumático. Motivo por lo cual no deberá diagnosticarse un trastorno de ansiedad generalizada, si esta, sólo se pone de manifiesto en el trayecto del trastorno por estrés postraumático. Asimismo puede aparecer ansiedad en el trastorno adaptativo, si bien esta categoría es de carácter residual. Sólo deberá utilizarse cuando no se cumplan los criterios diagnósticos de cualquier otro trastorno de ansiedad (incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada). (Idem.)

1.6 ESTADOS DE ANSIEDAD

La ansiedad es un trastorno adaptativo que aparece como una respuesta al estrés ante situaciones perjudiciales y esta no se prolonga por más de seis meses, este ajuste se da después de la desaparición de la situación estresante y sus secuelas. La ansiedad generalizada es una característica frecuente de los trastornos del estado de ánimo y de los trastornos psicóticos, y no debe diagnosticarse de forma independiente si sólo aparece coincidiendo con alguna de estas perturbaciones (Idem.)

1.6.1 Causas

En muchos casos, en la ansiedad no se tienen identificadas las causas precisas.

En la mayoría de los casos, sí se sabe la causa porque existen situaciones en las cuales se está expuesto a peligros reales en las que las alteraciones biológicas de la ansiedad sirven como defensa, para reaccionar a estímulos

amenazantes.

El trastorno de ansiedad por separación puede brotar tras alguna situación estresante (p. ej., el fallecimiento de un familiar, el curso de una enfermedad incapacitante, el despido del trabajo). A diferencia de lo que sucede en el trastorno de angustia, la ansiedad se refiere a la separación de las personas, del hogar, del trabajo, más que a estar incapacitado por una crisis de angustia inesperada.

CAPITULO 2.

Intervención en crisis

2. ¿Qué es la intervención en crisis?

Karl Slaikeu (1996) define la intervención en crisis como: Un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida) se incremente.

Parad y Parad (1990) (como se citó en Reyes, 2007) mencionan que la intervención en crisis permite un proceso interno que puede influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un periodo de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y manifiestas, así como los recursos sociales de las personas afectadas directamente por la crisis (y a menudo las personas clave del ambiente social) para afrontar de manera adaptativa los efectos del estrés.

Los objetivos principales de la intervención del clínico son:

- Amortiguar el evento estresante mediante una primera ayuda emocional y ambiental inmediata o de emergencia
- Fortalecer a la persona en sus intentos de afrontamiento e integración a través de la clarificación terapéutica inmediata y de la orientación durante el periodo de afrontamiento.

Para la mayoría de las personas, la sola exposición a un evento crítico no es suficiente motivo para producir un estado de confusión emocional, este estado

dependerá de cómo se valora tal situación, la reacción de los afectados y su habilidad para manejar este suceso.

La finalidad primordial de la intervención en crisis es ayudar a la persona a que tome las medidas concretas hacia el enfrentamiento de la crisis, que incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación, e iniciar el proceso de solución de problemas.

La intervención psicológica en situaciones extraordinarias es dirigida y enfocada, para entre otras cosas, apoyar al individuo, que se encuentra bajo la confusión de un suceso precipitante o catastrófico, para restablecer, adaptarse y poder solucionar el o los problema(s) más urgente dentro de un período de una a doce semanas.

2.1. Diversos tipos de crisis que se presentan después de un desastre

La literatura especializada en la conducta asociada a situaciones de catástrofe confirma la hipótesis de que los desastres originan consecuencias psicológicas profundas. El grado de destrucción, el número de muertos y la intensidad y duración del desastre, guardan relación con la intensidad del impacto psicológico.

A continuación, describiremos las reacciones en orden jerárquico como se ha observado que se presentan en situaciones de desastre.

Reacción inicial.

La reacción inicial frente al desastre es un estado temporal de *shock*. Las personas actúan con aturdimiento, confusión y desorientación y estos estados pueden persistir durante minutos u horas.

Estas reacciones pueden considerarse como normales si se toma en cuenta lo que se experimenta frente a situaciones extremas de destrucción y pérdida. Desde el punto de vista psicológico, los sucesos violentos parecen ejercer efectos narcotizantes que temporalmente impiden a las personas comprender la gravedad de la situación. Las víctimas de un desastre deberán dilucidar una situación que es inédita o nueva y a menudo horripilante.

Existe una tendencia común a asociar los signos de desastre con sucesos ordinarios o familiares. Esto es muy frecuente cuando se desconoce los factores determinantes de la catástrofe. La imposibilidad de interpretar adecuadamente la realidad crece cuando la población no ha sido prevenida oportunamente del desastre, desconoce su causa o no la puede identificar. Entre otras cosas, se produce una inadecuada percepción de la realidad, que lleva a algunos individuos a pensar que no les puede pasar nada; sin embargo, la reacción de temor en la población afectada es la que se identifica con mayor frecuencia en las situaciones de desastre.

Algunas manifestaciones de temor son el aturdimiento, las alucinaciones, la huida instintiva a fin de salvarse así mismo, la necesidad de agruparse (la seguridad en compañía) y la hipersugestionabilidad. Otras reacciones son la falta de decisión al solicitar servicios aunque paradójicamente, se promueve una inmensa solidaridad hacia otras víctimas y hacia el personal médico. Lo descrito anteriormente muchas veces nos lleva a pensar que las personas afectadas tienen una actitud irresponsable, pasiva y dependiente.

En otro orden de ideas se carece de prueba científica que permite que afirme que inevitablemente la hostilidad e irritabilidad sean consecuencias de un desastre. El resentimiento y hostilidad son poco frecuentes, a menos que

preexistan al desastre, o que las víctimas no recibieran la ayuda necesaria de aquellos que estaban en posibilidad de ofrecerla.

Otra falsa imagen atribuida a las víctimas de un desastre es el pánico. Si bien es cierto que puede suceder una respuesta de huida por sentirse vulnerable ante los hechos catastróficos, ésta podría ser la opción racional y ocurre como una respuesta natural de sobrevivencia.

Adaptación a la situación de desastre

Por lo general, la respuesta conductual de los humanos ante el desastre parece ser la de ajuste y adaptación, y estos buscan en principio, auxilio para sí mismos. Sin embargo, es muy frecuente que aflore un sentimiento de solidaridad. La mayoría de las acciones iniciales de rescate son organizadas generalmente por los propios damnificados, esto lo hemos constatado frecuentemente cuando actuamos como brigada de intervención en crisis, en la descripción e informe de las actividades reportadas en este trabajo se analizará a detalle esta forma *sui generis* de adaptación solidaria que es la de ayudar al otro en desgracia aunque el que asiste, sea también afectado.

Algunos datos estadísticos sobre la respuesta humana ante una situación de desastre de distintas organizaciones como la OPS o la OMS indican que entre el 15% y el 25% de la población es capaz de manejar su ansiedad, evaluar la situación y tomar una acción rápida y eficaz; por lo general un 60% responde adecuadamente una hora más tarde y que un 15 % puede requerir un día o dos para adaptar su conducta adecuadamente.

En este grupo se presentan respuestas inadecuadas tales como la confusión, ansiedad paralizante, llanto y otras reacciones parecidas, que pueden

permanecer por un período prolongado. La mayoría de los autores coinciden en aportar un esquema que comprende:

Una fase anterior al impacto, la del impacto mismo y una fase posterior.

En la fase posterior se requiere tiempo para lograr la asimilación. Al cesar el peligro las personas pueden quedar afectadas por el recuerdo o por un temor intenso, de que pueda repetirse la experiencia sufrida.

En ocasiones los sobrevivientes necesitan estar con otras personas y comunicar sus sentimientos, ya sean los relacionados con las pérdidas sufridas o los de su soledad.

Cuando hay contención de la reacción emocional del individuo, este puede presentar hipoactividad, deambular sin rumbo fijo, sufrir apatía, inactividad verbal o motora. Una reacción más extrema puede ser la incapacidad del individuo para poder comunicar verbalmente sus emociones. Este proceder se ha observado en muchos escenarios como en Acapulco, Gro. y Puerto Escondido, Oax. Después del paso por el puerto del huracán Paulina en 1997, donde los afectados por este fenómeno meteorológico presentaban muchas de las reacciones arriba descritas.

2.1.1. Período Postraumático

El período en que se revive o rememora la experiencia puede durar hipotéticamente toda la vida, aunque esto nos parece a nosotros una posición extrema, que no compartimos. Además de la ansiedad temporal, existe una reacción que entra dentro de las reacciones patológicas y que se denomina "síndrome traumático" o neurosis postraumática.

Lifton (2000) establece que las respuestas de los sobrevivientes pueden clasificarse en cinco formas generales de respuesta:

- 1.-Huellas o marcas indelebles de la muerte. Se refiere a los recuerdos del evento
- 2.-Culpabilidad. Se basa en el hecho de que sobrevivir lleva aparejada generalmente una experiencia de culpabilidad.
- 3.-Adormecimiento psíquico. Se refiere a la respuesta del sobreviviente, ya que se defiende, con un adormecimiento psíquico (percepción de sentimientos).
- 4.-Sospecha de un engaño acumulado. Son las perspectivas generales del mundo que rodea al sobreviviente, ya que siente que sus relaciones personales sobrellevan un engaño acumulado. El sobreviviente puede sentir como si todos tratarían de engañarlo o de abusar de él.
- 5.-Proceso de formulación. Se define la elaboración de un plan de acción en la comunidad durante el periodo de reconstrucción o cuando ya paso la emergencia. Finalmente, el sobreviviente deberá someterse a un proceso de formulación y restablecimiento.

En situaciones de desastre y emergencias complejas, se produce un deterioro del tejido social, una pérdida de la estructura de la vida familiar y un incremento de los signos de sufrimiento psicológico, como la aflicción y el miedo, que pueden aumentar la morbilidad psíquica y otros problemas sociales.

Recomendación

Según sea la magnitud del evento y demás factores, se estima que entre la tercera parte y la mitad de la población expuesta sufre alguna manifestación psicológica; aunque no todas pueden calificarse como patológicas, la mayoría deben entenderse como reacciones normales ante situaciones de gran significación o impacto.

Después de una emergencia o desastre, los problemas de salud mental en los sobrevivientes requieren atención durante un periodo prolongado en el que tienen que enfrentar la tarea de reconstruir sus vidas (OPS, 2006).

Según Cohen (1997), ante una situación de desastre el individuo puede reaccionar de acuerdo a varios factores que hacen que su estructura de personalidad se vea alterada, estos factores son:

- La personalidad
- La edad
- Sexo
- Grupo étnico
- Posición económica
- Los mecanismos usuales para hacer frente a los problemas (defensa y adaptación)
- La intensidad de la fuente de estrés
- La correspondencia adecuada entre la necesidad individual y los sistemas de apoyo
- El grado de la pérdida personal experimentada
- La disponibilidad de socorro y recursos comunitarios de asistencia.

Las reacciones individuales ante una situación de emergencia o desastre también pueden dividirse de acuerdo con el tiempo en que se presenta el fenómeno o amenaza.

Por todo lo anterior, es de suma importancia vislumbrar que el ánimo y la voluntad del damnificado se encuentren trastornados por un periodo temporal, y es probable que si no es atendida, acompañada, confortada la víctima, este

trastorno temporal se cronifique y si no se hace caso a los signos y síntomas incipientes, éstos pueden derivar en patologías que son muy características de las emergencias y desastres, como las diferentes formas de estrés, por citar un ejemplo.

Lo que hemos constatado en nuestro trabajo al atender víctimas en los muy diferentes desastres, donde hemos participado, es que los problemas comunitarios, de disfunción familiar, de violencia doméstica, de maltrato a los infantes, de adicciones a sustancias tóxicas lícitas e ilícitas, después de una catástrofe se recrudecen o terminan por manifestarse y ese es el punto de detección importante al hacer un proceso intervención en crisis, ya que cada desastre y cada comunidad tienen demandas diferentes en algunos casos es la de sentirse acompañados ,en otros es la de resolver problemas ancestrales que después de un evento catastrófico, se repiten siempre. Por ejemplo, el caso de los desbordamientos de los ríos de aguas negras en Valle de Chalco y zonas circunvecinas Ecatepec, Nezahualcóyotl e Ixtapalapa.

2.1.2 Grado de alteración del sujeto debido a un desastre.

Reacciones psicológicas individuales

- Llanto
- Agresividad, ira
- Temor al aislamiento
- Afecto apagado
- Depresión
- Incremento en la dependencia
- Susplicia ante los extraños

- Conflictos matrimoniales
- Conflictos sociales
- Conflictos laborales
- Incremento en el uso de sustancias tóxicas
- Temor a la oscuridad, (principalmente en los niños)

A través de los síntomas se puede definir el estado actual del sujeto que sufrió un impacto.

Una vez superada la fase del siniestro, se observa paradójicamente un descenso en la sintomatología previa, tales como insomnio, agresividad depresión, problemas sensoriales y agitación. Lo mismo sucederá con la ansiedad, las fobias y los trastornos obsesivos compulsivos. (Álvarez,2006).

Es posible que esto se deba que después de ocurrido un desastre la gente está más preocupada por su sobrevivencia y menos por sus tensiones personales o patológicas. Los tres síntomas que se presentan principalmente son la confusión, desorientación y euforia que pueden ser más patológicas. Así mismo, los síntomas de la fase aguda comprenden reacciones de ansiedad, insomnio, depresión e irritabilidad (Cohen, 2002)

Reacción social

- Aglutinamiento de los grupos
- Sexualización de las relaciones
- Incremento de la tasa de natalidad
- Aumento del vandalismo
- Búsqueda de ganancias secundarias
- Exaltación de la religiosidad
- Incorporación de elementos mágicos

- Dificultad para lograr el regreso a la normalidad.
- Dificultad para lograr la separación de los grupos formados en esta etapa.

2.2 Terapia breve y de emergencia

La terapia breve surge como una alternativa de intervención de costos reducidos y de resultados favorables en la práctica clínica. Se define como una estructura terapéutica, orientada a incrementar la conciencia de los consultantes acerca de sus comportamientos problema, así como de su capacidad y motivación para comenzar a hacer algo al respecto. Se considera como la intervención primaria para aquellas problemáticas psicológicas caracterizadas por ser específicas, tales como excesos o déficits conductuales concretos y dificultades emocionales causados por la incapacidad para la toma de decisiones (Dulmus y Wodarski, 2002).

La meta es ofrecer a los consultantes herramientas para cambiar actitudes básicas y manejar los problemas subyacentes

La terapia breve difiere de la terapia a la de largo plazo en que esta última se enfoca en el tratamiento de trastornos psicológicos (entidades psicopatológicas, como depresión, anorexia, esquizofrenia, ansiedad, etc.) y tiene una duración superior a cinco sesiones de acuerdo con la severidad del trastorno o de la existencia de varias patologías (Labrador, Vallejo, Matellanes, Echeburúa, Bados y Fernández, 2001). Así mismo, la terapia breve se sitúa exclusivamente en el presente, usa herramientas terapéuticas en un tiempo más corto y su fin es el cambio de un comportamiento específico en lugar de uno a gran escala o más profundo (Kristen, 1999). Su énfasis está en incrementar la autoeficacia y la motivación para el cambio, así como en la empatía y la alianza terapéutica desarrollada con el consultante, empleando, entre otras, técnicas de escucha

reflexiva que le permiten identificar cómo, cuándo y por qué podría cambiar (Miller y Rollnick, (1999); Longabaugh & Wirtz, (2001) como se citó en Hewitt y Gantiva Díaz, 2009).

En la actualidad, la exigencia en la atención de salud mental en situaciones críticas ha llevado a los profesionales de la psicología, a plantear nuevas formas de intervención, breves y rápidas, con el propósito de atender una demanda poblacional que se incrementa día a día. Considerando la escasez de personal competente para responder de manera inmediata a una emergencia psicológica, se ha trabajado en la formación de personas que intervengan en momentos de crisis emocional (García, 2009).

Una ayuda terapéutica breve y de urgencia, con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después de un incidente crítico puede tomar de 1 a 6 semanas, menciona Caplan (1974).

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

Bellak (1980) dice que en general, las intervenciones breves deberán tener las siguientes características:

1. Es limitada en el tiempo
2. Se enfoca en el aquí y en el ahora
3. No se investiga sobre el pasado remoto de la persona
4. No se manejan aspectos psicodinámicos profundos
5. No se hacen interpretaciones
6. Se hacen confrontaciones del sujeto con la realidad

7. Se deben reforzar algunos mecanismos de defensa/adaptación para fortalecer el yo
8. El objetivo es la resolución de la crisis
9. Se debe promover una alianza terapéutica

Esta modalidad terapéutica ha demostrado en la práctica clínica del programa de intervención en crisis una alta efectividad, sobre todo en escenarios propios de atención de esta modalidad de atención, como se ejemplificara posteriormente en los informes de comunidades atendidas

2.3 Primeros auxilios psicológicos

Los *Primeros Auxilios Psicológicos* (PAP) hacen referencia a *“la intervención psicológica en el momento de crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para restablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal.”*, (Álvarez et. al., s.f.; como se citó en Arumir, 2009).

Se trata de la primera intervención en crisis, la cual tiene una duración de minutos a horas y consta **generalmente** de una sola sesión o pocas sesiones que no pasan de cinco. Los PAP, pueden ser brindados por personas no necesariamente vinculadas al trabajo psicológico (médicos, enfermeras, personal de trabajo social, abogados, sacerdotes, líderes de comunidades, etc.) en ambientes informales (hospitales, escuelas, iglesias, etc.) sin embargo, requieren de una capacitación previa. La meta es restablecer la homeostasis emocional, (Álvarez et. al., s.f.; como se citó en Arumir, 2009).

Los cinco componentes estratégicos en los cuales se basan los Primeros Auxilios Psicológicos son:

Realizar contacto psicológico: Es decir, mostrar empatía o “sintonización” con los sentimientos y necesidades de la persona en crisis. Hay que escuchar atentamente como es que esta persona visualiza y nos comunica esta situación “crítica”. Se invita a que hable y que escuche lo que relata: lo que sucedió (hecho) y el cómo reacciona (sentimientos y actitudes) ante esto. Los objetivos son lograr que la persona sienta que se le escucha, acepta, entiende y apoya; esto lleva a disminuir la intensidad de su ansiedad y angustia.

Analizar las dimensiones del problema: Se enfoca en tres áreas: 1) *presente* (qué sucedió, cómo te sientes, qué piensas, qué puedes hacer), 2) el *pasado inmediato*, aquellos acontecimientos que condujeron al estado de crisis (qué. Quién, cuándo, cómo) y c) el *futuro inmediato*, los riesgos para la persona y la preparación para soluciones inmediatas.

Sondear posibles soluciones: Se busca identificar un rango de posibles soluciones que satisfagan las necesidades tanto en el corto como en el largo plazo. Esto implica “acompañar” a la persona en crisis durante la generación de alternativas, sin dejar de lado el análisis de aquellos factores que puedan obstaculizar la ejecución de un “plan” en particular.

Iniciar pasos concretos: Implica que el interventor, de manera facilitadora o directiva (según las circunstancias) va a “ayudar” a la persona a ejecutar una acción en concreto, para tratar con la crisis.

Verificar el progreso: El interventor buscará la manera en la cual pueda verificar la eficacia de los PAP, así como estar al pendiente de su cumplimiento. (Álvarez et. al., s.f.; como se citó en Arumir, 2009).

2.3.1 Historia del arte de los primeros Auxilios psicológicos.

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

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

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

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

Teoría que creó Seyle en 1976, llamada Síndrome General de Adaptación también es conocida como Ley de Seyle, sostiene que el organismo cuenta con un sistema para mantener el equilibrio en todos los procesos biológicos, llamado homeostasis. Cuando las personas se ven afectadas por estrés provocado ya sea por problemas de salud o también por demandas de carácter social y las

amenazas del entorno del individuo; se producen simultáneamente una serie de reacciones, que afectan tanto en el desempeño social, resulta visible en los problemas en el trabajo, en la vida de relación, económicos, etc., además del impacto fisiológico, manifestado en problemas para procesar la grasa, la aparición de úlceras gástricas, la pérdida o el aumento de peso y aumento del cortisol en sangre, entre otras. Este conjunto de manifestaciones es conocido como Síndrome General de Adaptación. El cuerpo continuara esforzándose para volver a la homeostasis, requiriendo un esfuerzo extra, de la persistencia del estresor dependerá si el organismo regresa a su estado de equilibrio o las reacciones sigan y empeoren (como se citó en Brambati, 2006).

El enfoque taxonómico de las consecuencias del estrés planteada por Cox, (1978), abarca los efectos subjetivos, conductuales, cognoscitivos, fisiológicos y organizacionales del estrés (como se citó en Valero 2008).

Desde el punto de vista psicosocial están los aportes de los conceptos del "soporte social" o "Redes de soporte social" y su importancia para ayudar a las víctimas. Karl Slaikeu (1988) describe la crisis por eventos traumáticos por su carácter de ser inesperada, tener calidad de urgencia, tener un impacto potencial sobre comunidades enteras y e incluir los conceptos de peligro y oportunidad, todos estos elementos son comunes a las situaciones de emergencias y desastres Descubrimientos del Estrés Trauma y su capacidad para el cambio del contenido bioquímico cerebral Everlin, (1997). Más recientemente se encuentra la teoría CASIC (Conductual, Afectivo, Somático Interpersonal y Cognoscitivo), el cual se ha utilizado ampliamente tanto como en la evaluación, trabajo y posterior análisis de una persona en crisis (como se citó en Lorente, Font y Villar, 2005).

2.3.2 Principios Clínicos de los Primeros Auxilios Psicológicos

Oportunidad:

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

Metas:

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

Valoración:

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

Tiempo de la intervención:

Aunque no existe un consenso generalizado sobre la duración de las intervenciones como se menciona anteriormente, se privilegian para el trabajo de atención a víctimas de desastres, las acciones breves. Estas pueden perdurar desde minutos hasta horas, y esto dependerá del grado de afectación del damnificado y de la voluntad y disposición para recibir la ayuda.

2.3.3 Componentes estratégicos de los primeros auxilios psicológicos

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

Existen varios objetivos para la realización del primer contacto psicológico.

1.- La persona sienta que la escuchan, aceptan, entienden y apoyan, lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de la ansiedad; el contacto psicológico sirve para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad se dirige a algo más que esto.

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

3.- Sondear las posibles soluciones: Implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que

pueden dejarse para después, identificadas de manera previa. Esto es llevar a la persona en crisis a generar alternativas, seguido de otras posibilidades. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular.

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

5.- Seguimientos para verificar el progreso. Implica el extraer información y establecer un procedimiento que permita el seguimiento para verificar el progreso. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro cara a cara o por teléfono. El objetivo es ante todo completar el circuito de retroalimentación, o determinar si se lograron o no las metas de *los Primeros Auxilios Psicológicos*: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo. (García, 2005).

2.3.4 Recomendaciones básicas de intervención

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

- Dejar que el sujeto establezca el ritmo, no apresurar a la persona.
- Hablar temas que tengan relación con el problema vivido.
- No prometer lo que no sea posible, ya que esto puede provocar que se pierda la credibilidad y la confianza ante la persona.

- Dar al dialogo un sentido de esperanza, esto puede ser mencionando frases como “que otras cosa hay para usted.” o “que otras posibilidades tiene.”
- Apoyar la conversación de preferencia en la persona(s) afectada(s). Evitar las preguntas personales.
- De ser necesario, solicitar los datos de la ficha de identificación del entrevistado al final de la intervención (previa solicitud de su nombre), al inicio la persona puede no sentirse cómoda como para proporcionarlos y probablemente, al final coopere y resulte más fácil darlos.
- Establecer un compromiso de búsqueda de ayuda acorde a las necesidades del damnificado, Dicho compromiso puede ser tan solo hacer una llamada telefónica, o bien acudir a alguna institución que le brinde la ayuda adecuada. Se intenta regresar el control de sus actos a la persona, así como la posibilidad de que reciba ayuda especializada (García, 2005).

2.3.5. Beneficios

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

Los Primeros Auxilios Psicológicos pretenden ofrecer apoyo emocional, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos sociales de ayuda (García, 2005).

Como ya se ha mencionado, una de las finalidades de los primeros auxilios psicológicos es la de aprender habilidades específicas que se necesitan en situaciones estresantes y de esta manera ayudar a las personas que resultaron afectadas a diferentes niveles, de esta situación. Se ha comprobado que este

conocimiento no solo ayuda a las víctimas sino también a las personas encargadas de proporcionar la ayuda, ya que ayudan al individuo a tener un afrontamiento más efectivo, en comparación a las personas que no reciben entrenamiento (García, Rojas y Vargas, 2001).

Reducir la mortalidad, como segundo objetivo específico se dirige a salvar vidas y prevenir lesiones físicas durante la crisis. Se ha visto que no es poco común que algunas situaciones de crisis conduzcan a las personas a una lesión física (maltrato a hijo, cónyuge, otros) o aún a la muerte (suicidio, homicidio), en especial en una sociedad en donde la violencia ha pasado a formar parte de la vida cotidiana. Entonces, se trata de tomar medidas para reducir las posibilidades destructivas y controlar la situación (García, et al. 2001)

Como ya se ha visto con anterioridad, los primeros auxilios psicológicos son una herramienta sumamente útil y efectiva para el trabajo de emergencia psicológica, por ello se insiste en la necesidad de entrenar en esta técnica al personal profesional vinculado a las emergencias (bomberos, policías, protección civil, etc.), (Slaikeu, 1996) y a las personas que se ofrecen como voluntarios (Duch, Fortuño y Lacambra, 1997) con el objetivo de dotar a este colectivo de “recursos y técnicas para afrontar situaciones estresantes y detectar posibles síntomas que puedan llevar a una actuación ineficaz o desencadenar una patología” (como se citó en Lorente, Font y Villar, 2005).

2.3.6. Entrenamiento en primeros auxilios psicológicos

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

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

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

Las intervenciones de primer orden, como esta, son de carácter breve, y las puede proporcionar cualquier persona que ayuda a otra, y son más efectivas mientras más cercanas temporalmente se realicen al evento en cuestión (García,2005).

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

2.3.7. Similitudes y diferencias entre los primeros auxilios psicológicos y la intervención en crisis

Los PAP pueden ser aplicados por personal que no tenga una formación profesional formal como trabajador de la salud mental, ya que este procedimiento consiste en dar contención emocional al afectado y derivar a un servicio especializado de atención psicológica, a pesar de que esta primera ayuda es considerada limitada, ordinariamente, es el primer contacto con la víctima, sus familiares o acompañantes, inmediatamente después de ocurrido un evento catastrófico.

2.3.8 Primeros auxilios psicológicos en los desastres.

Como se ha planteado, los PAP, pueden ser aplicada por personas previamente entrenadas en esta modalidad de atención psicológica, se recomienda que cuenten con ciertas aptitudes y actitudes que les faciliten la aplicación de este procedimiento, puesto que los desastres tienen ciertas características no estructuradas, que hacen necesario desarrollar ciertas destrezas como:

Sociabilidad. Trabajar con personas que experimentan estrés intenso requiere capacidades sociales, sin olvidar los límites personales. La capacidad de trabajar en equipo es otra de las habilidades sociales necesarias para el desempeño adecuado en este tipo de intervención (Losada, 2004).

Temple. Las condiciones pueden ser caóticas, con escenas ruidosas, muchas horas, alojamientos no adecuados, intervenciones no estructuradas, roles y normas ambiguas, todo esto hace necesario un alto equilibrio personal y emocional, además de seguridad en si mismo (Losada, 2004).

Habilidad de escuchar de manera activa. Este aspecto es muy importante, ya que favorece todos los aspectos anteriores (Losada, 2004).

Capacidad de comprensión. Interés en apoyar y reforzar la seguridad psicosocial y el funcionamiento de los sobrevivientes y equipos de ayuda (Losada, 2004).

Capacidad de asumir y encajar errores. Por la naturaleza de los desastres no siempre se logran las expectativas de los interventores, por ello la importancia de la tolerancia a la frustración (Losada 2004).

Empatía. Establecimiento de la empatía, es decir, identificación emocional del profesional o del personal auxiliar con lo que está pasando la víctima, autenticidad, capacidad de comprensión y respeto. El superviviente utiliza las experiencias de afrontamiento con la catástrofe como una fuente de fuerza, mientras que la víctima permanece inmobilizada (Losada 2004).

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

Lenguaje correcto. Necesario para clarificar qué se va a hacer. Se debe, además, utilizar la lógica para transmitir cierta seguridad. Pocos podrán mantener la calma si, además de la vivencia que se está experimentando, alguien le reprocha su reacción ante la crisis (Buznego, 2008).

Contacto físico. Establecer contacto físico con la persona afectada puede ser importante para calmar la agitación, se trata sencillamente de tocar a la persona, abrazarla o mantenerla junto a una persona que sea capaz de aparentar cierta calma (Buznego, 2008)

CAPÍTULO 3.

Atención Psicosocial

Concepto de atención psicosocial.

Es el proceso de acompañamiento personal, familiar y comunitario, que busca restituir el equilibrio psicoemocional de las personas en momentos críticos, así como el establecimiento de las redes sociales de apoyo para superar un evento catastrófico (Álvarez y cols., 2011)

3.1.-Tipos de víctimas

De manera general se ha clasificado a las víctimas en dos grandes grupos, la población directamente afectada y los indirectamente afectados, aunque también algunos autores y organizaciones como la OPS (2006) o la OMS (2006) por citar solo estas dos, han hecho hincapié en los grupos de mayor vulnerabilidad y que los han enmarcado como grupos prioritarios:

- Madres cabeza de familia (tener en cuenta también las gestantes y lactantes).
- Ancianos que viven solos.
- Niños y adolescentes.
- Discapacitados.

Aunque no existe un orden predeterminado para esta jerarquización, ésta va a depender de la naturaleza del evento crítico, su fuerza y las secuelas psíquicas y sociales que deja y a los mecanismos con que cuente la población para poder enfrentar estos fenómenos.

3.2 Definición

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española en su vigésimo segunda edición (2010) define el concepto víctima de la siguiente forma:

(Del lat. *vīctima*).

1. f. Persona o animal sacrificado o destinado al sacrificio.
2. f. Persona que se expone u ofrece a un grave riesgo en obsequio de otra.
3. f. Persona que padece daño por culpa ajena o por causa fortuita.
4. f. Persona que muere por culpa ajena o por accidente fortuito.

Víctima se refiere a todo aquel que sufre daño por acción u omisión propia o ajena, o por causa fortuita (Rodríguez, 1988).

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

3.3.1 Clasificación de víctimas o sobrevivientes.

3.3.1.1. Clasificación de víctimas de Taylor y Frazer (1982).

- Víctimas de primer grado a las que sufren el impacto directo de la emergencia o desastre, sufriendo pérdidas materiales o daño físico.
- Víctimas secundarias que serían los familiares y amigos de las anteriores.
- Víctimas de tercer grado que serían los integrantes de los equipos de primera respuesta.
- Víctimas de cuarto grado que sería la comunidad que se ve afectada en su conjunto.

- Víctimas de quinto grado o personas que se enteran de los sucesos por medio de los medios de comunicación.
- Víctimas de sexto grado son aquellas que no se encontraban en el lugar de los hechos por diferentes motivos y en ellos son los sentimientos de culpa, los principales causantes de los problemas psicológicos (como se citó en Losada, 2004).

3.3.1.2 Clasificación de sobrevivientes de Cohen

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

- Sobrevivientes de primer nivel: víctimas primarias
- Sobrevivientes de segundo nivel: son los parientes cercanos de las víctimas primarias.
- Sobrevivientes de tercer nivel: es el personal de rescate o recuperación, de la Cruz Roja o de emergencia; médicos, enfermeros, médicos forenses, profesionales de la salud mental; sacerdotes, bomberos, policías, administrativos, docentes, niños.
- Sobrevivientes de cuarto nivel: es la comunidad afectada por el evento (periodistas, funcionarios públicos).
- Sobrevivientes de quinto nivel: son los individuos que experimentan estados de estrés y perturbación luego de ver u oír informes periodísticos.



La diferencia entre los esquemas presentados anteriormente es que Frazer (1982) a diferencia de Cohen (1999), agrega un grado más de victimización, sin embargo, en el programa de referencia, hemos adoptado por consenso el de Cohen, ya que nos parece más claro y menos enredado que el primero, que se presenta en esta representación

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

Victimas Indirectas o de segundo nivel

El acontecimiento traumático puede compararse al efecto de una piedra arrojada en un estanque, originando ondas; en el primer círculo se encuentran las víctimas directas; el segundo a los familiares de estos, que tienen que afrontar el dolor de su familiar afectado en junto con el propio y readaptarse a la nueva situación y el tercero se puede incluir los vecinos, los compañeros de trabajo o los miembros de la comunidad que quedan afectados por el temor y con sentimiento de indefensión (Echeburúa, 2005).

El efecto contagio se refiere al deterioro físico y psíquico de las personas que tienen contacto cercano y prolongado con una persona que ha sufrido un trauma grave (Solomon, 2003) y los que se encuentran en contacto estrecho puede desarrollar trastornos emocionales como si hubiera sido afectada de manera directa por el trauma, esto se le conoce como traumatización secundaria (Sánchez, 2003, como se citó en Echeburúa, 2005)

Personal de ayuda humanitaria o de primer contacto con las víctimas también llamadas víctimas ocultas o de tercer nivel.

El personal de primer contacto o que provee ayuda humanitaria (bomberos, paramédicos, rescatistas, médicos, policías, personal de defensa civil, voluntarios, psicólogos y otros), son víctimas ocultas que de alguna u otra forma se afectan ante una situación de emergencia o desastre. El tipo de trabajo que realizan, los expone a demandas extraordinarias de tiempo, a condiciones especiales propias del trabajo y a emociones intensas por su labor con personas en situaciones difíciles, apremiantes o llenas de horror (Álvarez, 2006).

Parte de su trabajo consiste en la posibilidad de enfrentar experiencias de muerte, excesivo sufrimiento humano, el accidente serio mientras está en acción,

incidentes de causas múltiples, muerte o accidente grave o heridas de niños o de un compañero, las condiciones del accidente o desastre, las situaciones que amenazan la integridad física, la falla en la misión. Todas estas condiciones, propias del trabajo de primera respuesta, 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, 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: este es el **estrés del Personal de primera respuesta** (Condori y cols., 2002).

Cohen (2003) mencionó que la salud mental de los rescatistas, luego de ocurrida una catástrofe, es un componente significativo en las operaciones de emergencia. Debido a su trabajo, estos profesionales están expuestos a las escenas y dolores más horribles. Aunque estén preparados para enfrentar experiencias dolorosas durante su labor cotidiana como policías, bomberos, conductores de ambulancias, etc., cuando tales experiencias se multiplican por los cientos de miembros humanos que deben manipularse, el impacto es profundo, nadie está preparado ni inmunizado a sus efectos devastadores.

Además debe considerarse la fatiga, como consecuencia de la dedicación intensa sumada a la reticencia a abandonar el puesto, aunque sea por un breve período. Un ejemplo de lo anterior fue lo que ocurrió en noviembre de 2001, cuando los bomberos que trabajaban entre los escombros de la catástrofe del World Trade Center en Nueva York reaccionaron violentamente contra la policía, que les solicitaba que abandonaran la tarea.

En diversas regiones se están diseñando modelos de intervención organizados y sistemáticos. Los principales componentes han sido realizar

jornadas de desahogo psicológico “*debriefing*”, identificar los incidentes críticos, contribuir a poner la situación en perspectiva y fortalecer las capacidades del trabajador (OPS 2006).

Condori y sus cols., (2002) se han dedicado a realizar investigación que demuestra de manera clara cómo los trabajadores de primer contacto resultan afectados a nivel físico, emocional, cognitivo, conductual y biopsicosocial. Estos autores trabajaron con un equipo interdisciplinario de primera respuesta que participó en el incendio de Mesa Redonda y en otros eventos. Se confeccionó una **Hoja de Datos Personales** y un **Cuestionario** con preguntas específicas sobre reacciones inmediatas y posteriores ante el estrés luego del incidente de Mesa Redonda. La confección del cuestionario pretende contribuir con un instrumento para la evaluación de reacciones de estrés en equipos de primera respuesta. Asimismo, se distribuyó una **Guía de Primeros Auxilios Psicológicos**, con la finalidad de orientar e informar a los emergencistas participantes.

Este estudio es un primer intento que pretende evaluar las reacciones de estrés en los equipos de primera respuesta, ocho meses después de haber participado en un desastre como el de Mesa Redonda y en otros eventos similares. Los hallazgos demostraron que el personal de primer contacto, por el tipo de trabajo que realiza y que les exige tiempo, riesgo y exposición a situaciones impactantes, los afecta en su salud bio-psico-social.

Además, encontraron que a pesar de su entrenamiento y su experiencia en emergencias y desastres, los resultados indicaron que la mayoría fue afectada en su salud mental y física, y de una u otra forma, en su vida por el incidente de Mesa Redonda y otros eventos similares, y que el 73% pensaba que había superado el estrés causado por este incidente, compartiendo sus vivencias con

familiares, compañeros y otros, con ayuda profesional, con el apoyo de la religión, deportes, actividades recreativas o por fuerza de voluntad. Situación que confirma la importancia de contar con redes de apoyo emocional y técnicas de manejo del estrés. Sin embargo, el 27% de ellos reportaron que no lo habían superado o no lo especificaban, situación que sugiere que estas personas estarían presentando reacciones de EPT que estaría afectando su desenvolvimiento laboral, social y/o familiar y que requerirían de ayuda profesional especializada. Más aún, esto se ha encontrado en las personas que han participado en diversos eventos similares, lo que podría constituir la sugerencia de que participar en más emergencias y desastres los hace más vulnerables.

Vulnerabilidad en personal de primer contacto

El concepto de “Vulnerabilidad universal” desarrollado por Jeffrey Mitchell sostiene que no existe ningún tipo de entrenamiento o preparación previa que pueda disminuir la posibilidad de que una persona que trabaja con víctimas primarias, sea afectada por el TEPT (síndrome de la compasión). Las personas que realizan este trabajo (ya sea por largo tiempo o por una sola experiencia) son vulnerables por situaciones vividas (como se citó en OPS, 2006).

De acuerdo con el Nacional Center for PTSD (EUA) (como se citó en OPS, 2006), uno de cada tres socorristas llegan a presentar algunos o todos los síntomas de estrés que se mencionan a continuación:

- **Disociación:** sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de la realidad, sentirse aturdido, fuera de uno mismo, como en un sueño. No importa si recuerda aspectos importantes del trauma.
- **Reexperimentación del acontecimiento traumático:** recuerdos recurrentes e intrusos, pesadillas, flashbacks.

- Intento de evitar estímulos asociados al traumatismo: esfuerzos para evitar caer en pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, situaciones, lugares o personas que recuerden el acontecimiento.
- Disminución de la capacidad de respuesta al mundo exterior: incapacidad de sentir emociones, especialmente las que hacen referencia a la intimidad, ternura y sexualidad. Sensación de alejamiento de los demás.
- Aumento de la activación: hipervigilancia, irritabilidad o ataques de ira y dificultades para mantener o conciliar el sueño
- Ansiedad significativa, que puede acompañarse de preocupación paralizante, impotencia extrema, obsesiones y/o compulsiones.
- Depresión marcada: baja autoestima, pérdida de la esperanza, motivaciones o de propósitos en la vida.

También es probable que el personal socorrista, rescatista, de la defensa o protección civil y grupos de voluntarios, al terminar sus labores en la emergencia, experimenten algunas dificultades al regresar a su vida cotidiana. Éstas no deben ser consideradas, necesariamente, como síntomas o expresión de enfermedad y requerirán, sobre todo, de apoyo y acompañamiento familiar y social. Algunos ejemplos son:

- Dificultad para reintegrarse a su hogar.
- Tristeza y/o cambios repentinos de humor.
- Deseo de mantener contacto con otros compañeros (as) o víctimas del desastre.
- Sentimientos de inquietud, desilusión, aburrimiento y/o frustración al volver a su trabajo rutinario.
- Irritación o enojo, sobre todo si considera que no se le reconoce adecuadamente el trabajo realizado durante el desastre.

- Sentimientos de distanciamiento o aislamiento de las personas (miembros de la familia, compañeros o amigos).
- Conflictos con algunos compañeros de trabajo.

Hay factores de riesgo que incrementan la probabilidad de sufrir trastornos psíquicos, entre los que se encuentran:

- El proceso de selección del personal no ha sido riguroso, por lo que pueden incluirse personas sin condiciones para desarrollar este tipo de trabajo.
- No haber sido preparados ni entrenados debidamente
- Exposición simultánea a otros traumas o situaciones estresantes recientes como divorcios, conflictos hogareños, etc.
- Antecedentes de trastornos físicos o psíquicos.
- Condiciones de vida desfavorables como la pobreza, el desempleo, discriminación, etc.
- Exposición prolongada –durante la emergencia- a situaciones de estrés o vivencias de experiencias muy traumáticas.
- Confrontación con aspectos éticos y la resolución de dilemas.
- Tendencia a perder el límite en el alcance de las soluciones (el rol de ayuda implica en la situación de emergencia grandes demandas).
- Problemas organizacionales como rigidez en las reglas o límites, elevadas demandas laborales (extensión de tiempos de trabajo, tareas complejas o de riesgo, informes, etc).

Generalmente, a los voluntarios y personal de ayuda humanitaria pasan en su labor por una serie de etapas de resistencia o adaptación, algunos vivencian solo una o algunos todas estas sensaciones a saber:

- Desprotección: miedo, sensaciones de peligro, de estar desamparado, amenazado a merced de fuerzas que no se pueden controlar.
- Impotencia: sensación de no poder con la situación; pérdida de la propia estima y pensamientos negativos como “no puedo”, “no hay solución
- Destrucción y muerte: sensaciones de que todo será destruido, con la correspondiente carga de angustia y terror.
- Omnipotencia: sensaciones y actitudes de negación: “lo que pasó no me afecta en nada”, “no necesito hablar de nada de lo ocurrido

Las víctimas de cuarto nivel: periodistas y funcionarios públicos

Los periodistas de la fuente de “catástrofes” o “desastres” se ven generalmente expuestos a presenciar, fotografiar, video grabar, entrevistar o reportear como ellos lo llaman en su lenguaje coloquial, situaciones extremas que a cualquier otra persona le afectaría en su equilibrio emocional; sin embargo, los reporteros deben darle continuidad a hechos desastrosos que los expone a una gran cantidad de estrés de la que ellos muchas veces no se percatan, se aduce así como en las víctimas indirectas o de tercer nivel que ya están habituados a este tipo de trabajo y que tiene entereza suficiente por las horas acumuladas de realizar este tipo de notas para ver, escuchar y escribir o narrar hechos extremos, sin que ellos sientan que esto les afecte (Álvarez y cols, 2010).

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

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

No obstante, hay esfuerzos para mejorar esta situación del manejo de información en los desastres, Sibila Camps periodista argentina que se ha especializado en reportajes de catástrofes por más de 24 años, entre muchos otros trabajos creó un manual titulado “periodismo sobre catástrofes”; además brinda asesoramiento y consultorías a medios, organismos públicos e instituciones privadas y dicta talleres y seminarios de capacitación dirigidos a periodistas y reporteros gráficos, trabajadores y líderes comunitarios, así como a instituciones de apoyo y asistencia en los desastres (Camps, Policastro y Vargas, 2007).

Sibila Camp imparte un seminario-taller para el entrenamiento a otros periodistas con la finalidad de mejorar el llamado “Replanteo de la Cobertura de Catástrofes” a partir del huracán Katrina organizado por el instituto de Prensa de la Sociedad Interamericana de Prensa (SIP) en Miami (2005). En el cual se plantean cuestiones como la veracidad de la información otorgada a la población en estos momentos de crisis y la propia aceptación y manera de la emociones de los periodistas. Lo anterior favorece en gran medida la forma en la que se presenta la información de los desastres en los medios (Camps 2004).

De los funcionarios públicos, solo podremos describir el desgaste evidente que se nota en el antes y después de un hecho catastrófico y que se observa a través de los medios de información.

Víctimas de quinto nivel, lejanas o no presenciales y que se enteraron del evento crítico por los medios masivos de comunicación.

A estas víctimas o sobrevivientes dependiendo de quien las clasifique, se les considera las mas indirectas de todas, ya que ni estuvieron en el escenario traumático, ni tienen ningún parentesco o amistad con los sobrevivientes directos o indirectos , tampoco son personal de ayuda humanitaria y no cubren ninguna fuente periodística relacionada con el hecho, no son tampoco funcionarios, que debieran tomar alguna determinación que perjudique o ayude a la comunidad afectada, son simples observadores pasivos o auditorio de estos hechos, y en algunos casos, lectores impresionados por los testimonios escritos, sin embargo llegan a presentar los mismos padecimientos que los otros sobrevivientes en mayor o menor grado, son víctimas sin ninguna causa aparente que los llevará a este estado de desazón emocional ,más que el saber de alguna manera de algún desastre (Álvarez y cols., 2010).

Las reacciones de estrés post traumático o simplemente de pánico que algunas personas presentan después de haberse enterado de los desastres socio-organizativos a través de medios electrónicos, puede tener relación no solo en el cómo se presenta esa noticia, sino cómo esta es exhibida y post producida con imágenes y audio que pueden incrementar las de por sí ya dramáticas escenas o cómo se sesga la información al editorializar o exaltar hechos que muchas veces caen en notas rojas o amarillistas, principalmente en el radio o la televisión (Álvarez y cols., 2010).

Se han elaborado algunas tesis y aportaciones de los colaboradores en particular en este nivel de sobrevivientes en el Programa de Intervención en Crisis donde se han hecho contribuciones para paliar este fenómeno que cada día va en aumento.

3.2.-Recomendaciones para trabajar con sobrevivientes

Función primordial del consejero de intervención en crisis

Raquel Cohen (1997) en su manual Salud mental para víctimas de desastres editado por la Organización Panamericana de la Salud, recomienda las siguientes acciones.

En el contexto de esta guía programática, las siguientes son actividades que se suelen juzgar apropiadas y pertinentes al programa de asistencia en crisis:

1. Ayudar a los damnificados a cobrar conciencia, a reconocer que tratar con organizaciones nuevas y complejas es difícil, y además puede producir mucho estrés.
2. Ayudar a los damnificados a normalizar esta experiencia. A efecto de reducir el estrés y hacer eficiente la conducta, se debe ayudar a los damnificados a organizar y jerarquizar las tareas de restablecimiento, así como las exigencias externas que imponen las organizaciones de recuperación.
3. Ayudar a los damnificados a comprender mecanismos de defensa como el desplazamiento y otros factores que pueden contribuir a la ira y la frustración frente a las organizaciones gubernamentales o de otra índole, o amplificarla.
4. Establecer y mantener información actualizada acerca de una amplia gama de recursos de recuperación, para poder remitir de manera correcta a los damnificados.
5. Mediante la orientación y la capacitación, ayudar a los damnificados a adquirir y desarrollar al máximo, aptitudes en áreas que les permitan trabajar más eficazmente con las organizaciones de recuperación. Estas aptitudes pueden incluir la comunicación, la solución de problemas, la resolución de conflictos, la administración del tiempo y el manejo del estrés.

6. Representar el punto de vista de los consejeros en los “comités de necesidades no atendidas”.

Si la persona que les ayudia no vive en la comunidad se recomienda:

- Ganar la confianza de los integrantes de la comunidad
- Ser seguro/responsable
- Estar bien informado
- Ser auténtico
- Ser sincero
- Dedicar tiempo a aprender de los miembros de la comunidad
- Comenzar despacio
- Enterarse de las políticas locales
- Respetar las jerarquías
- Prestar mucha atención a la comunicación verbal y no verbal

3.3. Conducta altruista.

Leticia Marín (2007) realizó un estudio preliminar en 1997 con el grupo de rescatistas autodenominados topes, investigación que después, amplió y actualizó en 2007 con el trabajo Sistema de creencias en los voluntarios frente a situaciones de desastre: un estudio comparativo México – Italia, donde propone lo siguiente sobre la conducta altruista

Al estudiar la conducta altruista, encontramos de gran interés las afirmaciones de Ferdinando Montuschi, (2002) “la persona que decide dar ayuda, ella misma tiene la necesidad de darse ayuda. El rol del “Salvador” consiente a la persona de adquirir una identidad frente a sí misma y un reconocimiento social del cual tiene una extrema necesidad. Es como construir una imagen de grandeza, de generosidad, de altruismo para cubrir una sensación

de malestar, de inutilidad y de vacío [...]. Las motivaciones escondidas que alimentan el rol del “Salvador” son el asegurarse a sí mismo y exhibir “heroísmo” para sentir que se tiene un valor [...]. Los demás se convierten en la fuente de bienestar, de gratificación, de éxito; así, el “Salvador” «depende» de los demás, especialmente de dos categorías de grupos de personas: de quienes tienen necesidad de ser ayudados y de quienes les reconozcan su generosidad, la importancia, el valor que tienen y su «heroísmo», y es así como el reconocimiento social se convierte en fundamental y esencial”. El miedo de no valer, de no tener derecho a existir, de no ser reconocido especialmente de quien tendría el deber de hacerlo, se convierte en un enojo contra sí mismo, y por ello la persona niega el tener miedo en el momento en el cual presenta una conducta altruista arriesgando además la propia vida.

El engaño que se deriva de esto, según Montuschi, consiste en el hecho que “ayudar a los demás asume el significado de ayudarse a sí mismo”. No solo personas “perfectas” pueden ser de ayuda a los demás y, el ser conscientes de las propias limitaciones puede evitar que se realicen daños mayores y de esta manera consentir dar una ayuda útil sin engaños aunque si se dispone de pocos recursos. Los grupos pueden tener al igual necesidad de darse a conocer o de confirmarse socialmente; así como los miembros de un grupo pueden ser motivados a adoptar este rol para respetar una “regla” de la comunidad o una obligación moral que perciben de manera oprimiente (como se citó en Marín, 2004).

Myers (1995) menciona que el "Altruismo es la demostración de preocupación y prestación de ayuda a los demás sin pedir nada a cambio; sin consideración consciente de los propios intereses. El altruismo es distinto de la búsqueda de beneficios personales. El altruista se preocupa y ayuda aun cuando no se ofrezca recompensa alguna ni tampoco se espere nada a cambio. La clásica

ilustración del altruismo es la parábola de Jesús sobre el Buen Samaritano, en donde el samaritano ilustra el altruismo en estado puro. Lleno de compasión, entrega voluntariamente tiempo, energía y dinero para un hombre que le es del todo extraño, sin esperar reembolso ni agradecimiento siquiera" (como se citó en Romero, 2005).

El altruismo puede ser visto desde varias perspectivas, en este sentido la teoría del Intercambio Social postula que las interacciones humanas constituyen transacciones cuya meta consiste en maximizar nuestras recompensas y minimizar nuestros costos. Una 'economía social' rige las interacciones humanas, no sólo intercambiamos bienes materiales y dinero sino también bienes sociales: amor, servicio, informaciones, posición social, etc. (Myers, 1995 como se citó en Romero, 2005), Fehr y Renninger, 2005).

En este proceso de intercambio social, el suministro y recepción de la confianza mutua ocupa un sitio privilegiado en el desarrollo de los sistemas más sofisticados de interacción social a saber: la cooperación, el arte, la ciencia; únicamente posibles con el nivel de desarrollo filogenético de los mamíferos en general y de los humanos en particular.

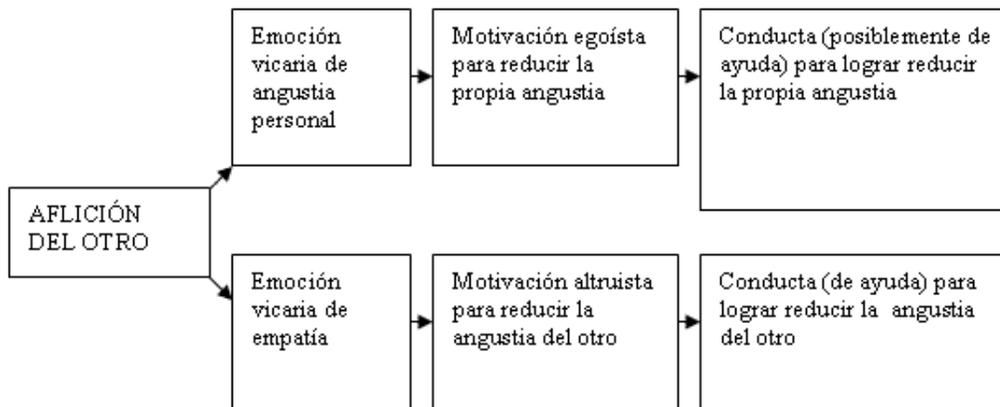
Al respecto, Fehr y Renninger (2005) mencionan que hay algunas conductas que tienen como fin último ayudar para sentirse bien (como es el caso del egoísta) y hay otro que se sienten bien por haber ayudado (que es lo que siente el altruista puro). Estos autores también mencionan que detrás del altruismo existe un interés propio disfrazado ya que se tienen autorecompensas tales como calmar la ansiedad, incrementar la autoestima, proporcionando con esto un sentimiento de satisfacción.

El concepto de altruismo fue acuñado por Augusto Comte. Hay evidencias acerca de cómo la conducta de ayuda viene motivada por gratificaciones como la

satisfacción personal ("Soy una persona muy decente por hacer lo que hice"), la evitación de la pena o de la culpa ("No hubiera estado tranquilo si no ayudo") y la evitación de la angustia ("Me sentí muy mal cuando vi que necesitaba ayuda, pero me sentí mejor cuando la ayudé"). El altruismo busca el beneficio de la otra persona, en este sentido, esto parece ser que se produce por empatía entre los sentimientos de la otra persona y los propios (como se citó en Hernández, 2002).

La hipótesis del altruismo y la empatía postula que la empatía da origen al altruismo, y que esta es sólo una razón de que ayudemos. El vínculo entre empatía y altruismo no descarta otras motivaciones para actuar de forma servicial (como se citó en Hernández, 2002).

CONDUCTA ALTRUISTA



Tomado de Hernández, (2002).

Hay otra teoría que habla de las normas sociales: Las normas son expectativas sociales. Prescriben la conducta apropiada, los "deber ser" de nuestra vida (Hernández, 2002).

La tercera explicación del altruismo reconoce raíces en la Teoría de la Evolución. La Sociobiología sostiene que la esencia de la vida consiste en la supervivencia genética. Nuestros genes nos hacen recorrer el camino que

maximizará sus oportunidades de sobrevivir. Es por ello que se fomenta una conducta altruista que le permita la sobrevivencia de la especie y de esta manera poder pasar los genes y perpetuarlos (Darwin 1859, como se citó en Fehr y Renninger, 2005).

Posteriormente Dawkins (1976), refiere que “el altruismo se vuelve una forma de egoísmo enmascarado. La filantropía es todo, menos la expresión de un amor de humanidad, es el cálculo fresco del empresario que busca asegurar la ganancia futura por las relaciones públicas” (como se citó en Fehr y Renninger, 2005).

Por todo lo anterior esta apreciación sobre la conducta altruista se ha venido confirmando con el paso del tiempo y cada vez mas adquiere ese estatus con que se le ha denominado, con muy diversos adjetivos, como el síndrome del buen samaritano desde la psicología social o síndrome de la Compasión, por solo citar algunos, las investigaciones y publicaciones especializadas nos llevan a la conclusión simple y llana de que nadie ayuda por simple desinterés, ya que siempre estamos compensando algo de nuestra personalidad o que solo así es como nos sentimos útiles socialmente.

3.4. Recomendaciones de auto cuidado.

A últimas fechas, hemos escuchado o leído notas de centros de rehabilitación a las adicciones donde se han dado casos muy lamentables de asesinatos y agresiones a estos dispositivos por parte de la delincuencia o de las fuerzas del “orden”, lo que a nuestros ojos y sensaciones nos ha puesto a pensar en la fragilidad de nuestro quehacer aun en situaciones “controladas”, si esto es así, sabemos cómo esto nos afecta cuando estamos realizando labores altruistas en lugares devastados o sumamente afectados por los desastres en sus múltiples

manifestaciones por lo que describiremos las recomendaciones mínimas necesarias para protegernos

La tarea de atención psicosocial al personal que ha trabajado directamente en la emergencia se convierte en una acción de primer orden. La OPS (2006) recomienda que se tengan en consideración dos grandes grupos:

- Personal profesional de socorro y salvamento (equipos institucionales de respuesta).
- Personal de ayuda humanitaria espontánea.

Es importante que previo y durante la emergencia este personal siga algunas reglas mínimas que serán preventivas de desajustes o trastornos psicosociales:

- Definición clara de perfiles para la selección del personal, así como una adecuada formación y capacitación del mismo; es decir, personal que de preferencia no esté pasando por una situación crítica como la muerte de un familiar cercano o que esté en un proceso de divorcio.
- Rotación de roles y funciones.
- Valoración de los estados emocionales subyacentes del personal antes y durante la emergencia.
- Organización de tiempos de trabajo y dotación de recursos que faciliten las labores de campo.
- Durante la emergencia, cuidarse físicamente y comer en pequeñas cantidades; tomar descansos cuando note que disminuye su fuerza, coordinación y tolerancia en los trabajos grupales.
- Mantener, en la medida de lo posible, el contacto con familiares y amigos.
- Reconocer el enojo de algunos compañeros (as), no como algo personal, sino como expresión de frustración, culpa o preocupación.

- Estimular que entre ellos se manifieste apoyo, solidaridad, reconocimiento y aprecio mutuo.
- Creación de espacios para la reflexión, integración y sistematización de la experiencia. En cuanto sea posible y después de haber terminado totalmente el trabajo, organizar una reunión de “descarga” entre los compañeros del equipo. En dicha reunión hablar de sus sentimientos y pensamientos tal y como aparezcan (sin juzgarlos); escucharse respetuosamente brindándose apoyo mutuo.

Respecto de la descarga de sentimientos y emociones sobre acontecimientos traumáticos, Pennebaker (1997) propuso un método que facilitaba este proceso; él trabajó con 74 estudiantes del primer año de la universidad; los dividió en 2 grupos, a uno de ellos les pidió que escribieran durante 15 a 20 minutos de 3 a 5 días consecutivos sobre sus experiencias traumáticas y al segundo grupo le pidió que escribieran sobre trivialidades. Él encontró que el escribir sobre las emociones puede influir de manera directa en la disminución de las visitas médicas, incremento en la función inmune, disminución en la presión sanguínea; además de influir en variables sociales, académicas y cognoscitivas.

Posteriormente, Sherlock y Pennebaker (2003) ampliaron esta muestra para analizar el efecto de la escritura emocional y su relación con la salud. Analizaron los escritos de estos 74 estudiantes (cuya media de edad era 17.9 años) y agregaron a la muestra a 50 estudiantes de 19.8 años y 59 internos de un hospital psiquiátrico (de 35.4 años). Los autores encontraron que el escribir sobre sus situaciones traumáticas podía mejorar su salud. Concluyen que el escribir ayuda a reprocesar esta información de tal manera que el individuo mejora su salud física y psicológica, además de verse reflejada en sus interacciones sociales.

Condori y cols., (2002) sugirieron:

1. Brindar atención, capacitación y orientación psicológica a los integrantes de los equipos de primera respuesta ya que también resultan afectados por el tipo de trabajo que realizan.
2. Observar atentamente, las reacciones y el comportamiento de los miembros del grupo, durante e inmediatamente después de un incidente crítico, así como también en períodos no críticos.
3. Asistencia y asesoramiento individual en los casos que se requiera.
 - Reuniones técnicas periódicas para analizar problemas y buscar soluciones. Planeando y ejecutando actividades que fomenten la comunicación, trabajo en grupo, fomento de valores, habilidades sociales, y actividades recreativas.
 - Evaluar y analizar el funcionamiento del grupo y organizar talleres para optimizar la labor de los equipos.
 - Diseñar talleres de capacitación y adiestrar al personal en técnicas de desarrollo personal, manejo del estrés, comunicación eficaz, resolución de conflictos.
4. Evaluaciones psicológicas periódicas que permitan orientar a los jefes o coordinadores en su desempeño y del desempeño de los miembros del equipo.
5. Las técnicas y procedimientos en psicología de emergencias y desastres pueden ser aplicadas por psicólogos o personal capacitados en esta especialidad.

La evaluación del funcionamiento y las reacciones de estrés, en equipos de primera respuesta, deben realizarla psicólogos capacitados en emergencias y desastres que entiendan la labor que realizan estos equipos; teniendo en cuenta que si pertenecen a un equipo de primera respuesta, también serán afectados y pueden ser otra víctima oculta, tanto por la labor que se realiza como por la identificación con el grupo.

El problema en países tercermundistas es que no se cuenta con suficiente personal capacitado para atender dichas emergencias, por ello es necesario capacitar a líderes comunitarios, sacerdotes, profesores, enfermeras, etc. que puedan implementar algunas técnicas de control de estrés en la población y que reproduzcan este modelo.

Para integrar a las recomendaciones anteriores, describiremos las sugerencias que la Cruz Roja Internacional emplea para el personal de socorro que colabora con ella (Cruz Roja Americana, 2005)

- Tomar un receso de 15 minutos cuando se encuentren exhaustos.
- Tomar un descanso para tomar un café o almuerzo
- Hablar con un compañero de trabajo o supervisor
- Aprender e implementar ejercicios de respiración profunda para disminuir la percepción de tensión.
- Durante los trabajos en estos escenarios, procurar comer alimentos nutritivos
- Evitar tomar grandes cantidades de cafeína
- Realizar algún ejercicio en algún momento que tenga libre
- Tratar de conciliar el sueño como él pueda
- Pedir un cambio de actividad, rol de trabajo o descanso si hay cansancio excesivo

Por otra parte los supervisores procurarán realizar roles de trabajo, de tal manera que el personal tenga periodos de descanso, de reflexión, de desahogo individual o colectiva o un momento para el esparcimiento (como se citó en Cruz Roja Americana, 2005).

3.5 Modelo de intervención en crisis de la facultad de psicología de la UNAM.

1. ¿Cuándo y cómo surge el programa?

A partir de los sismos de 1985, se vio la urgente necesidad de crear programas que tuvieran como principal función la protección y salvaguarda psicológica de la población en general, debido a que se solicitó a la Facultad de Psicología de la UNAM apoyo de expertos en distintas áreas del comportamiento humano, para el manejo de trastornos emocionales a consecuencia de desastres naturales y urbanos. Así, la Facultad de Psicología de la UNAM, crea un programa de extensión educativa en beneficio de la comunidad, dando respuesta de manera activa y responsable en los momentos de crisis, el actualmente nombrado Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Sociorganizativos.

2. ¿Cuál es la misión del programa?

Aplicación y desarrollo de modelos de intervención psicológica aplicados a desastres naturales y sociorganizativos, promoción y organización de grupos autogestivos, entrenados para brindar primeros auxilios psicológicos y detectar oportunamente síntomas de Estrés Agudo y Post-traumático (ETP), realizar acciones de tipo individual, familiar y comunitario para favorecer el desarrollo de estilos de afrontamiento adaptativos y el fortalecimiento de redes sociales.

3. Cuál es el objetivo del programa?

Ofrecer respuesta inmediata ante emergencias suscitadas por eventos disruptivos, brindando atención psicológica, contención, detección y canalización de damnificados o víctimas que presenten síntomas de Estrés Agudo y Post-

Traumático a instituciones u organizaciones especializadas. Por otra parte, brindar capacitación e intervención en crisis al personal en Primeros Auxilios Psicológicos. (Bomberos, rescatistas, soldados, custodios, operadores de líneas telefónicas etc.). Que son el personal de primer contacto con las víctimas. (alvarez 2010)

4. ¿A qué dependencia pertenece y cómo se sostiene presupuestalmente?

El Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socio-organizativos está adscrito a la Coordinación de Centros y Servicios a la Comunidad y al Sector Social, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. En cuanto al financiamiento del mismo, algunas fuentes son: a) partidas presupuestales provenientes de la administración de recursos financieros de la propia facultad de Psicología y de la UNAM; b) apoyo de patrocinadores al momento de intervención (principalmente del gobierno, sea municipal, estatal o federal); y c) Alianzas y convenios con otras instituciones y organizaciones.

5. ¿Qué importancia tiene la existencia del programa?

Los desastres naturales son más frecuentes en países tercermundistas. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2006), cuando acontecen las pérdidas tanto materiales como humanas, son aún mayores comparadas con los del primer mundo. Las comunidades no están preparadas para la devastación y la desorganización surge después de un terremoto, huracán o maremoto, por lo que se dificulta responder de manera rápida o eficaz a dichos eventos (Cohen, 1997).

De forma tradicional, la prioridad en las actividades de ayuda en desastres está dirigida a proporcionar alimentos, refugio y atención médica. La ayuda psicológica está contemplada en segundo término; sin embargo la atención psicológica que brinda al personal de ayuda humanitaria es algo que recientemente se está contemplando (OPS, 2006).

Es por eso que consideramos clave el trabajo que realiza nuestro equipo, el cual desarrolla técnicas de PAP tanto para víctimas de Desastres Naturales y Urbanos y a su vez, brinda atención psicológica y capacita en PAP al personal de primer contacto con las víctimas, por ejemplo: rescatistas, bomberos, personal de protección civil, policías, médicos, educadores, etc. Por otra parte, algunos integrantes del equipo dictan cursos sobre primeros auxilios medicos,RCP, rescate y salvamento entre otros.

CAPITULO 4.-Diagnostico

4.1. Fase I. Diagnóstico

Nuestro trabajo de atención a víctimas de desastres, pasa por muy distintas etapas y una de estas es la fase diagnóstica, la cual va a depender del tipo de catástrofe que se está atendiendo y la respuesta de la colectividad, obedecerá a si la catástrofe es de carácter natural o si esta es del tipo sociorganizativo. Dicho de manera escueta, no es el mismo análisis y su prescripción, que en su momento se dio en el dispositivo para atender a los jóvenes y sus familiares del operativo fatal, de la discoteca News Divine en 2008, o la determinación que se dio en las inundaciones en Tabasco 2007. Aunque en ambos casos la comunidad enfrentó el citado trastorno de estrés post traumático y las patologías asociadas a éste, las estrategias de afrontamiento y el diseño de las estrategias de atención que fueron promovidas por nuestros colaboradores, consistieron en establecer tácticas que dada la naturaleza de los desastres y la respuesta de la comunidad, resultaron radicalmente diferentes, ya que mientras en la delegación Gustavo A. Madero lugar donde se encuentra la disco de referencia, el emergente social era la elaboración del duelo por los chicos muertos y la canalización del descontento social a través de las organizaciones sociales que ya trabajaban en esta comunidad, en particular con los jóvenes; en la inundación de Tabasco, los emergentes sociales eran el incremento del alcoholismo al interior de los albergues, la apatía y dejadez de los damnificados que se habían convertido en excluidos sociales, ya que solo esperaban que se les resolviera todo sin dar ningún golpe y el incremento de embarazos no planeados muchos atribuidos a los integrantes de las fuerzas armadas que instrumentaron el plan DNIII. (Alvarez y cols., 2010)

4.2. Objetivo general de la fase diagnóstica

El objetivo de la fase diagnóstica será entonces la detección de las necesidades que se requieren para poder planear y ejecutar las estrategias idóneas para el tipo de desastre al que fuimos convocados a atender, dependiendo de los recursos humanos, las habilidades y herramientas con que contamos en ese momento en el programa de intervención en crisis, siendo estas estrategias suelen ser de carácter multivariado, ya que nuestros colaboradores han ido adquiriendo diversas habilidades y destrezas a lo largo de su formación, que en su momento han sido de gran utilidad.

Así podemos citar que algunos de nuestros copartícipes han promovido estrategias de atención psicosocial desde sus muy particulares intereses profesionales en la psicología, por ejemplo el uso de técnicas de la información aplicadas a atención psicológica en línea y a distancia en situaciones atípicas, como el encierro en los domicilios de la población expuesta a la epidemia AH1N1. Un ejemplo más de estos aportes de nuestros corresponsables en este programa fue la atención a población infantil que quedó huérfana o desamparada después de un huracán, ya que niños y niñas: se les dificulta más comprender lo ocurrido por el desastre, por lo que tienden a manifestar dificultades emocionales, problemas de conducta en el hogar o la escuela, fobias, trastornos del sueño, pérdida del Interés en la escuela y conductas negativas, que hay que atender y elaborar con padres y profesores las competencias idóneas para que establezcan un regreso lo más cercano a la normalidad, o el uso de elementos de arte-terapia que si no se conocen en su efectividad para mitigar el evento traumático, se descalifica de antemano esta alternativa de atención psicosocial y queda más que demostrado su alcance y valor en desastres urbanos en Paraguay, Argentina y México (Alvarez y cols., 2010).

Nancy Rosas (2004), en su investigación bibliohemerografica realizada con el apoyo del Programa antes citado, nos aporta las siguientes definiciones y conceptos sobre el tema del diagnostico en intervención en crisis.

La definición de **epidemiología**, según Kaplan y Sadock (1982) refiere que es el estudio de la distribución, la incidencia, la prevalencia y la duración de las enfermedades. Permite definir y evaluar las estrategias para prevenir y controlar las enfermedades y discapacidades.

Epidemiológicamente es muy difícil hablar en general de este trastorno, al contrario de otros muchos trastornos que derivan principalmente de la constitución psicológica y biológica de un individuo, porque este tipo de mal está reportado en términos de datos estadísticos al provocarse solamente en respuesta a algún precipitante ambiental inhabitual: masacres, catástrofes naturales, accidentes masivos y algunos traumas individuales. Por ejemplo, no se ofrecieron datos epidemiológicos sobre el índice de neurosis traumática de guerra (como fue denominado este trastorno en un principio) durante la Segunda Guerra Mundial, pero el 26% de los veteranos de Vietnam tuvieron algún tipo de síntomas psiquiátricos y el 7% tuvieron un síntoma depresivo mayor. Aproximadamente, 27% de los veteranos de Vietnam fueron diagnosticados con una enfermedad psiquiátrica grave. Por esto sólo se toman en cuenta como indicadores, e incluso, lo son bajo ciertas condiciones escrupulosamente determinadas. Cada uno de los sucesos precipitantes ocasiona datos diferentes y respuestas diferentes, asimismo, la diversidad de razas y culturas (además de épocas y otras variantes) determinan en forma diferente el desarrollo de TPEP en algún momento de la vida.

Bennasar (2002) deja muy claro a este respecto: los trabajos epidemiológicos han de tener bien especificado cuál es el criterio que ampara la determinación de la existencia del acontecimiento traumático o potencialmente capaz de que el sujeto desarrolle TPEP

Sin embargo, existen datos importantes que se han reportado debido a que el estudio de este trastorno ha aumentado a través del tiempo. Se reporta que es mayor el número de mujeres que desarrollan trastorno por estrés postraumático con respecto a los hombres, ya que la diferencia es cuatro veces mayor: por cada cuatro mujeres con TPEP existe sólo un hombre.

Existen pocos datos de la prevalencia (el número de casos que tiene una condición de salud durante el intervalo de tiempo que se concreta y en una determinada población, generalmente expresada en porcentajes) del TPEP, y aún es más difícil definirlos porque los sucesos que lo originan son tan variados y tan diferentes que son poco confiables a veces.

Algunos son los siguientes:

PREVALENCIA DE SUCESOS TRAUMATICOS

SUCESO TRAUMÁTICO	PREVALENCIA
Acontecimiento traumático en general	8-24%
Accidentes automovilísticos	15-20%
Erupciones volcánicas	42.2%
Ex – combatientes en general	3.5%
Veteranos de Vietnam	19%

Prisioneros de guerra	70-78%
Ataque violento	20.9%
Muerte súbita/ inesperada de un ser querido	60%
Violación	55.5%
Personas con historia familiar de TPEP	5.05%
Atentado terrorista	58%
Victimización en general	25%

Bennasar (2002)

Según Moreno de Vela et al (1999), los factores desencadenantes de TPEP en la infancia y adolescencia específicamente, son:

- o Violencia familiar (61.53%)
- o Separación de los padres.
- o Ver/ vivir hechos traumáticos (38.46%)
- o Fallecimiento o enfermedad grave de un familiar.
- o Sufrir un accidente.

Señala, además, que la sintomatología que muestran consta de timidez, miedo, mutismo y trastornos en el control de esfínteres (en casos de estresor agudo); y tristeza, apatía, conductas oposicionistas y agresividad (en caos de estresor crónico).

La **etiología** del trastorno por estrés postraumático (del griego *aition* – causa y *logos* – tratado, trata del estudio de las causas de las enfermedades) es multifactorial, debido a que existen diferentes aspectos que determinan la

naturaleza propia de dicho trastorno al presentarse en los diferentes casos clínicos: la naturaleza del estrés, la naturaleza de la persona, y algunos factores de origen orgánico.

Por definición, es causado por un estrés tan grave que es probable que produzca traumas psicológicos en la mayoría de los individuos normales; sin embargo, las situaciones estresantes más graves no producen un trastorno por estrés postraumático en todos los individuos que experimentan el estrés. De hecho, se toman en cuenta muchas variables con las cuales es necesario contar para poder definir una cierta situación determinada:

- a) Naturaleza del estrés: el estrés debe ser lo suficientemente grave para estar fuera del ámbito de la experiencia humana habitualmente considerada como normal: desastres naturales, desastres accidentales o desastres deliberadamente causados por la acción humana. El componente psicológico incluye sentimientos de intenso temor, desamparo, pérdida de control y amenaza de aniquilación. El estrés, además, varía de acuerdo a su duración y gravedad; el carácter súbito de un estrés aumenta la gravedad y el individuo se encuentra incapaz de desarrollar defensa alguna. El impacto puede ser también más grave si la persona se siente atrapada o arrinconada y no tiene oportunidad de luchar o huir.
- b) Naturaleza de la persona: existen factores que determinan la predisposición de una persona para sufrir de un trastorno mental, tales como la edad, los rasgos de personalidad, las incapacidades psicopatológicas anteriores, predisposición genética y disponibilidad de apoyos sociales.
- c) Factores orgánicos: en el momento de experimentar el estrés, el organismo reacciona inmediatamente a este suceso. Los síntomas que aparecen

inmediatamente después del suceso traumático son producidos, casi con toda seguridad, en parte, por una enorme descarga vegetativa en respuesta al miedo; esta activación autonómica persiste durante días, semanas o incluso meses. En algunos casos, la existencia de traumatismos físicos provocan que el estrés se viva con mayor intensidad, agravándose aún más el problema.

Los eventos reportados como más frecuentes en casos de estrés postraumático son: amenaza (llamada íntima o violación), presenciar actos violentos (fatales o no), ataque físico, accidentes y combate bélico.

Se ha encontrado también que una red de apoyo social actúa como factor protector cuando se vive un suceso traumático. Esto es importante, porque no existe una edad de inicio determinada para el desarrollo de este trastorno, se presenta a cualquier edad y los miembros de la familia o los amigos pueden representar un soporte significativo para el sujeto. La edad no es un factor determinante, pero a menor edad existe un mayor riesgo de desarrollo y síntomas más severos. Las mujeres se perciben como más apoyadas socialmente en comparación con los varones; este apoyo también beneficia más a las mujeres (o por lo menos, ellas se sienten mayormente beneficiadas) en términos de éxito durante el tratamiento. El tema del apoyo social ha sido observado muy de cerca por los investigadores como un factor importante dentro del desarrollo y tratamiento del TPEP, Golding lo define como “la existencia de calidad en las interrelaciones o una integración social, el contenido funcional de las relaciones (en particular el soporte emocional) y la estructura de dichas relaciones o tareas sociales” (Golding, 2002).

Es importante mencionar y diferenciar la situación de los niños. En general, un niño pequeño es vulnerable a sufrir ansiedad por factores como:

dolor físico, separaciones, enfermedad, operaciones, desaprobaciones y, especialmente, por muertes y pérdidas. En el caso de TPEP, las situaciones estresantes suelen ser semejantes a las que causan este trastorno entre los adultos, pero existen situaciones que no salen del margen denominado normal para los últimos y que llegan a provocar un estrés postraumático.

Investigaciones en gemelos han intentado explicar este trastorno con información genética, encontrando que los gemelos monocigóticos muestran mayor prevalencia que los gemelos dicigóticos (True et al, 1993). Además, se encontró que si existen antecedentes familiares de ansiedad, esto sugiere una vulnerabilidad biológica para el desarrollo de TPEP. Otro camino que buscaba sustentar la teoría genética fue la que determinaba un gen implicado en este trastorno: en 1996, Muhleman y Gysin propusieron que el alelo del gen responsable de la producción del receptor de dopamina D2 (alelo A1) era el responsable de la susceptibilidad a desarrollar alcoholismo y también TPEP. No obstante con esto, la tesis biológica y genética no ha sido aceptada totalmente por falta de resultados significativos (Carlson, 1999).

También se investigó la relación entre TPEP y el riesgo de Farmacodependencia por exposición al combate en gemelos. Los resultados fueron que los gemelos monocigóticos con personalidad depresiva y dependencia a las drogas y/ o al tabaco muestran mayor probabilidad de desarrollar TPEP; de igual manera que la exposición al combate incrementa el riesgo a la dependencia de drogas, y una vida estresante (como con historia de abuso sexual infantil) y resultados negativos a nivel psicosocial.

El interés por explicar los orígenes de este trastorno ha provocado que se busque predecir la aparición de este mal. Breslau (1991) sugirió algunos factores:

1. Sexo femenino.
2. Separación temprana de los padres.
3. Historia familiar de un trastorno y una alteración existentes de antemano.

En todo caso, todos los estudios coinciden en que son factores de riesgo en general:

- o Ser mujer.
- o Antecedentes de vivir una situación traumática similar anteriormente.
- o Rasgos de neuroticismo.
- o Antecedentes personales de síntomas de ansiedad o depresión en los meses anteriores.

Sin embargo, Vallejo et al (2001) proponen como factores de riesgo para desarrollar TPEP de exposición al trauma:

- o Sexo masculino.
- o Problemas conductuales durante la infancia.
- o Extraversión.
- o Historia familiar de consumo de drogas o problemas psiquiátricos.

Y además, los siguientes factores de riesgo de desarrollo de TPEP tras la exposición al trauma:

- o Interrupción de las relaciones con los padres.
- o Ansiedad.
- o Depresión.
- o Antecedentes familiares de ansiedad.

En su investigación, Heltzer (1987) propuso que podía predecirse una historia de TPEP si un sujeto mostraba una historia de problemas conductuales

antes de los quince años. Esta suposición se une a las de otros teóricos más que buscaron delimitar que situaciones conformaban un riesgo para desarrollar TPEP.

Los teóricos del aprendizaje trataron de explicar también esa enfermedad. Su explicación está basada en los principios del condicionamiento clásico, expuesto por Pavlov. Suponen que el evento traumático provoca una reacción en el individuo, generalmente de miedo, y la mala interpretación del evento en sí desencadena el trastorno: el sujeto delimita las características de dicho evento (lugar, situación, hora del día, color de algún objeto, un objeto determinado, el evento *per se*, etc.) y “asocia” una de estas variables con su respuesta de miedo. Esto, a su vez, genera las manifestaciones del trastorno: evitación, pesadillas, *flashbacks*, ataques de pánico, etc. En términos conductuales, la vivencia representa el estímulo condicionante y la respuesta condicionada es la propia respuesta del individuo afectada por el estímulo que representa el miedo.

Desde los postulados del condicionamiento, Corral et al. (1989) proponen que a mayor número de estímulos condicionados presente en el trauma, mayor es la magnitud del miedo (Echeburúa, 2005).

Desde la perspectiva psicoanalítica, las manifestaciones de la neurosis traumática han de ser entendidos como el producto del bloqueo o de la disminución de las funciones del yo y se expresan precisamente a través de síntomas y mecanismos regresivos, de accesos de emoción incontrolable, de alteraciones graves de sueño con pesadillas típicas en las que el trauma se repite una y otra vez e, incluso, en la evocación del trauma durante el día en forma de sensaciones, fantasías o pensamientos (de forma repetitiva y persistente).

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

Básicamente, todo este movimiento en el psicoanálisis fue provocado por los sueños particularmente repetitivos que sufrían los veteranos de guerra; para Freud, los soldados (que parecían estar ‘conmocionados por la batalla’) presentaban una situación en la que ocurrían un tipo de sueños que difería de los que ya antes había estudiado con detenimiento, en este tipo de sueños los soldados tendían a revivir la situación traumática (aún cuando fueran dolorosas). Este hecho se explicó después: se propuso que a través de la repetición noche tras noche, de las mismas ensoñaciones el sujeto intenta controlar las emociones brotadas del evento traumático en sí, pero sin éxito.

Una forma de explicar el trastorno por estrés postraumático desde esta perspectiva es atribuirle un origen psicógeno. Los recuerdos y las pesadillas, así, constituyen una expresión del inconsciente, en donde se “mantiene” la vivencia traumática que el yo no ha podido afrontar, esto es, los síntomas son una forma en que el yo “vuelve a vivir” el suceso una y otra vez en su mente.

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

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

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

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

La teoría del Procesamiento de la Información, de Foa y Kozak (1986), trata de dar cuenta de las estructuras cognitivas del miedo y de explicar la re-experimentación de los síntomas presentes en el TPEP. Hablan de que las estructuras cognitivas del miedo patológico se distinguen del miedo normal en que contienen elementos erróneos (Echeburúa, 2005).

Desde una perspectiva cultural, se explica el TPEP como “el resultado de una resolución maladaptativa del desafío que supone un acontecimiento que amenaza la vida de un sujeto o de las personas a las que quiere”. El sistema que pone en marcha ante la amenaza tiene dos componentes mayores: a) el sistema de detección de la amenaza y de respuesta a la misma y, b) el sistema de apoyo y respuesta social frente a la amenaza. (Bennasar, 2002).

En cuestiones de **comorbilidad** (conurrencia simultánea en el mismo sujeto de dos o más diagnósticos), la mayoría de los pacientes diagnosticados con TPEP cumplen criterios para ser diagnosticados de, al menos, otro trastorno, entre el 80 y el 62% de comorbilidad frente al 30-15% en los demás trastornos.

Los cuadros clínicos más frecuentes son:

Hombres.

Abuso y dependencia de alcohol (51.9%).

Episodio depresivo mayor (47.9%).

Trastorno de conducta (43.3%).

Abuso y dependencia de sustancias (34.5%).

Mujeres.

Episodio depresivo mayor (48.5%).

Fobias simples (29%).

Ansiedad social (28.4%).

Abuso/ dependencia de alcohol y drogas (27.9%).

De forma general, encontramos algunos datos globales, propuestos por Almanza Muñoz (1998):

ENFERMEDAD	% DE CO-MORBILIDAD
Alcoholismo	64%
Farmacodependencia	20%
Desorden por Somatización	12%
Depresión endógena	8%
Síndrome Mental Orgánico	4%

Otros estudios agregan otros datos, como tentativa de suicidio (30%) y hospitalización (48%), dolor postraumático (34%), entre otros (Katschnig et al., 2000 y Jacobs, 1999).

Se han hecho estudios que tratan de investigar el TPEP y su relación con otros trastornos psiquiátricos . En España (Orengo et al., 2001), se llevó a cabo un proyecto en que se pretendía contemplar la vulnerabilidad al TPEP en personas que ya sufren alguna otra patología. Se compararon dos grupos: uno de

población psiquiátrica internada en un hospital español y otro de población sana. Los trastornos asociados fueron de tipo afectivo, esquizofrénico, de la personalidad, por sustancias, anorexia nerviosa y trastornos delirantes.

Los resultados fueron que los individuos que presentan algún tipo de trastorno psicopatológico son 4 veces más vulnerables al TPEP que la población sana. Un dato sobresaliente provino de los resultados arrojados por este estudio en el caso de anorexia, pues estos individuos (mujeres) trataban de disminuir de peso como forma de evitar la repetición del suceso traumático (abuso sexual/violación).

Es importante señalar que en cuestiones de vulnerabilidad al TPEP, debe diferenciarse el grado de morbilidad que puede mostrarse en diferentes grupos poblacionales. La razón es que el grado de exposición a una situación traumática puede variar significativamente de un grupo a otro debido a las características propias de cada población.

1.4 Clasificaciones.

Si bien es cierto que se ha realizado un buen trabajo en la investigación sobre el trastorno por estrés postraumático, la diversidad de desencadenantes y situaciones en las cuales sucede este desorden han menguado los resultados al intentar realizar una delimitación de la sintomatología, la génesis y demás aspectos propios de este trastorno. Así algunos teóricos han propuesto algunas clasificaciones de las diversas formas de manifestarse de este desorden.

Por ejemplo, Alarcón et al. (1997), proporcionan una tipología del TPEP, dividida en seis subtipos, denominados según los síntomas que se presentan (Miller, 1998):

1. Depresivo.- retardo psicomotor, aislamiento, baja autoestima, etc.
2. Disociativo.- predominancia de flashbacks, experiencias pseudo alucinatorias, despersonalización, conductas de fuga, desrealización, etc.
3. De somatización.- dolor crónico y físico sin localización o causa identificable.
4. Psicótico.- distorsión, paranoia, inatención, regresiones, etc.
5. Daño orgánico.- daño en atención, concentración, aprendizaje, memoria, cogniciones; confusión, aparente demencia, etc.
6. Neurótico.- ansiedad, evitación, hipersensibilidad, episodios de pánico, etc.

No debe olvidarse la clasificación del TPEP que se proporciona a través del DSM – IV, y que apela al período de latencia en que aparece la sintomatología postraumática. De esta manera, como se mencionó, existe el TPEP agudo, crónico y de inicio demorado.

De acuerdo con los adelantos de la investigación sobre el TPEP y la tecnología, podría esbozarse una nueva clasificación que aludiera al origen: directo o indirecto. Esto, con respecto al fenómeno observado en personas que desarrollan una sintomatología postraumática sin haber vivido o presenciado “directamente” el evento traumático, como lo son los espectadores de televisión o los profesionales en la atención a víctimas.

CAPITULO V. Planeación ejecución y evaluación de acciones realizadas por el Programa de Intervención en Crisis

Planeación:

La logística de nuestro trabajo en diversas catástrofes nos ha llevado a elaborar algunas pautas de planeación y actuación, a continuación se desglosarán algunas de las propuestas de operación que en su momento se emplearon en distintos escenarios y que conforme se fue avanzando en el trabajo que algunos autores llaman de investigación-acción y otros de intervención simplemente, se adecuó y adaptó al tipo de desastre, a la intensidad de este, a las pérdidas de vidas y bienes materiales , a las facilidades o trabas con que no hemos enfrentado, ya sean estas de tipo político, de intereses de grupos, de orden religioso, de dilema ético etc. Todo esto dentro del marco de operaciones que nos permite la UNAM y las instituciones convocantes.



Una vez que se recibe la invitación de alguna autoridad municipal, estatal, religiosa, ejidataria, universitaria, civil, extranjera, entre otras; el **Programa de Intervención en Crisis por Desastres Naturales y Socio-Organizativos** realiza las siguientes acciones:

Detección de personal que pueda brindar primeros auxilios psicológicos

Objetivo:

- Detectar a líderes comunitarios, personal docente de diversos niveles educativos, personal de rescate o ayuda humanitaria, que puedan y deseen capacitarse en primeros auxilios psicológicos.



Curso de capacitación de primeros auxilios psicológicos y/o intervención en crisis



Objetivo:



Capacitar al personal de ayuda humanitaria, previamente detectados, en primeros auxilios psicológicos.



Cuando se identifique a personal que tenga estudios comprobados y formales en psicología, se les entrenara en el modelo de intervención en crisis.

Modelamiento en campo



Conformar brigadas mixtas de intervención



Mostrar como se trabaja con la población afectada

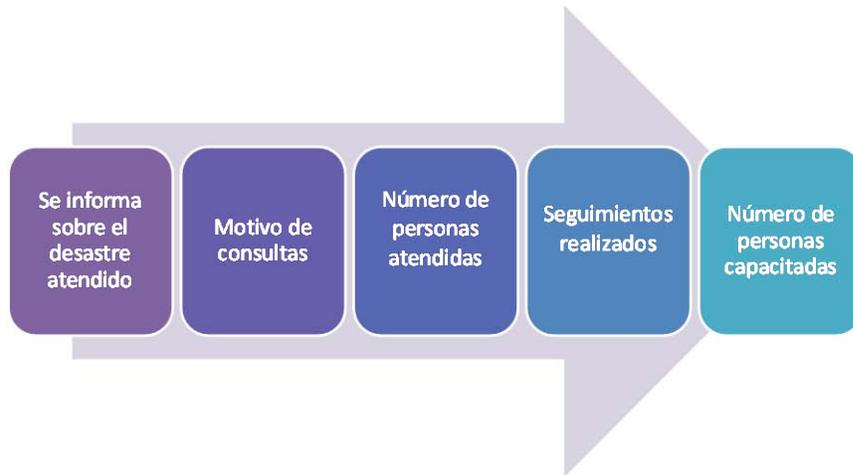


llevar a cabo el desahogo emocional, dirigir las técnicas de relajación



empleo y uso del directorio de canalización verificando en que momentos se emplea.

Entrega de informes



Seguimiento



Los responsables y colaboradores con más experiencia del programa de intervención, regresan al escenario a brindar asesoría directa.

Seguimiento

Objetivo:

Dar seguimiento vía telefónica, internet, chat, skype, y demás TIC'S para atender dudas, dar recomendaciones, y responder a las necesidades del grupo autogestivo.



Personal que interviene

Se convoca a:

- Personal docente de la Facultad de Psicología de la UNAM
- Alumnos de la licenciatura de semestres intermedios y avanzados
- alumnos del Posgrado
- Tesistas
- Prestadores de servicio social y de practicas profesionales
- Ex-alumnos de la facultad que participaron en el programa de intervención en crisis
- Docentes y alumnos de otras universidades
- Voluntarios

También participan en estos dispositivos los psicólogos que se han formado en cursos dictados en instituciones públicas o privadas y que han sido entrenados en el modelo de primeros auxilios psicológicos o de intervención en crisis a través de la División de Educación Continua o de Colegios y Asociaciones de Psicología con reconocimiento formal en nuestro gremio.

Otra propuesta de intervención mucho más sencilla y práctica es la que a continuación se detalla:

1. Capacitar a líderes comunitarios, personal de protección civil, maestros, sacerdotes, médicos y personas que sean líderes morales de la comunidad en el Manejo de Crisis por desastres naturales y/o urbanos.
2. Detectar la presencia de síntomas (con base en indicadores del DSM IV) de Estrés Post-traumático en la población
3. Hacer visitas domiciliarias para tener un acercamiento más directo con la comunidad afectada.
4. Dar atención grupal y personal a las personas que así lo requieran.
5. Dar atención a los infantes que lo necesiten.
6. Capacitar a los padres de Familia en el manejo adecuado del TEPT para con sus hijos.
7. Levantar información mediante cuestionarios sobre las formas de afrontamiento y redes sociales que utilizan las personas afectadas ante el desastre.

Ejecución

Diferentes formas de dispositivos manejados en los desastres:

En este apartado se expondrán algunas acciones donde se ha dado apoyo a la población por parte del Programa de Intervención en Crisis de la Facultad de Psicología de la UNAM, en desastres que por sus orígenes y consecuencias caben dentro de los llamados “naturales” uno de causa hidrometeorológicas en el caso de la inundación de tabasco y otro de tipo sanitario en el caso de la epidemia de la influenza AH1N1, los otros mencionados en este capítulo caben dentro de los llamados desastres sociorganizativos, uno el caso de la mina de pasta de conchos,

el cual ejemplifica un incidente de tipo industrial , el otro el de la discoteca News Divine, incidiría dentro los desastres de naturaleza netamente social y política. Con este espectro, esperamos poder demostrar como en cada uno de ellos existe un factor común de atención, pero las demandas diferenciadas de intervención, ha dado por resultado estrategias de atención radicalmente distintas y por lo mismo, los resultados han sido muy diferentes en cada caso

Mina Pasta de Conchos.

San Juan de Sabinas, Coahuila.

Debido a una explosión provocada por acumulación de gas grisú, ocurrida a las 02:10 horas del domingo 19 de febrero del 2006; 65 trabajadores quedaron atrapados en la mina ocho, unidad Pasta de Conchos, propiedad de Industrial Minera México, SA de CV (IMMSA), a 160 metros de profundidad. Once carboneros que estaban en una plancha, en un nivel superior de la mina, salieron con quemaduras de primero y segundo grados.

Debido a este accidente, el Obispo de la Diócesis de Saltillo; monseñor Raúl Vera, y el obispo de la Diócesis de Piedras Negras monseñor Alfonso G. Garza Treviño solicitaron apoyo psicológico para los deudos de los mineros muertos en la explosión a través de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

De esta manera, se conformó una brigada de atención psicológica compuesta por 4 psicólogos de la Facultad de Psicología de la UNAM quienes fungieron como supervisores y 16 estudiantes de psicología de la Universidad Americana de Acapulco, quienes fungieron como interventores en crisis previo entrenamiento en su sede académica y un coordinador general.

La brigada de la UAA partió de Chilpancingo Guerrero, haciendo una escala en la Ciudad de México para dirigirse a Nueva Rosita Coahuila, a donde se arribó el 6 de marzo a las seis de la mañana en la Parroquia del Sagrado Corazón en donde se encontraba el coordinador, quien llegó un día antes para afinar los detalles logísticos para la estancia de los brigadistas.

Esa misma tarde, se acudió a la mina 8 Pasta de Conchos a para realizar una intervención diagnóstica con los familiares de los mineros que se encontraban en este lugar.

En este escenario se conformaron dos grupos, uno de mujeres, formado por esposas, hermanas, madres, hijas y cuñadas de los trabajadores muertos y otro de hombres, en el que se integraron familiares cercanos como padres, hermanos e hijos, así como amigos, compañeros de trabajo y mineros que decidieron acercarse a comentar sobre el suceso con los familiares.

Ambas sesiones se dieron lugar en la zona de seguridad de la mina, cada uno de los grupos trabajó por separado y tuvieron las sesiones una duración de 90 minutos aproximadamente. Estas se llevaron a cabo con el fin de conocer la situación real, desde el momento del accidente hasta el día 16 en el que se comenzó la labor terapéutica e identificar el tipo de población con la cual se desarrollaría la actividad.

En el momento en el que la brigada se retiró del interior de las instalaciones de la mina, las autoridades estatales y federales le solicitaron al coordinador un escrito explicando las razones de la presencia de la brigada en el lugar, así como un plan de trabajo detallado, para permitir el acceso de los brigadistas, en fechas posteriores .

A partir del día siguiente, 7 de marzo de 2006, se comenzó el trabajo formal, en el cual se acudía por las mañanas a proporcionar atención psicológica en la mina, trabajando con la gente que estaba presente en ella.

En ese día las actividades en la mina fueron de manera grupal nuevamente, solo que se formaron grupos más pequeños en los cuales se reunieron a todas las esposas en un grupo particular, a las madres en otro y a las hermanas en otro diferente; los hombres continuaron trabajando en un solo grupo, ya que eran menos numerosos.

En ese día también se solicitó, por parte de la comunidad, la atención a una familia en particular, la cual estaba conformada por la esposa, la madre, la

suegra, dos hermanas, una cuñada y dos hijos del minero caído y se empleo el modelo de terapia familiar sistémica por parte del coordinador general .

Por la tarde, a partir de este mismo día, se comenzaron a visitar diferentes comunidades en coordinación con la Diócesis de Piedras Negras y los grupos de voluntarios católicos como Pastoral Social y Cáritas, coordinados estos mismos por los párrocos de las comunidades.

Se visitaron 4 comunidades diferentes, Palaú, Saucedá, Agujitas y Nueva Rosita, en las cuales, las parroquias tenían ya la relación de nombres y direcciones de las familias que tenían familiares atrapados y tenían también señaladas, aquellas en las que la atención psicológica era solicitada de manera urgente.

La brigada opero de la siguiente manera:

Once Interventores en crisis se dirigieron a la comunidad de Palaú, en la cual cada uno de los brigadista atendería a 3 familias distintas, haciendo el compromiso de acudir a sus casas, durante tres días, es decir, hasta el día 9 de marzo, a la comunidad de Nueva Rosita, se enviaron a 7 brigadistas, y a la comunidad de Agujitas se enviaron a 3 brigadistas, todos ellos con el mismo plan de trabajo.

El transporte de la brigada fué proporcionado por los voluntarios de cada una de las parroquias con las que se trabajó, y este consistió en recoger a los brigadistas en la casa de San Juan de Sabinas donde se encontraban hospedados, llevarlos a las comunidades, y a las diferentes casas de los familiares y regresarlos a San Juan de Sabinas.

Los siguientes días, 8 y 9 de marzo, los brigadistas acudieron a la mina, pero estos días, se proporcionó atención individual a las personas que solicitaron fueran atendido de esta forma, y por la tarde se trabajó en las comunidades con la misma distribución antes mencionada.

El día 10 de marzo, se acudió a la mina a realizar el cierre del trabajo, ya que este día a las cinco de la tarde tenía que regresar el autobús con dirección a Chilpancingo Guerrero.

En la mina se atendieron a 70 personas en la zona de seguridad y a algunas fuera de las instalaciones, en donde se encontraban acampando algunos familiares.

En las comunidades se atendieron a 45 familias de los mineros atrapados, ya que en algunas de las casas visitadas, los familiares se encontraban viviendo aún en las instalaciones de la mina y en este lugar les fue proporcionada la atención psicológica.

También se realizaron actividades diferentes a las antes mencionadas, como un curso de manejo psicoemocional ante situaciones de emergencias, impartido a sacerdotes de diferentes regiones, por el coordinador, la aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory, una sesión de desahogo psicológico *debriefing* y otra más sobre el manejo del síndrome de agotamiento profesional *buournout*, con los rescatistas que se destinaron para los trabajos de rescate en la mina, que en su mayoría pertenecían a otras minas de la misma zona. Datos que después fueron empleados para la realización de un trabajo de investigación sobre *burnout* en personal de primer contacto con víctimas de desastres

Es importante recalcar el gran apoyo recibido por parte de la Iglesia Católica, quien corrió con los gastos de hospedaje y alimentación de los brigadistas, así como también la organización previa a la llegada de la brigada, ya que de esta manera, se ahorró tiempo de trabajo, en el cual la brigada hubiera tenido que hacer el reconocimiento de la zona, las listas de las familias y la localización de estas mismas para las visitas a las comunidades.

“Inundación en Tabasco”

El Programa de Intervención en Crisis por Desastres Naturales y Urbanos de la Facultad de Psicología de la UNAM, realizó diversas actividades en respuesta a la situación de emergencia en el estado de Tabasco.

Las actividades se pueden dividir en tres grandes rubros:

- a) Recolección y envío de materiales para trabajar con la población damnificada.
- b) Atención individual y/o grupal a población damnificada de 3 albergues en Villahermosa, Tabasco
- c) Capacitación a profesores y alumnos/as de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

a) Recolección y envío de materiales para trabajar con la población damnificada.

Durante todo el mes de noviembre del 2007, se hizo un llamado a la comunidad universitaria para la donación de material que se pudiera utilizar en el trabajo terapéutico con los niño/as afectados a través de las gacetas y otras formas de comunicación con la comunidad universitaria. Se decidió hacer una petición muy específica considerando que en los acopios globales rara vez se toma en cuenta las necesidades e intereses de los infantes. La comunidad respondió favorablemente y se pudieron enviar 35 cajas de materiales a Tabasco. Estos incluían juguetes, crayolas, pinturas, plastilina, cuentos, vídeos, música, papel y juegos de mesa.

Para el envío de los materiales contamos con el apoyo de la coordinación de los Centros y Servicios de la Comunidad de la Facultad de Psicología de la UNAM, que donó las cajas para empacar los materiales, el Consejo Nacional

contra las Adicciones (CONADIC) de la SSA que envió las primeras 20 cajas a Tabasco y la Fundación ADO, que hizo el segundo envío de 12 cajas.

En Tabasco este material se distribuyó en los albergues a través de la Dirección de Atención Psicosocial de la SSA estatal, y por medio de la Dirección Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

b) Atención individual y/o grupal a población damnificada de 3 albergues en Villahermosa, Tabasco

Durante el mes de noviembre del 2007 se estableció una relación de trabajo con el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) institución de la SSA encargada de coordinar un esfuerzo multisectorial de apoyo a Tabasco. A través de este enlace la Brigada de Intervención en Crisis acudió a Villahermosa en el periodo comprendido del 3 al 16 de diciembre.

Cabe señalar que las brigadas auspiciadas por el CONADIC incluían personal de varias instituciones. En la primera brigada en la que participó la UNAM (3 al 9 de diciembre, 2007) también se incorporaron psiquiatras del Hospital Fray Bernardino Álvarez. En la segunda brigada (9 al 16 de diciembre, 2007) participaron profesoras y alumnas de la Universidad Iberoamericana, psiquiatras del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro y una psicóloga del programa de intervención en crisis, para dar enlace y continuidad al trabajo de la brigada de la UNAM. Esto permitió un trabajo interdisciplinario que enriqueció sustantivamente la intervención.

Contexto

El trabajo se realizó en albergues en coordinación con la Dirección de Atención Psicosocial de la SSA en Tabasco. Se trabajó en 3 albergues diferentes, dos albergues estaban a cargo del ejército y otro de la marina, los cuales proporcionaban alimentos, ropa, artículos de limpieza y servicios médicos. Además, coordinaban de todas las instituciones que acudían a los albergues a proveer los servicios; algunos albergues contaban con profesores/as de educación primaria y todos contaban con servicio telefónico y de Internet gratuito por parte de Telmex.

1. Centro de Convenciones: un espacio cerrado e iluminado por reflectores, alfombrado y con aire acondicionado. En este espacio habían alrededor de 500 personas. Pese a las comodidades antes descritas, no existía ninguna división dentro del espacio por lo que las personas no contaban con ninguna privacidad. Esta falta de privacidad aunada al estado emocional de los damnificados, creaba un ambiente de mucha tensión y violencia.
2. Estadio de beisbol: este espacio mejor conocido como “burbujas” contaba con cinco tiendas de campaña que parecían burbujas que en promedio albergaban a 1200 personas. Los espacios verdes en este espacio facilitaban la convivencia de los damnificados.
3. Centro Recreativo Atasta: este deportivo albergaba a 1100 personas distribuidas entre 70 carpas con una capacidad promedio de 15 personas en cada una de ellas. Cada carpa o tiendas de campaña era ocupada por una familia extensa o por varias familias más pequeñas. La extensión de este espacio se prestaba para que algunas de las

familias alojadas en las carpas más alejadas estuvieran aisladas de los servicios y recursos que se proveían en el albergue.

Población Atendida:

Se atendió principalmente a mujeres, adolescentes y niños ya que la población de hombres adultos generalmente no estaba en el albergue entre las 9 am y las 6 de la tarde.

Diagnóstico:

La Dirección de Salud Psicosocial en el afán de proveer servicios en los 3 albergues, dividió a los integrantes de la Brigada en 3 equipos y proporcionó una encuesta de sobre riesgo psicosocial con el cual se realizó un primer diagnóstico en el albergue. Este cuestionario sirvió esencialmente para identificar a personas en riesgo y de ser necesario canalizarlas a los psiquiatras, y para acercarse a la población damnificada, y conducir entrevistas semi-estructuradas por medio de las cuales la brigada pudiera a través del diálogo presentarse, explicar su trabajo y tener una idea de las problemáticas individuales y colectivas que enfrentaba la población.

Además de las personas con ideación suicida, estrés postraumático los cuales fueron canalizadas a los psiquiatras, para su manejo farmacológico, se detectó:

1. Una gran cantidad de mujeres adultas que una vez terminadas las labores de limpieza mostraban poca movilidad y apatía. Al entrevistarlas se encontraron indicadores de depresión, desesperanza y abatimiento.
2. Los niños son hijos del albergue; es decir la mayor parte del día se integran a las actividades de la escuela (SEP), recreativas (CONACULTA)

y de ludoteca (*Save the Children*) y en su tiempo libre juegan entre ellos. Muchos presentan un alto grado de actividad, sin límites y en ocasiones con conductas violentas entre ellos. Esto parece ser producto de un exceso de atención proporcionado por distintas instituciones sin atender las necesidades emocionales de los niños y sin tomar en cuenta el contexto social de donde provienen.

3. Adolescentes que deambulan por los pasillos a veces congregándose en pequeños grupos y relataban, que se sentían “invisibles”, al no ser parte ni del mundo de los adultos ni de los niños. El grado de aislamiento es tal que en uno de los albergues los adolescentes expresaron preocupación por no poder asistir a la escuela, pues no sabían que en el mismo albergue se ofrecían clases. Además de contar con un grupo específico de madres adolescentes con bebés de meses con muy poca paciencia y mínimas habilidades parentales.
4. Personas de la tercera edad con problemas físicos crónicos muy aisladas.
5. Personas con diferentes discapacidades y sin servicios especializados.
6. Hombres adultos con problemas de adicción y de violencia exacerbados por la imposibilidad de cumplir con su rol de proveedores y la falta de expresión de sus sentimientos y emociones pues expresarlos sería un síntoma de debilidad mal visto en la sociedad. En los albergues no era permitido el alcohol por lo que frecuentemente llegaban alcoholizados y generaban disputas entre ellos o con miembros de sus familias. Cabe aclarar que esto fue relatado por sus familiares ya que generalmente los hombres no estaban presentes en el horario diurno.

En general había muy poco sentido de comunidad y un ambiente de hostilidad. Había mucha desconfianza de que les roben sus pocas pertenencias, y competencia por los recursos que les reparten en el albergue. Esta situación sólo cambiaba cuando interactuaban al realizar sus actividades cotidianas. Por ejemplo, las mujeres conversaban entre ellas en los lavaderos, los adolescentes, cuando se agrupan en los pasillos y los niños cuando se divierten entre ellos.

Al entablar conversaciones individuales o en pequeños grupos se observó que esta población tenía la necesidad de hablar sobre eventos significativos de su vida, sus problemas, sentimientos, preocupaciones inmediatas y hay mucha necesidad de sentirse escuchados.

Se observaron síntomas de Estrés Post Traumático reflejadas en un estado de confusión y un aumento de incertidumbre por la alerta de otra posible inundación y debido a la gran movilidad que tiene la población ya que se cerraban albergues y los habitantes de estos tenían que ser reubicados en otros ya existentes. En muchos casos la situación de los damnificados, exacerbó problemas de pobreza extrema, violencia intrafamiliar, depresiones por duelos no elaborados, y conflictos relacionales.

Intervención

Una vez llevado a cabo el diagnóstico, se decidieron efectuar acciones encaminadas a atender algunas de las problemáticas existentes en la población.

1. Atención Psicológica Individual, con la que se atendió en su mayoría a mujeres y a adolescentes. En algunos casos se atendieron a parejas que presentaban conflictos familiares o parentales.

2. Atención Psicológica Colectiva, dirigida a los profesores del albergue quienes no habían tenido la oportunidad de expresar sus sentimientos ante lo acontecido y sobre las expectativas tan altas que se tenían de ellos en esta crisis.
3. Pláticas sobre alcoholismo, sexualidad y prevención de abuso sexual, dirigidas principalmente a la población varonil adolescente y a grupos de mujeres jóvenes, también encaminado a los miembros de las fuerzas armadas.
4. Un taller de manualidades, dirigido a las mujeres mayores y a adolescentes que permitió crear un espacio para aprender una nueva habilidad que además les podría dejar recursos económicos, para conversar sobre sus experiencias y para establecer redes de apoyo.
5. Un taller dirigido a los profesores del albergue en el que se les dieron herramientas para contener emocionalmente a los niños y para facilitar la expresión de sus sentimientos a través del juego, el dibujo y la escucha.

d) Capacitación a profesores y alumnos/as de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Uno de los objetivos imperantes de la brigada de intervención en crisis es la capacitación de brigadistas locales que puedan dar seguimiento a la población damnificada. Por tal motivo se impartió en la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco el curso “Mecanismos y Herramientas Psicológicas para enfrentar una Situación de Desastre”.

El curso fue impartido a alumnos y profesores de la carrera de Psicología quienes habían trabajado con damnificados del albergue que se ubico en las instalaciones de la universidad. Muchos de estos profesionistas también eran damnificados, por lo que la necesidad de apoyo y de desahogo emocional era evidente.

Se realizaron dos cursos de capacitación de manera simultánea en donde se revisaron herramientas que les serían de utilidad para dar atención y seguimiento a los damnificados que habían atendido previamente. Así mismo, la instrucción sirvió como un espacio de desahogo emocional, pues se observó la necesidad de que los participantes pudieran verbalizar su propia experiencia y la de sus familias ante la catástrofe.

Resultados

1. En general las personas que recibieron atención psicológica individual, reportaron sentirse mejor y pudieron responder con una actitud adaptativa a la situación que viven. Sin embargo, dado el tiempo corto de la estancia de cada brigada y la movilidad de la población no siempre se pudo dar continuidad a estas intervenciones.
2. Las intervenciones psicológicas colectivas permitieron un desahogo emocional y crear redes de apoyo social.
3. Se instrumentaron talleres que consideramos era una demanda de los albergues y que por la naturaleza de los acontecimientos en estos refugios, se acrecentaban conflictos de naturaleza psicosocial muy evidentes.

Estos talleres de referencia fueron el denominado “ como chupar responsablemente ” y que una de nuestras colaboradoras aplicaba con otro nombre en el centro de prevención de adicciones de la Facultad de Psicología de la UNAM, esta instrucción fue impartida a la población masculina de los albergues, con el fin reeducar en el consumo responsable de alcohol a esta franja poblacional y también para poder entender que los sucesos vivenciados y sus consecuencias inherentes, pérdida de bienes materiales, del empleo en muchos casos y la sensación de inutilidad y

estorbo en los albergues, propicia el incremento de ingesta de alcohol que termina muchas veces en problemas de violencia familiar, paternal y social

El otro taller que se impartió en los albergues fue el de sexualidad responsable ya que el incremento de embarazos no planeados se había disparado y se atribuía este fenómeno a situaciones que iban desde lo “folklórico” de la zona, sus usos y costumbres en la intimidad y el favorecer ciertas “atenciones” con quienes eran responsables de los refugios temporales y para no entrar en polémicas estériles, decidimos atacar el problema de forma práctica, impartiendo este curso entre las adolescentes del albergue y entre los miembros de las fuerzas armadas que aplicaban el plan DNIII, este ejercicio fue desarrollado por otra de nuestras colaboradoras que trabajaba como educadora experta en estos temas en una ONG.

4. El taller de manualidades, fue una intervención muy exitosa. Las mujeres de los albergues se sintieron útiles, se organizaron y crearon un nuevo espacio de interacción. El cual permitió una integración en el albergue centro de convenciones entre las mujeres, los adolescentes, algunos ancianos, los miembros de las fuerzas armadas que atendían como médicas y enfermeras a los damnificados, incluyendo a los brigadistas de la distintas ONG'S o de otras dependencias gubernamentales e incluso académicas de la universidad estatal que supervisaban a sus alumnas de la carrera de psicología, ya que la receptividad de las instructoras y el tipo de trabajo manual desarrollado consistente en la manufactura de adornos navideños, facilito la convivencia y comunicación que a estas alturas se hallaba sumamente deteriorada y que más bien era una agresión

enmascarada en un trato aparentemente “amable”, pero que generaba un clima social incomodo e irrespirable, siendo este espacio ocupacional un facilitador espontaneo de trabajo en equipo, donde se diluyeron las diferencias entre damnificados y el personal de ayuda humanitaria con el que tenían ya casi 2 meses de convivencia, este mismo ejercicio de terapia ocupacional, por llamarlo de alguna manera se replico en los otros 2 albergues con resultados similares

5. El dar herramientas psicopedagógicas a los profesores tuvo un efecto inmediato en sus interacciones con los niños. Al asistir a la segunda sesión del taller los profesores llevaron ejemplos de los trabajos hechos con los educandos y los avances en la relación interpersonal entre ellos y sus alumnos temporales.

Conclusiones

1. Fue necesario atender a las necesidades emocionales de las personas damnificadas y no sólo cubrir las necesidades de vivienda, alimentación, vestuario y entretenimiento.
2. Había suficientes instituciones y especialistas en los albergues como para dar respuesta a lo anterior, pero ante la falta de coordinación y de un proyecto integral interinstitucional no se hizo el mejor uso de los recursos. Al contrario, en ocasiones las actividades de una institución interferían con la de otra.
3. Las intervenciones más efectivas fueron aquellas que se planificaron a partir de una necesidad expresada por la población y en las que se les involucró en la organización de la actividad (dando oportunidad que expresaran sus dudas, convocando a sus iguales, ayudando a organizar los materiales, etc.)

4. Para poder dar continuidad a las intervenciones, es necesario conformar equipos con personal local y brigadistas externos. Es el personal local el que podrá hacer un mejor diagnóstico, dirigir las intervenciones y dar seguimiento a las mismas.
5. Los especialistas necesitan visitar y dialogar con las personas damnificadas en sus propios espacios y no esperar que estas personas que están en una situación de crisis busquen la ayuda. Por ejemplo dialogar con las mujeres en los lavaderos, mientras hacen filas para recibir una ayuda; platicar con las y los adolescentes que se congregan en los pasillos; dialogar con los militares en sus puestos e integrarse a las actividades espontáneas de los niños en vez de dirigir sus actividades todo el tiempo.
6. La ubicación de las carpas y de los servicios debe propiciar la interacción entre las personas y la accesibilidad a los servicios.
7. La población de hombres adultos necesita ser atendida en un horario nocturno y de preferencia por hombres con quienes ellos se puedan identificar lo suficiente como para compartir sus vivencias, emociones y miedos. Otra opción sería acercarse a ellos en sus comunidades participando en las labores de limpieza y reconstrucción.

Recomendaciones o Reflexiones

1. Se necesitan servicios especializados que consideren las características particulares de las diferentes poblaciones, entre ellas:
 - a. Reconocer las condiciones de extrema pobreza en las que viven la mayoría de estas personas ayudaría a entender algunas de sus conductas, reacciones y temores.

- b. Una perspectiva de género permitiría entender la problemática emocional de los hombres que no pueden satisfacer su rol como proveedores y de las mujeres que no pueden ejercer su maternidad en este ambiente foráneo que les ofrece a sus hijos/as cosas que ellas nunca les han podido dar.
- c. Un entendimiento de la importancia de crear comunidades y empoderar a las “víctimas” implicaría una organización de los albergues en los que con la información y los apoyos necesarios las personas se pudieran organizar, empoderar y crear menos dependencias en las respuestas externas. Así como visualizar los recursos existentes y no sólo las carencias.
- d. Conocer las características típicas del desarrollo en la infancia, la adolescencia y la tercera edad permitiría diseñar estrategias de intervención y actividades que considerarán estas características y por lo tanto fueran más efectivas.
- e. Un entendimiento de las condiciones que generan y perpetúan la violencia ayudaría a prevenir ambientes tan violentos y hostiles y a crear ambientes más seguros tan necesarios en momentos de crisis.

Discoteca “News Divine”

ETAPA DIAGNOSTICA:

A raíz de los hechos ocurridos el viernes 20 de Junio del 2008, cerca de las 6 de la tarde en la discoteca *New's Divine*, ubicada en la Delegación Gustavo A. Madero (GAM), donde perdieron la vida 12 personas, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) a través de las Asociaciones Civiles Cauce Ciudadano y Marabunta hacen la solicitud a este programa a través de la Facultad de Psicología de la UNAM, para brindar atención psicológica a los familiares de los fallecidos en este suceso, brindando atención a los afectados directos e indirectos y a la comunidad aledaña.

ACCIONES :

Respondiendo a tal solicitud se ejecutaron las siguientes actividades:

- Reunión de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) con la Brigada de Intervención en crisis de la Facultad de Psicología de la UNAM para establecer acciones en beneficio de las personas afectadas en los hechos del New's Divine.
- Reconocimiento del área en donde ocurrió el evento disruptivo, con el objeto de conocer las características de la población afectada, los factores sociorganizativos que inciden en el desastre, las personas afectadas en distintos niveles como son las víctimas directas, sus familiares, los cuerpos de rescate y de atención , los líderes comunitarios, las Asociaciones Civiles Cauce Ciudadano y Marabunta, los reporteros que cubren el acontecimiento, los funcionarios públicos involucrados y por último, las personas que presentan cuadros sintomáticos cuando solamente por leer y observar a través de los medios masivos de comunicación desarrollaran

cuadros de Estrés Agudo y Post-Traumático o por ser vecinos de este barrio y sus alrededores .

- A pesar que hay un modelo de Intervención, es necesario recopilar toda la información y poder diseñar las estrategias de atención psicológicas de acuerdo al tipo de población, usos y costumbres y factores sociales que deben ser tomados en cuenta en cualquier intervención psicológica.
- Participación en una brigada comunitaria junto con otras instituciones en Foro Cristina Payan en la Delegación Gustavo A. Madero (GAM), denominado “Alivinarte”.
- Visitas domiciliarias a los familiares de las personas fallecida para ofrecer el servicio de atención psicológica de emergencia.
- Sesiones de desahogo psicológicos a visitadores, subdirección de seguimiento, funcionarios y personal de educación, de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF).asi como para las Asociaciones Civiles Cauce Ciudadano y Marabunta,

PROPUESTAS:

Para proseguir con el trabajo en beneficio de la comunidad afectada en el caso New´s Divine, se desarrollaron las siguientes acciones:

- Se brindó atención psicológica a los familiares de los jóvenes fallecidos en la discoteca New´s Divine, en la Unidad Norte de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF).
- Se proporcionó atención a los jóvenes que se encontraron en el interior de la discoteca durante el operativo y a los detenidos en este operativo policial.

- Se dió contención emocional para los visitantes, personal de educación y funcionarios de la CDHDF y de las Asociaciones Civiles Cauce Ciudadano y Marabunta que estaban en contacto con las víctimas.
- Se atendió psicológicamente a los jóvenes de la comunidad que presentan trastorno por estrés agudo y post traumático y que tenían vínculos sociales con los directamente involucrados (amigos, compañeros de escuela, vecinos, etc.) en la Unidad Norte de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF)
- Se brindó atención a grupos en las comunidades aledañas al evento de la Discoteque, que se identifico fueron perturbados en sus actividades cotidianas. Dichos grupos solicitaron la atención a nivel grupal, ya que algunos de ellos presentaron alteraciones psicológicas a consecuencia de este evento.
- Atención psicológica especializada dirigida a los niños que resultaron afectados.
- Adiestramiento en Primeros Auxilios Psicológicos a los visitantes de la CDHDF y de las Asociaciones civiles que están en contacto con la comunidad afectada, mediante un curso-taller. Estableciéndose posteriormente espacios y horarios para impartir dichos cursos.
- Asesoría posterior al curso en Primeros Auxilios Psicológicos a los grupos de atención a las víctimas tales como Asociaciones civiles Cauce Ciudadano, Marabunta y CDHDF
- Cursos, talleres y formación en campo para generar dentro de la comunidad grupos que prosigan con este trabajo a mediano y largo plazo.

b) Recursos Materiales

- Equipo de cómputo y de proyección para los cursos de capacitación que se dictaron.
- Impresión, fotocopiado y reproducción de materiales didácticos y de apoyo.
- Impresiones fotográficas y video graficas de las evidencias de las acciones desarrolladas en la comunidad.
- Papelería (hojas de papel, folders, lápices, bolígrafos, marcadores de colores, crayolas, colores, plastilina, cinta adhesiva, tijeras).
- Pañuelos desechables.
- Pilas para equipo de audio y video.
- Gafetes de identificación.
- Uniformes para el equipo de la brigada (playeras, chamarras, etc.).
- Dispensador de agua, garrafones de agua purificada y vasos desechables.

c) Escenarios

Adecuar un espacio para realizar las intervenciones psicológicas individuales en la Sede Norte de la CDHDF.

Acondicionar el área para efectuar los cursos de capacitación: primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis en la Sede Norte de la CDHDF.

EJECUCION DEL PLAN

El primer acercamiento se realizó con las asociaciones civiles de la zona (Cauce Ciudadano y Marabunta), para establecer las estrategias idóneas para la intervención psicológica a los familiares de los fallecidos en este acontecimiento,

a los afectados directos e indirectos y a la comunidad aledaña. Estas acciones fueron de gran importancia debido a que estas asociaciones oriundas de esta Delegación, establecieron el primer contacto con las víctimas y sirvieron de puente para facilitar el trabajo de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) con los resultados que han sido del dominio público.

A partir de lo anterior, el Programa de Intervención en crisis de la Facultad de Psicología de la UNAM realizó las siguientes actividades:

I.-Actividades Foro Cristina Payan (ALIVIANARTE).

1. Reuniones de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDH DF) con el Programa de Intervención en Crisis de la Facultad de Psicología de la UNAM para coordinar acciones en beneficio de las personas afectadas de la Discoteca New's Divine. La primera reunión se desarrolló el 1 de julio de 2008, donde se planeó el dispositivo denominado "Alivianarte". Las siguientes reuniones fueron 2, 3 y 4 de julio, donde se integraron las Asociaciones Civiles Cauce Ciudadano y Marabunta. Iniciando el primer evento masivo el sábado 5 de julio del presente año en el Foro Cristina Payán.
2. El evento fue planeado para realizarse durante seis sábados, las fechas fueron 5, 12, 19, 26 de julio y 2 y 9 de agosto de 2008, de 12 a 15 hrs. El objetivo de este evento fue acercarse con los vecinos aledaños a la Discoteca, proporcionando asesorías jurídicas, atención psicológica y una campaña intensiva sobre derechos humanos, acompañado de eventos recreativos y lúdicos con la finalidad de sensibilizar y atender a la población afectada.

El equipo de atención psicológica se conformó por dos coordinadores, cinco interventores en crisis, un observador enviado por las autoridades de la Facultad, y un coordinador general. La coordinación semanal fue rotatoria entre los coordinadores y los miembros del equipo con mayor experiencia, para evitar un desgaste profesional innecesario y principalmente para proteger a los integrantes del equipo, donde lo que se busca es la salvaguarda y seguridad del mismo.

Con respecto a la dinámica de atención psicológica en el Foro, se adaptó un área para poder tener privacidad hasta donde las condiciones lo permitieron, está claro que no fue el mejor lugar para proporcionar atención psicológica, sin embargo, en nuestro modelo comunitario de intervención en crisis contemplamos casi cualquier lugar dentro de la comunidad afectada para dar la atención.

El promedio de atención en los eventos sabatinos fue de 13 personas y la mayoría de atenciones estuvieron enfocadas básicamente a mujeres adultas y adolescentes, aunque también se dio a atención a algunos niños y hombres adultos.

II.- Actividades con los familiares de los adolescentes que fallecieron en el operativo.

1. El jueves 3 de julio, se realizaron 7 visitas domiciliarias, este recorrido lo realizaron 2 coordinadores del dispositivo de la Facultad de Psicología, 1 colaborador de Cauce Ciudadano y 1 representante de la CDHDF. En esta

visita se detectaron a 2 familias que se encontraban en situación de crisis, que fueron atendidas en sus domicilios.

2. Posteriormente fueron canalizados a la sede Norte de la CDHDF, en donde se les dio seguimiento terapéutico a estas familias.
3. El sábado 5 de julio se atendió a la mamá quien perdió a su hija de 16 años de edad, se le dió contención emocional y fue canalizada posteriormente a Tech Palewi (Asociación Civil que prestó atención psicológica bajo un convenio con el gobierno del Distrito Federal).

RESULTADOS PRELIMINARES

I.- Resultados preliminares en el foro Cristina Payan (ALIVIANARTE)

1. Se atendieron a 76 personas, 48 mujeres y 17 hombres en un rango de edad de 14 a 54 años y 11 niños y niñas en un rango de edad de 6 a 12 años.
2. Los motivos de consulta fueron diversos, los cuales abarcaron depresión, estrés agudo, ansiedad, problemas interpersonales, quejas psicosomáticas, problemas de adicciones, manejo deficiente del estrés y trastornos de la personalidad.
3. Se les dio seguimiento a 10 pacientes los cuales asistieron una vez por semana al evento Alivianarte y recibieron atención psicológica en sesiones de una hora.

II.- Resultados preliminares con los familiares de los adolescentes que fallecieron en el operativo.

1. Inicialmente se atendió a 2 familias compuestas por padre, madre y un hijo (cada familia respectivamente). La primera atención se dio en su domicilio, después se les canalizó a la sede norte de la CDHDF.
2. Motivo de la intervención: Se dio contención emocional a las familias debido a que presentaban signos y síntomas de estrés traumático agudo tales como irritabilidad, dificultades para dormir, depresión, labilidad emocional, pesadillas sobre el acontecimiento traumático, culpa, desesperanza y frustración; aunado a somatizaciones como migraña, dermatitis atópica, frecuencia cardíaca alta y problemas gastrointestinales.
3. La familia “A” fue atendida solo en 1 ocasión (en domicilio) y presentaron síntomas descritos anteriormente.
4. La familia B fue atendida en 6 ocasiones, a la madre y al padre se les realizaron evaluaciones de variabilidad de la frecuencia cardíaca para evaluar secuelas de Estrés Agudo a nivel psicofisiológico, encontrando lo siguiente:
 - a) Paciente femenino 52 años de edad con frecuencia cardíaca (FC) de 62 latidos por minuto, actividad simpática de 90% al momento de evocar el evento traumático y activación parasimpática de 10%. Lo que indicó síntomas de Estrés Traumático Agudo debido al acontecimiento. Resiliente, con estilos de afrontamiento positivos, tiene buen pronóstico para la recuperación. Se le dieron sesiones de seguimiento en donde se evaluó con perfil psicofisiológico

encontrando FC dentro de los parámetros normales (62 lpm), actividad simpática de 25% y actividad parasimpática de 75%, lo que indica una disminución del desgaste emocional, una elevada respuesta natural de relajación, con herramientas que le permiten elaborar el duelo y a afrontar de manera positiva la muerte de su hijo. Así mismo, se le dieron 4 sesiones más para dar de alta y dar seguimiento en 6 meses.

- b) Paciente masculino de 56 años de edad con frecuencia cardiaca (FC) de 90 latidos por minuto, actividad simpática del 100% al momento de evocar el evento traumático, no mostró activación parasimpática, lo que indica síntomas elevados de Estrés Traumático Agudo por el acontecimiento. Dado que en meses anteriores murió su padre muestra desesperanza y depresión. Su único soporte emocional se centra en su esposa. Debido a lo anterior presenta estilos de afrontamiento negativos al momento de la evaluación. Pronóstico reservado para la recuperación. Se le dieron sesiones de seguimiento en donde se evaluó con perfil psicofisiológico encontrando FC de 75 latidos por minuto, actividad simpática de 50% y actividad parasimpática de 50%, lo que indica una disminución de la FC y de la actividad simpática que se refleja en la disminución del desgaste emocional. Se observa más motivado, con mayor esperanza, ha ampliado su respuesta natural de relajación lo que permite dar buen pronóstico de recuperación. Al igual que a su esposa se le dio 4 sesiones de seguimiento para dar de alta y seguimiento en 6 meses.

5. La madre de la familia C se le dio atención en una ocasión a nivel de desahogo emocional durante el transcurso del operativo Alivianarte, la cual presentaba un cuadro depresivo severo, con llanto súbito y refirió que se encontraba severamente preocupada por su hijo ya que había tenido un intento de suicidio antes de la muerte de su hermana y que solicitaba canalización psiquiátrica, a lo que se recomendó que continuara con sus sesiones de terapia de familia en la asociación Tech Palewi y que al finalizar estas se pusieran en contacto con el coordinador de la brigada para derivar al muchacho si aún persistía esta situación.

III. Resultados preliminares de las actividades de desahogo emocional al personal de la CDHDF.

1. Al grupo 1 (personal de la tercera visitaduría) se le dio atención a 7 personas, 6 mujeres y 1 hombre, los cuales presentaban Síndrome de Agotamiento Profesional (*Burnout*) y Estrés Agudo que era imperioso atender en el momento, ya que como se explicó anteriormente, las condiciones de trabajo y de demanda por parte de los peticionarios, así como la premura para entregar en tiempo y forma el informe de la CDHDF sobre este caso en particular, les había generado conflictos organizacionales al interior del grupo de trabajo, que se habían extendido a las esferas familiar y social de estos visitadores.
2. Al grupo 2 (personal de seguimiento jurídico) se le dio atención a 8 personas, todas mujeres. Las cuales en general

presentaban embotamiento emocional, estrés elevado, aplanamiento emocional y síndrome de desgaste profesional (*Burnout*) el cual se estaba reflejando en su trato con los peticionarios, que aunque siempre fue altamente profesional y humano les desgastaba mucho las vicisitudes legales reflejándose esto en su salud física y mental.

3.A ambos grupos se les realizaron evaluaciones de temperatura periférica de la piel para medir desgaste psicofisiológico como consecuencia del síndrome de desgaste profesional, observando lo siguiente:

a) Disminución de la temperatura periférica de la piel al momento de narrar los acontecimientos estresantes (de 90 grados F a 85 grados F), baja respuesta natural de relajación (84 grados F y este no aumentaba cuando se les pedía que se relajara por si solo), estilos de afrontamiento de evasión o negación. Después de la intervención psicológica fueron evaluados nuevamente encontrando aumento en la temperatura periférica de la piel (de 90 grados F a 93 grados F), aumento en la respuesta natural de relajación (de 85 grados F a 90 grados F) y estilos de afrontamiento positivos. Capaces de reconocer logros.

IV.- Resultados preliminares de las actividades de desahogo emocional con Asociaciones Civiles involucradas con el caso *New's Divine*.

1. En la asociación civil *CAUCE CIUDADANO* se atendieron a 8 personas, 5 mujeres y 3 hombres, los cuales presentaban síntomas

de Estrés Traumático Agudo y de desgaste profesional (*Burnout*) debido a que habían realizado una ardua labor comunitaria y se habían visto sometidos a un fuerte golpeteo político, lo que se manifestaba en síntomas claros de persecución, en este caso adaptativos y de somatización severa. Por lo que se realizó una sesión de tipo catártico auxiliada de instrumentos de retroalimentación biológica con la finalidad de que mejorarán sus respuestas conductuales ante estos eventos y manejarán de mejor manera las ideas irracionales que esto les generaban.

2. Se monitoreo con temperatura periférica de la piel y variabilidad de la frecuencia cardiaca encontrando lo siguiente:

a) Disminución de la temperatura periférica de la piel al momento de narrar el evento traumático (de 90 Grados F a 87 GF). Aumento de la FC por arriba de la norma (75 lpm), actividad simpática de 100%, lo que indica desgaste físico y emocional. Al terminar la sesión se realizaron mediciones para observar la efectividad de la intervención observando aumento en la temperatura periférica de la piel (de 90 a 92 Grados F), disminución de la FC (de 75 a 72 lpm) y disminución de la actividad simpática (de 100 a 85%), lo que indica un desahogo emocional y menor desgaste en este sentido.

Lo anterior, son los resultados del trabajo que hasta esa fecha se realizaron, sin embargo, quedó mucho por hacer, se dificultaron las acciones encaminadas a la detección de adolescentes que estuvieron presentes durante el operativo del 20 de junio y a los cuales no se les dio atención psicológica (esta

detección se pudo haber llevado a cabo a través de las escuelas aledañas a la NEW`S DIVINE)

Conclusión:

Como se ve el trabajo de atención psicológica a esta comunidad siempre estuvo acompañado de otros elementos de suma importancia para el afrontamiento adecuado de esta tragedia, como son las actividades artísticas de muy diversa índole donde destacan los raperos que presentaron la canción en Hip-Hop 20-06-08 en homenaje a las víctimas del operativo en la discoteca. Que es la crónica de los hechos en su muy peculiar estilo, siempre acompañado de bailes *ad hoc*.

Los niños que habían vivido estas aflicciones, junto con sus familiares, fueron tratados a través de diversos juegos y manualidades. Para elaborar los sucesos acaecidos.

Por otro lado el trabajo interdisciplinario con la Comisión de Derechos Humanos del D.F. y con los profesionistas y colaboradores de las organizaciones Cauce y Marabunta coadyuvo a realizar un trabajo muy enriquecedor, donde pudimos aplicar distintas visiones y técnicas de atención a víctimas de desastres y que muy rara vez se pueden emplean juntas.

Es importante recalcar que trabajar con cualquier tipo de duelo, es una actividad que genera desgasta al personal que atiende estos sucesos, en este caso, el personal del Programa de Intervención en Crisis, necesitó desahogarse psicológicamente, lo que se hizo al final de cada sesión sabatina y al finalizar el dispositivo.

En otro orden se ratifica que las actividades artísticas y lúdicas realizadas en conjunto, fueron fundamentales para la superación del hecho traumático vivido y fomentan lazos solidarios entre los miembros de la comunidad.

EVALUACION

Para evaluar este trabajo de la disco news divine anexaremos algunos testimonios periodísticos con entrevistas a los afectados de primer nivel en este caso sobrevivientes de la acción policiaca, a los afectados de segundo nivel familiares y amigos cercanos y a las víctimas ocultas o de tercer nivel que participaron en este dispositivo en particular a los que perdieron en el operativo policiaco a un promotor comunitario. Así como también a las víctimas de cuarto nivel periodistas que cubrían estas columnas que después solicitaron ser atendidos por los psicólogos de este dispositivo.

Desde el New's Divine inició violencia sexual contra las jóvenes

Por Sandra Torres Pastrana y Guadalupe Cruz Jaimes

México DF, 1 julio 08 (CIMAC).- De acuerdo con las denuncias presentadas por 34 mujeres ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), la violencia sexual, además de los golpes e insultos, durante el operativo policiaco en la discoteca New's Divine, el pasado 20 de junio, no ocurrieron sólo en las instalaciones judiciales, sino iniciaron en el establecimiento comercial.

La CDHDF ha recibido testimonios de las jóvenes desde el mismo día del frustrado operativo en que perdieron la vida 9 jóvenes, posteriormente por medio del equipo de visitadores especializados de la Comisión y a través de terceras personas entre las que se encuentran gente de su confianza, familiares u organizaciones que trabajan con ellas.

Erika Llanos, coordinadora de Capacitación de Adolescentes de la Promoción de la Salud, de la asociación civil Cauce Ciudadano, que trabaja con las jóvenes que sufrieron violencia sexual durante el operativo, afirma que ellas están atemorizadas y han visto afectadas sus relaciones interpersonales y colectivas.

Sin embargo, afirma que por cuestiones de seguridad no puede detallar la situación en que se encuentran y las vejaciones de las que fueron víctimas, aunque considera que el hostigamiento sexual que sufrieron las 34 adolescentes y jóvenes es una cuestión de género y que la estigmatización de la juventud es uno de los principales problemas que desencadenaron las vejaciones y malos tratos que sufrieron.

En Cauce Ciudadano, integrada “por jóvenes y para jóvenes”, para prevenir y eliminar la violencia, trabajaba Isis Tapia Barragán, de 16 años, quien falleció en el operativo de New’s Divine. Ella, relata Erika Llanos, era promotora de “educación entre pares”, dentro del programa de Capacitación de Adolescentes de la Promoción de la Salud.

Llevaba 2 años dedicada a replicar entre las y los adolescentes de su edad los talleres que aprendía en Cauce. Realizó un video sobre cómo las y los jóvenes se acercan a los temas de salud sexual y reproductiva. También participó en proyectos en contra de la violencia en las relaciones interpersonales y en otro sobre la moda y los estereotipos ligados a los trastornos alimenticios.

Isis, recuerdan sus compañeras y compañeros de Cauce, era propositiva, una persona crítica y alegre. Su nombre está hoy escrito con tinta negra en velas de color rosa en la puerta de New's Divine.

TEMOR, ENOJO Y AYUDA

Mientras tanto, en la colonia Nueva Atzacolco, en la delegación Gustavo A. Madero (GAM), la gente tiene miedo de salir a la calle, después de haber visto

“tantos muertos o de ver morir a sus amigos o conocidos”, señalan activistas de Cauce Ciudadano.

“Más de la mitad de la comunidad afectada no han recibido atención psicológica”, afirma Erika Llanos, quien refiere el interés de la asociación civil en la reconstrucción del tejido social, “porque los padres están asustados, han sido intimidados e incluso han recibido amenazas”.

Para las y los jóvenes, dice, “no fue una situación fácil. Para muchos fue su primera experiencia de este tipo, están en shock. Algunas de las y los jóvenes apenas están siendo conscientes de la interrupción de sus derechos, muchos por falta de información desconocen sus garantías”, indicó.

Urge “resarcir el daño de manera integral, dice Carlos Cruz, integrante y uno de los fundadores de Cauce Ciudadano, las autoridades pretenden indemnizar a las familias y, aunque es lo que corresponde, ni con un millón de pesos se recupera la vida de una hija o hijo”.

Y coincide con Erika Llanos en que la comunidad requieren atención psicológica, pero desconfían de las autoridades gubernamentales, por lo que el jueves próximo iniciarán las terapias con integrantes del Programa de Primeros Auxilios Psicológicos para Situaciones en Crisis, de la Facultad de Psicología de la UNAM, a quienes contactaron a través de Gabriela Delgado.

En el mismo sentido trabaja la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) y por ello se están acordando mecanismos de permitan la confidencialidad, donde personal capacitado de la Facultad de Psicología de la UNAM, si ellas así lo determinan, pueda contribuir a una terapias de contención y de seguimiento.

El caso de las jóvenes que fueron fotografiadas y que tuvieron ese trato, por la gravedad que el hecho refleja, ocupa un asunto especial para la Comisión, dijo el

Ombudsman, quien dio a conocer que se tiene referencia que hubo víctimas fatales por golpes, pero se están por confirmar los hechos.

Hay más de 150 visitantes trabajando en el acercamiento con las víctimas y sus familias, se han obtenido testimonios a través de asociaciones, informó. Y se está trabajando, para que estos acercamientos ayuden a la reconstrucción el tejido social, el cual se encuentra muy afectado, a través de una serie de procesos educativos y sociales.

TÍPICA VIOLENCIA POLICIAL

Rebeca, de 15 años, es sobreviviente del operativo policiaco del 20 de junio en New's Divine. Dice que los policías son “puercos” que no tenían razones para agredirlas, cuando sólo estaban bailando.

Después, cuenta, lo único que queríamos era salir, no podíamos respirar. Primero nos dijeron: sálganse y luego que ya no. De repente echaron su gas y ya desesperados unos empezaron a romper vidrios, a gritar y a morir. Ahora, ella pide “justicia nada más”.

Kemee Enriquez, de 17 años, quien acudió con sus padres el pasado 27 de junio a la misa que celebraron vecinos y familiares de los 9 jóvenes fallecidos en la discoteca, recuerda que el operativo “fue violento. Desde que entraron al antro, con las pistolas largas empezaron a pegarles a los chavos”. Los policías, dice, “eran demasiado incompetentes, no auxiliaron a nadie, agresivos e incompetentes”.

Lo ocurrido en el New's Divine coincide con lo descrito por la doctora Marcela Lagarde y de los Ríos, antropóloga y experta en temas de género, quien afirma que este tipo de violencia es común en “cuerpos de coerción, como el ejército y las policías, en los que al privilegio de género se suman, el privilegio y la

supremacía que ejercen el poder militar y policiaco sobre los civiles y la sociedad”. “Los agresores se amparan a veces en el uniforme militar, en las armas, en las patrullas o en vehículos militares y en la protección que reciben de la corporación que oculta el delito y protege al agresor. La impunidad mil veces denunciada surge del carácter mismo de las corporaciones, instituciones cuya definición gira en torno al terror que ejercen”, afirma la experta.

Atención psicológica a víctimas de News Divine, la próxima semana

Por Guadalupe Cruz Jaimes

México DF, 3 julio 08 (CIMAC).- A partir de la próxima semana, las 34 adolescentes y jóvenes que sufrieron abuso sexual por parte de los cuerpos policiacos durante el operativo en la discoteca News Divine, en la Ciudad de México, recibirán atención psicológica especializada.

A través de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se brindará atención psicológica a las víctimas del operativo con especialistas de la Facultad de Psicología, la asociación civil Adivac y otras organizaciones civiles.

En entrevista telefónica con Cimacnoticias Jorge Álvarez indicó, que a 14 días de la tragedia, las víctimas de abuso sexual y en general las y los adolescentes que vieron violentados sus derechos humanos a manos de la policía capitalina, están a tiempo de recibir atención psicológica.

Álvarez, quien está al frente del Programa para Atención en Situación de Crisis, de la Facultad de Psicología de la UNAM, informó que el sentimiento más recurrente en las víctimas de abuso sexual es el enojo y el deseo de justicia.

“Estamos en el momento preciso para iniciar la atención psicológica, después de que las familia ya han atravesado por el rito religioso y funerario, que dura aproximadamente entre 10 y 12 días. Es después cuando la familia y las y los amigos comienzan a sentir la ausencia de sus seres queridos”, señaló.

A partir del lunes de la próxima semana iniciarán el contacto directo con las y los afectados, el modelo de atención de la UNAM se ha llevado a cabo en otras situaciones de crisis como el siniestro registrado en la mina 8 Unidad Pasta de Conchos, Coahuila.

Jorge Álvarez, quien adelantó que este jueves se pondrán en contacto directo con las víctimas del operativo, ya que hasta el día de ayer sólo contaban con los testimonios que les brindaron diferentes organizaciones civiles que atienden el caso.

Las víctimas de la tragedia que serán atendidas son las de primer y segundo grado, es decir, las madres y padres de los jóvenes fallecidos durante el operativo y las y los adolescentes y jóvenes que fueron detenidos y de sus familias y amistades, informó.

Con el modelo de atención a víctimas en situación de crisis de la UNAM “tratamos de que las personas directamente conectadas a tener un juicio razonado de lo que sucedió y que traten de laborar la pérdida de la hija o el hijo”, precisó Álvarez.

Para el especialista de la UNAM, Jorge Álvarez, las víctimas de una situación de crisis, ve afectada su vida diaria, como sus funciones en el trabajo o en la escuela. “Experimentan estrés postraumático, son señalados socialmente, sienten temores y con ello, su vida de amigas, amigos, ya no es igual”, dijo.

Posterior a un desastre socio-organizativo, lo cual quiere decir que “algo en lo social falló, en este caso del aparato policiaco del Distrito Federal”, las víctimas tienen secuelas psicológicas que se deben tratar para que en un futuro no presenten alguna conducta disfuncional o discapacitante en el ámbito emocional,

aseveró Álvarez. Y agregó, la necesidad de la intervención de las instituciones de gobierno para dar la atención que se requiere.

La tragedia, en algunos casos, fue la gota que derramó el vaso

Con auxilio de la UNAM, jóvenes y familias se recuperan del Divine

Por Guadalupe Cruz Jaimes

México DF, 22 julio 08 (CIMAC).- Adolescentes, jóvenes y familias de las víctimas del trágico operativo policiaco que se llevó a cabo el pasado 20 de junio en la discoteca New's Divine, donde 9 jóvenes y 3 policías fallecieron, reciben atención psicológica, por dos vías: una de ellas es el Programa de intervención en crisis de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la otra con la organización Tech Palewi.

En entrevista con Cimacnoticias, la psicóloga Angelina Romero Herrera, quien lleva 10 años trabajando en el Programa de intervención en crisis, habló a Cimacnoticias sobre las características del modelo de atención con el cual se atiende aproximadamente 40 personas afectadas por la violencia policiaca que vivieron en el Divine.

--¿En qué consiste el modelo de atención para las adolescentes, jóvenes y familiares afectados por la tragedia del New's Divine?

-- Aplicamos el Programa de intervención en crisis, que en este caso hicimos un enlace con la organización Cauce Ciudadano y la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), otras veces nos vamos solitos.

-- El modelo de intervención en crisis se diseñó a partir de 1985, cuando ocurrieron los temblores y empezaron a salir las primeras brigadas de la Facultad de Psicología de la UNAM para dar ayuda. Y de ahí se reactiva cada vez que hay

desastres, sobre todo de tipo natural. Hemos atendido, por ejemplo, a los familiares de las víctimas del huracán “Paulina”, en Acapulco, del huracán “Mitch”, en Honduras.

“Pero como los desastres no sólo son naturales sino también de tipo socio-organizativos, hemos tenido que adecuar el modelo a este tipo de cosas. Hay varios niveles en el modelo, uno de ellos es la psicología comunitaria. Acudimos a este tipo de eventos, atendemos a la gente que se acerca a solicitar el servicio, pero también hacemos recorridos a las casas de las personas que fueron afectadas.

“Visitamos las casas de las familias que perdieron algún familiar, porque sabemos que después de un evento traumático, la familia no sigue siendo la misma, entra en crisis, hay una desorganización.

“También se presentan síntomas de estrés agudo y si después de un mes persisten, estamos hablando de síntomas de estrés postraumático que consisten en que las personas no pueden dormir, están irritables, tienen muchas pesadillas sobre el acontecimiento, están muy tensas, se enferman a cada rato y es natural por el acontecimiento.

“Le estamos dando seguimiento a los diferentes casos, se las cita en algún centro o reciben la atención en sus domicilios. En esta ocasión la CDHDF nos abrió un espacio en la Villa, enfrente de la Basílica de Guadalupe.

“Otra manera de atenderlos es con retroalimentación biológica, que consiste en que se les colocan algunos termómetros a los pacientes para que puedan monitorear su temperatura corporal, porque sabemos que ante un acontecimiento estresante las manos y los pies se les ponen fríos.

“Entonces el hecho de que ellos vean que a través de esta técnica pueden ir moderando su temperatura con algunas cosas que les pedimos que hagan de

manera muy puntual, eso hace que vayan recuperando la confianza y decir: ‘sí yo puedo seguir’.

“Después de un acontecimiento así, lo que queda es desesperanza, sienten que en sus manos ya no hay nada por hacer, queda una sensación de desvalidez. Entonces con esta técnica lo que queremos es que la gente recobre un poco de esa confianza que le ha sido arrebatada, que vean que en ellos está seguir haciendo cosas para ellos mismos.

“Esto es lo que hacemos cuando atendemos a las personas afectadas de manera directa o de primer nivel, pero también apoyamos a las personas de tercer y cuarto nivel, que son las de ayuda humanitaria y de primer contacto. Con ellos hacemos el desahogo emocional, que consiste en que externen su sentir sobre el acontecimiento si les ha afectado de una u otra manera.

“A los afectados de tercer y cuarto nivel les damos contención emocional porque después de determinado tiempo del suceso pueden desarrollar lo que nosotros llamamos síndrome de Burnout, que significa ‘estar quemado por dentro’. Este síndrome es común en personas como enfermeras o paramédicos, los cuales despersonalizan su trabajo y nombran y tratan a las personas como números o cosas, para separarse emocionalmente de ellos.

“También, como parte del Programa de intervención en crisis, entrenamos gente, porque sabemos que este tipo de acontecimientos se repiten con mucha más frecuencia de la que nos gustaría, y sabemos que muchas veces quedamos rebasados.

“Lo que pretendemos con nuestro modelo es capacitar a otros profesionistas tanto de la salud como gente que se involucra en este tipo de situaciones, como bomberos, policías, periodistas, protección civil y paramédicos. El curso se llama

primeros auxilios psicológicos y se les enseña a contener emocionalmente a una persona que entra en crisis.

-- ¿Cuántas personas atienden?

-- Cada sábado, durante la Caravana Alivianarte en el barrio, atendemos entre 30 ó 40 personas, durante las 4 horas que estamos aquí.

ENOJO, CORAJE, RESENTIMIENTO

La brigada está integrada por entre 8 y 10 psicólogos de la UNAM y atendemos a niñas, niños, jóvenes y adultos. Hemos personas que nos especializamos más en cierto tipo de atención y así los vamos atendiendo, de acuerdo con la demanda.

-- ¿Atienden a algunas de las familias de las y los jóvenes que fallecieron durante el operativo en el Divine?

-- Sí, atendemos a algunos familiares directos, como la familia de Leonardo Amador Rivas, de 24 años, quien falleció durante el operativo, a su papá, su mamá y su hermana. Estamos dando este apoyo. El apoyo psicológico lo reciben también algunos visitantes de CDHDF y chavos de Cauce y Marabunta.

-- ¿Cómo se sienten las y los jóvenes?

-- Tienen mucho coraje, enojo, resentimiento y frustración, dicen que este tipo de cosas no tienen por qué ocurrir: “nos ocurrió a nosotros y fue brutal”, dicen.

“Además también tienen coraje, porque a su edad de por sí es difícil conseguir los permisos de los papás para salir a divertirse y cuando lo tienen por acontecimientos como estos las familias les dicen: “te encierro en la casa, ya no te dejo salir”.

“Es comprensible el temor por parte de los papás, pero también se exagera y entonces los chavos dicen que por culpa “de esos fulanos hijos de su tal por cual,

si antes no me dejaban salir, pues ahora menos. Y se preguntan: ¿por qué coartaron mi libertad de salirme a bailar, de divertirme?

“Los padres tienen miedo, por la incertidumbre. Y tienen ideas irracionales: si el niño ya se tardó más de 5 minutos en llegar, la señora ya pensó que la patrulla lo levantó y que va a tener que ir por él al Ministerio Público o que ya violaron a la niña, cuando sólo se quedan platicando en la esquina de su casa. En general, hay mucha tensión, estrés, sueños recurrentes sobre el acontecimiento.

-- ¿Las jóvenes que denunciaron abuso sexual por parte de los policías requieren terapia especializada, ustedes atienden a alguna de ellas?

-- Nosotros no atendemos ninguno de los casos, me parece que los lleva la organización Tech Palewi.

-- Y sí, las chicas requieren terapia psicocorporal, forzosamente tienen que haber un enfoque de género para trabajar con estas personas que han sido abusadas sexualmente y se tiene que trabajar no sólo en el hecho si no en las secuelas, físicas y emocionales quedan.

“Después de un abuso sexual las chavas ya no quieren que se les acerquen, no quieren tener contacto sexual, inhiben esa parte del sentir placer, para que lo recobren, para que se les quite la culpa y vergüenza, es necesario que reciban terapia.

-- ¿Existe algún número de sesiones o tiempo estimado en que las y los afectados deban recibir atención?

-- Depende del caso, pero nosotros partimos de la terapia breve, son 8 sesiones, que se programan cada semana. Cuando son casos muy duros se les llega a dar dos cada semana, pero son igual 8 sesiones. Ahorita trabajamos con este modelo, pero se va moldeando con las necesidades de la gente.

“Sin embargo, estamos viendo cómo va reaccionando la gente y si necesita más tiempo se le puede seguir dando la atención. Es un proceso, se les da un cierre temporal y se van espaciando las sesiones.

“Por ejemplo si los veíamos primero dos veces a la semana, después será sólo una vez, y después una al mes y después fecha de seguimiento, una vez cada tres meses, seis meses, y así para ir siguiendo el proceso.

“Hay casos en los que, además de la terapia psicológica breve, necesitarán un proceso psicológico aparte para que reprocesen todo lo que aconteció. En algunos casos el suceso es la gotita que derramó el vaso y exacerbó muchas otras cosas que ya traían. Y claro cuando ha habido pérdidas humanas necesitan más tiempo.

Después de contextualizar la catástrofe ocurrida, continuamos con el programa que se llevó a cabo en el lugar de los hechos y zonas aledañas, por el Programa de Intervención en Crisis de la Facultad de Psicología de la UNAM.

“Influenza AH1N1”

La noche del 22 de abril de 2009 la Secretaría de Salud (SSA) informa a los ciudadanos en cadena nacional, (a partir de los resultados de las muestras de laboratorio, de algunos enfermos de influenza registrados en el país y que fueron enviados para su análisis a laboratorios de Estados Unidos y Canadá), de un atípico brote de influenza que ha provocado hasta ese momento 20 muertos, motivo por lo cual se suspenden las clases a partir del siguiente día en todos los niveles educativos públicos y privados en el Distrito Federal y zonas conurbadas, esta orden afectó en un aproximado de 7.5 millones de estudiantes, a 420 mil maestros y a trabajadores de casi 30 mil escuelas de la zona metropolitana

Las medidas para los siguientes días por parte de las autoridades, fueron; la interrupción de labores en las escuelas públicas y privadas, hasta nuevo aviso, así como evitar aglomeraciones, concentraciones o multitudes en lugares públicos como; almacenes comerciales, mercados, museos, cines, teatros, espacios culturales y deportivos en síntesis se aplicó esta norma en todos los centros de reunión en general, lo cual desencadenaría en la población una serie de dudas sobre el curso de la epidemia, sus alcances, su real virulencia, las medidas a tomar, esta información que se empezó a pasar de voz en voz a través de los medios de comunicación al alcance de la población, como teléfonos celulares y fijos, redes sociales e internet o de viva voz, dio lugar al fenómeno popular conocido como el teléfono descompuesto o sease a una serie de rumores e imprecisiones sobre esta particular catástrofe sanitaria y las muy entendibles inquietudes y temores, que generaba el curso de esta siniestro salubre

Unos días después, el 25 de abril, la Secretaría de Salud a través de Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), contacta al Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Sociorganizacionales de

la Facultad de Psicología de la UNAM para sumarse a la labor de dar la orientación y en su caso la atención psicológica vía telefónica a la población a nivel nacional, ligado a otras dependencias gubernamentales y ONG'S

La Secretaría de Salud, dio respuesta a tal acontecimiento, armando al día siguiente del anuncio en cadena nacional, una central de atención telefónica (Call Center) con el número **018001231010** para dar informes a la población y evitar un pánico social descontrolado por desinformación o tergiversación de la misma y así poder atender la demanda de información, proporcionándola de manera clara y fidedigna, sobre cómo afrontar esta vicisitud y en su caso brindar atención psicológica a las personas que privilegiaran esta forma de escucha y orientación.

Los medios de comunicación, produjeron el siguiente reportaje, al iniciarse este dispositivo, esta información, la cual siempre estuvo avalada por la Dirección General de Información de la UNAM a través de boletines, gacetillas, en foros sociales tipo *faceboock* o por la propia página electrónica del programa de intervención en crisis.

He aquí uno de los primeros boletines que se publicaron y difundieron por muy diferentes medios de comunicación:

La Facultad de Psicología de la UNAM ofrece asesoría telefónica para personas afectadas emocionalmente por la epidemia de influenza

Hay personas angustiadas porque tienen un familiar grave por el virus

MÉXICO, D.F. 28 de abril de 2009. La Facultad de Psicología de la UNAM ofrece asesoría telefónica para personas afectadas emocionalmente por la epidemia de influenza A H1N1 y que tengan una angustia fuera de control o problemas familiares por la larga estancia en casa.

En un comunicado, el jefe del Programa de Intervención en Crisis de esa entidad académica, quien encabeza el grupo de universitarios que brindan el servicio en coordinación con organizaciones civiles y gubernamentales, Jorge Alvarez Martínez, señaló que quien requiera ayuda puede llamar al 01 800 123 1010.

Explicó que ese número "funciona como una central telefónica coordinada por la Secretaría de Salud, en la que participan la Facultad de Psicología de la UNAM, el Consejo Nacional contra las Adicciones, la organización Vive sin Violencia, Aeropuertos y Servicios Auxiliares, Acercatel, IMSS, ISSSTE y la Secretaría de Seguridad Pública Federal".

Por este medio, agregó, expertos del Programa de Intervención en Crisis asisten a individuos cuya tolerancia esté rebasada por la situación que se vive con la epidemia.

"Hay personas angustiadas porque tienen un familiar grave por el virus, otras han perdido a un ser querido, o se sienten rebasadas por las restricciones sanitarias. Además, en muchas familias se incrementan los problemas personales por estar largo tiempo en casa", relató.

Las restricciones sanitarias que sugieren la reclusión favorecen la modificación de hábitos. A veces se está saturado por la televisión y las medidas ayudan a la convivencia, porque se podrían compartir juegos de mesa o platicar, algo útil para mejorar las relaciones interpersonales, sugirió.

Alvarez Martínez dijo que, como sociedad, actualmente se vive una primera fase de choque o crisis que inició con la contingencia. La gente somatiza, empieza a sentir que es portadora del virus y percibe los síntomas, aunque no tenga fundamento fisiológico.

En otros, la angustia se centra en enfermedades que sí tienen, pero con las que conviven en forma cotidiana y ahora toman otra dimensión, por el cambio en el referente social.

"Hay quienes conviven con dolores de cabeza de forma regular, incluso tienen el hábito de tomar analgésicos. Pero ahora ese dolor se vuelve preocupante. De todo esto se puede hablar en las consultas telefónicas", comentó.

"Es importante mantener la serenidad y continuar respetando las medidas de higiene que han ayudado hasta ahora", concluyó.

Proceso para conformar el *Call Center*

Se efectuó una convocatoria a todos los integrantes del programa de intervención en crisis, que habían realizado alguna labor dentro del mismo, ya sea como, corresponsables en algún evento catastrófico, coordinadores de brigada, instructores de nuestro modelo de atención psicológica en emergencias y desastres, tesistas, prestadores de servicio social o voluntarios en general que tuvieran una formación psicológica, con la finalidad de operar el call center, por medio del teléfono de su domicilio o por internet en la modalidad de skipe (teléfono en la computadora) .

Se obtuvo una respuesta más que favorable, lo que nos permitió ofrecer a los convocantes dos turnos matutino y vespertino-nocturno, para atender a los peticionarios que lo demandaran, y logramos en los días de mayor enclaustramiento de la población, contar con 43 operadores divididos en dos turnos organizados por un coordinador logístico, un supervisor técnico por jornada y una permanente vigilancia y supervisión técnica por parte del coordinador general del programa.

Se utilizaron los sistemas técnicos de la empresa Telmex para instrumentar la puesta en marcha de la central de atención telefónica, con los siguientes fines básicos:

Informar a la población sobre las medidas de prevención sanitaria, mismas que fueron proporcionadas por los expertos en esta rama de la medicina del sector salud y de la propia UNAM, también para aclarar dudas sobre situaciones cotidianas o eventuales que se vieron restringidas, citaremos algunos ejemplos: Cierres de restaurantes, que para la población que seguía trabajando, resultaba una situación de emergencias, porque no tenían donde comprar y consumir sus alimentos en la jornada laboral o preguntas recurrentes, por ej. Si seguían actividades, como la asistencia al servicio militar, hasta si se encontraban abiertos o no, supermercados, mercados barriales, tortillerías, panaderías, etc. Y que si nos fijamos estas dudas, eran motivo de angustia, zozobra y desesperación, porque la gente sentía, que las indicaciones que tenían estaban incompletas, sesgadas o manipuladas. Inclusive la comunidad necesitaba saber con certeza, si hacían compras de pánico (cosa que sucedió, contraviniendo las reglas de confinamiento, sugeridas por las autoridades), la creciente desinformación, por mensajes mal interpretados o porque algunos medios de información privilegiaron el lado amarillista de la epidemia, magnificando datos médicos y psicológicos sin ningún soporte científico o exacerbando las malas noticias, lo que incidía en comportamientos erráticos o de pánico en algunos ciudadanos.

La otra parte importante de este dispositivo fue la estricta atención psicológica vía telefónica, cuando los operadores de Telmex enrutaban llamadas a nuestros operadores, los que atendían problemas específicos de crisis, depresión, ataque de pánico, sensación de angustia, incertidumbre y un larguísimo, etc.

Asimismo, se incluyó la presencia del coordinador general del Programa de Intervención en Crisis, en medios electrónicos e impresos, con una presencia cotidiana durante los días críticos de la pandemia, básicamente del 25 de abril al 17 de mayo, en noticieros televisivos y radiofónicos, foros de análisis, paneles sobre el tema, entrevistas periodísticas, lo anterior para informar por parte de la Facultad de Psicología, las medidas de proceder más apropiadas para afrontar este inusual brote de influenza y realizar la propaganda ad hoc de la central telefónica a nuestro cargo, invitando a la población a que hiciera uso de este recurso psicoterapéutico.

Igualmente, se realizó dentro de la serie de televisión. “Influenza: las respuestas de la ciencia”, de TV UNAM, un desglose de información que consideramos apropiada en ese momento, junto con colegas destacados de nuestra profesión como la Dra. Laura Hernández, la Dra. Bertha Blumm y la Dra. Emilia Lucio, anexo con otros Universitarios de distintas disciplinas, que discurrían sobre su punto de vista experto referente a la pandemia de influenza, sus secuelas, las medidas de profilaxis efectivas, El análisis de los problemas sociales y económicos derivados de este fenómeno y las formas de convivencias en situaciones inusitadas de encierro como las que estábamos viviendo en ese momento, este programa televisivo fue galardonado con el Premio Nacional de Periodismo en el año 2009.

Capacitación virtual

La forma de instruir a los terapeutas del Programa de Intervención en Crisis, se realizó de modo virtual, ya que durante los días que duro el confinamiento de la ciudadanía, no era posible impartir los cursos de manera tradicional, así que se adoptó el sistema de educación en línea y a distancia, que

primordialmente consistía en que al inicio de la jornada de la central telefónica antes las 9 y de las 17 horas se proporcionaban una serie de instrucciones a través de las computadoras de los operadores y se le daban las consignas que en ese momento eran relevantes sobre el curso de la epidemia, así como la información de mayor demanda que solicitaban los usuarios de este servicio, se realizaban pruebas de conectividad y de formato al contestar, se charlaba entre todos los integrantes de nuestra central y de otras sedes, como una forma de romper el hielo y hacer más amigable la jornada a continuación se ejemplificara de forma muy general como operaba este centro de atención telefónica y el de otras dependencias que colaboraron en este esfuerzo:



Objetivos

- Orientar a la población sobre la influenza a través de las líneas 01 800
- Proporcionar información oficial, para evitar contradicciones y confusión, a través de mensajes claves, precisos, oportunos y claros, mediante líneas 01 800





SALUD

• Las preguntas más frecuentes

- Información sobre la influenza y medidas preventivas
- Información sobre disposiciones federales, estatales y municipales
 - Quejas y denuncias
- Situaciones de crisis y contención emocional



SALUD

Mensajes Básicos

- La influenza es una enfermedad respiratoria contagiosa, que se presenta anualmente en el invierno.

¿Cómo se transmite?

- El virus de la influenza puede viajar a través de las gotitas de saliva que se expulsan al hablar, tocer o estornudar hasta a un metro de distancia.
- Sobrevive entre 48 y 72 horas en superficies lisas como manos, manijas y barandales, así como en superficies porosas como pañuelos desechables y telas; manteniendo por ese tiempo su capacidad de contagiar.
- El virus puede ser destruido por la luz del sol y el jabón.
- El virus entra al organismo por la boca, la nariz o los ojos





Mensaje clave para preguntas sobre:
CIERRE DE ESCUELAS

Possible pregunta

- ¿Por qué sólo en el centro se cierran las escuelas y por qué no en otras entidades?

Respuesta

Como medida preventiva se decidió el cierre de escuelas en las entidades con mayor concentración de población que han presentado más casos para evitar la propagación del virus.



Mensaje clave para preguntas sobre:
VACUNAS

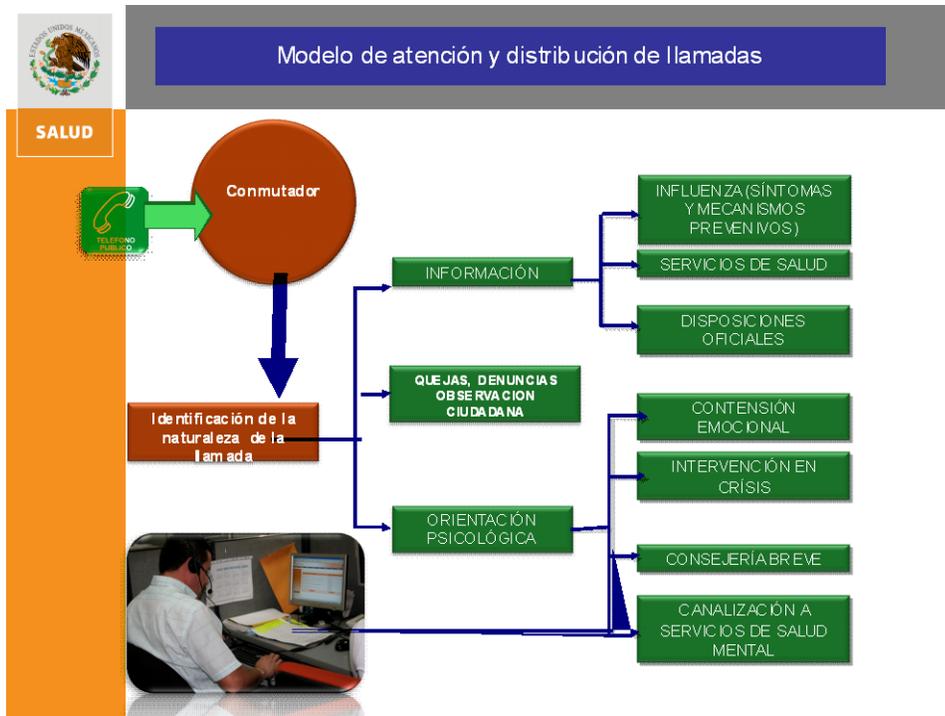
Posibles preguntas

- ? ¿Existe vacuna?
- ? ¿Por qué sólo se vacuna a personal de salud y no a la población en general?

Respuesta

Se trata de un virus nuevo por lo que las vacunas existentes no fueron creadas para protegernos de éste y se desconoce cuál puede ser su efectividad, se terminará de vacunar al personal médico por ser quien está más expuesto al peligro de contagio y actúan como multiplicadores del mismo padecimiento.





A los operadores se les entrenaba en la manera apropiada de contestar y atender a los usuarios de este servicio con los siguientes lineamientos generales.

Frases de trabajo usuales al contactar al peticionario

Las siguientes frases te guiarán para brindar la atención de excelencia que esta campaña requiere.

1. Bienvenida: “Gracias por llamar a ...”
2. Calidez: “Le atiende ...”
3. Atención y escucha activa: “¿En qué le puedo orientar?”
4. Pregunta o verifica información
5. “Sr@., Srta.:
6. estoy investigando su solicitud”
7. continuo con usted”
8. le escucho”
9. le estoy atendiendo”...

10. Orienta y/o sugiere (con base en la información oficial)
11. Una vez proporcionada la información, dí: “¿Le puedo servir en algo más?”
12. Despedida:
13. “Le atendió ...”

Evaluación

- El Call Center Virtual de la Facultad de Psicología de la UNAM funcionó durante 16 días
- Este fue operado por 41 psicólogos en dos turnos, con la ayuda de dos supervisores técnicos, uno por cada turno, un coordinador logístico y un coordinador general
- Se enrutaron a nuestro dispositivo 5,185 llamadas telefónicas
- El Tiempo de atención promedio de nuestro punto de conexión fue de 19,240 minutos

Sin embargo los datos generales de este servicio a la comunidad fueron reportados así por el sector salud

- Hasta el 5 de mayo el 01 800 había recibido tres millones 352 mil 55 llamadas. El tiempo de atención por cada una es aproximadamente de minuto y medio. De acuerdo con la Secretaría de Salud, entre 10% y 15% se enrutan hacia centros que proporcionan apoyo psicológico, incluyendo el de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Algunas de las fases de la asistencia y orientación se desarrollaron así:

- Los operadores contestaban casi como una grabación. Repiten una y otra vez las medidas de salubridad para evitar el contagio y el proceso de vuelta a la normalidad, unos más sensibles que otros, al llamado de una persona en crisis.
- La contestación parece ser un discurso uniforme, hasta que alguien les expresa alguna sensación de perturbación emocional, inquietud, ansia, exaltación.

Esta es una reproducción de una llamada y como fue contestada por alguno de los operadores de la central telefónica, la cual nos mostrara la magnitud de problema y la manera como se atendían esas llamadas:

- —Centro de Información de la Influenza le atiende.... Con quien tengo el gusto... ¿en qué le puedo ayudar?
- —Oye, ya ves que viene el regreso a las actividades; tengo mucho temor y no quiero salir ¿qué puedo hacer?
- —¿No quiere salir?
- —No me vaya a contagiar... tengo miedo.
- —Así es. En caso de que sea muy muy muy necesario salir, hay que usar cubre bocas, no saludar de beso, ni de mano, cualquier plática mantenerse alejada de las personas. Son medidas de seguridad preventiva. En caso de que sea muy importante que no salga, pues no salga, pero esas son medidas de prevención

Algunos periódicos de circulación nacional realizaron crónicas de nuestro trabajo en esta central telefónica, a continuación reproduciremos algunos de estas

notas y editoriales que se realizaron sobre la operatividad y las vicisitudes de este dispositivo.

MEXICO, D.F. / EL UNIVERSAL -- PUBLICADA 08-MAY-2009 _

- Defeños al borde de un ataque de nervios saturan la línea 01 800 de atención psicológica; ahí expresan su temor de salir a la calle y contagiarse. Entre estos casos se encuentra el de Darío Silva, quien no encontró otra salida y tuvo que recurrir al número telefónico 01 800 123 10 10. Dejó a un lado su creencia machista de que le pudieran decir: "tan grandote y tan miedoso". La operadora le decía: "La enfermedad se está controlando y se está regresando paulatinamente a la normalidad de las actividades que hace 13 días decidieron suspender. No tienes por qué tener miedo ya que si tomas las medidas preventivas no te contagias. Trata de dejar ese miedo atrás, comprendo el miedo pero si uno sigue las indicaciones no hay por qué tener tanto miedo".
-Yo siento que al salir me voy a infectar, decía Darío.
- No Darío, no tienes por qué tener ese temor, no sales y te infectas inmediatamente imagínate, entonces ni respiraríamos. No debes de pensar en que vas a salir y te morirás; eso no es cierto. Además si no estás alrededor de personas infectadas no hay por qué temer, contestaba la operadora.
- Unos más, aceptan no poder manejar el miedo de otras personas y te dicen: "Espere unos segundos le voy a decir al teléfono donde le pueden atender". Segundos después te proporcionan el teléfono de Locatel (56 58 11 11) en el que te remitirán a Saptel (Servicio de Atención Psicológica por

Teléfono), de la Cruz Roja, donde especialistas, señalan, te orientarán de manera específica.

- La persona en crisis puede tener mejor suerte y ser direccionado al azar a la casa u oficina de uno de los especialistas de la Facultad de Psicología de la UNAM, todos ellos voluntarios que no reciben remuneraciones económicas.
- Y es que el número 01 800 de atención a todo el país fue un número que inicialmente se proporcionó a la gente para brindar informes sobre la influenza, pero que después tuvo que incluir este tipo de atención psicológica, debido a que, según el propio secretario de Salud José Angel Córdova, había personas que llamaban con crisis de pánico.
- Fue así como la Facultad de Psicología de la UNAM se unió al esfuerzo de atender a personas afectadas emocionalmente por la epidemia de influenza, y que tuvieran una angustia fuera de control o problemas familiares por la larga estancia en casa.
- Jorge Álvarez Martínez, jefe del Programa de Intervención en Crisis de esa entidad académica lidera el grupo de universitarios que brindan este servicio social en coordinación con organizaciones gubernamentales y civiles.
- Sin embargo, los psicólogos habitualmente reciben llamadas para saber cuestiones técnicas como el avance o síntomas de la enfermedad o las medidas sanitarias dispuestas. Un voluntario revela que recibió en tres días en un horario de 7 a 11 de la noche, aproximadamente 400 llamadas, ninguna fue para atender una crisis psicológica.

- “Se asesora a quienes pasan por una circunstancia inusual que no se puede explicar desde lo conductual. Hay personas angustiadas porque tienen un familiar grave por el virus, otras han perdido a un ser querido, o se sienten rebasadas por las restricciones sanitarias. Además, en muchas familias se incrementan los problemas personales por estar largo tiempo en casa”, señala Álvarez Martínez.

Conclusión

La epidemia de influenza, nos dejó las siguientes enseñanzas:

- *Este tipo de enfermedad infecciosa, no llegó a provocar una situación de cataclismo psicosocial, ya que las medidas sanitarias adoptadas en un principio y durante la emergencia, la cobertura informativa y las medidas preventivas como el tener un eficiente servicio de atención informativa y psicológica por teléfono, atenuaron este posible siniestro, aunque los rumores e informaciones equívocas iban y venían, la población tuvo un comportamiento ejemplar que según nuestra apreciación, se derivó de las medidas adoptadas ya que nuestra metrópoli se encuentra razonablemente sensibilizada a este clase de desastres y se puede decir sin temor a equivocarnos que somos un grupo solidario ante las contingencias*
- *La peculiaridad de este desastre obligó a que se emplearan alternativas de intervención psicológica no tradicionales, dado el enclaustramiento al que se vio sometida la población en la capital y la zona conurbada, lo que impulsó a desarrollar toda una estrategia de atención que respetaba las medidas de confinamiento decretadas por las autoridades, evitó el uso de espacios para dar atención psicológica en centros de salud, consultorios, clínicas y hospitales y protegió a los integrantes de nuestro programa de posibles exposiciones innecesarias que pudieran haberlos también afectado.*

- *Dentro del ya habitual uso de las ahora llamadas técnicas de información y comunicación (Tics), (las cuales se emplean en México desde los sismos del 85), se amplió la cobertura de uso de estas, al integrarse la combinación del uso de la página de Intranet diseñada por Telmex para la línea contra la Influenza. la adición del messenger y skype para capacitar, entrenar, supervisar y atender las dudas de los interventores que participaron en este dispositivo.*

En otro orden de ideas, la humanización obligada de esta novedosa forma de intervención en crisis, nos llevo a seguir situando a esta alternativa, como algo viable que ensanchará el panorama en nuestras próximas acciones, al comprobar que la población tuvo un espacio donde aclarar dudas y temores, en el cual esclarecer o confirmar las medidas recomendadas por el sector salud y contar con un espacio para la escucha responsable y de respeto, para las afecciones emocionales que se produjeron por este desastre sociorganizativo.

CONCLUSIONES

Dados los últimos acontecimientos donde hubo desastres de todo tipo entre los que destacan los socio-organizativos con los actos de barbarie como el del casino Royal en Monterrey o las inundaciones en una franja importante de la República Mexicana, solo por citar dos de los sucesos actuales, nos han sometido a un sinnúmero de vicisitudes, que requieren ser atendidos en el ámbito psicosocial, por lo que para concluir este reporte de actividades resaltaríamos los siguientes puntos:

- A. En los datos reportados en los capítulos anteriores, se ha planteado que la intervención en crisis en los distintos escenarios donde se han suscitado eventos catastróficos, tienen sus muy particulares reglas de operación dependiendo del tipo de desastre y las facilidades de operación o también las dificultades que hemos encontrado al realizar nuestro trabajo, lo que nos queda por hacer en un futuro cercano es seguir en la línea de formación de recursos humanos que cada vez exige mayor especialización y actualización y de ampliar mayores líneas de investigación sobre el particular. Un ejemplo de esta investigación aplicada, es el trabajo final del comité para elaborar la Norma Oficial Mexicana para la Atención Psicológica en Casos de Emergencia o Desastre.

Actualmente, se tiene listo un borrador del anteproyecto de NOM en el que se incluyen los siguientes aspectos:

- 1) Prestación del servicio de intervención en crisis a través de medios remotos de comunicación;
- 2) Obligatoriedad de recibir adiestramiento específico para prestar el servicio de intervención en crisis;

- 3) Integración de un registro de las instituciones autorizadas a ofrecer la capacitación y de las personas certificadas como Especialistas;
- 4) Características del logotipo que identifique a las personas certificadas como *“Especialista en Intervención en Crisis y Primeros Auxilios Psicológicos”*;
- 5) Organización para la atención de pacientes en refugios temporales y la comunidad utilizando los principios del Sistema de Comando de Incidentes, formando *“Brigadas de Intervención en Crisis”*;
- 6) Previsiones para la prescripción de medicamentos psiquiátricos;
- 7) Elementos que debe contener el Reglamento para la Estancia en Refugios Temporales, como un mecanismo de auxilio para la salud psicosocial;
- 8) Recopilación de información sobre las acciones de las Brigadas, los pacientes y tratamientos aplicados, que permita generar conocimiento detallado sobre el tema en territorio nacional;
- 9) Derechos y obligaciones de los integrantes de las Brigadas de Intervención en Crisis;
- 10) Definición de infracciones y sanciones por el incumplimiento de disposiciones de la NOM.

Como se observará este es un ejemplo de lo que será la Norma Oficial de atención psicosocial a víctimas de desastres, la cual se revisará, discutirá y aprobará en su caso, por los poderes ejecutivo y legislativo y será publicada, (esperemos en breve) en el Diario Oficial de la Federación, nuestro programa de intervención en crisis, participo en forma proactiva en la realización de esta NOM y así como este ejemplo, es que hemos colaborado en muy diversas iniciativas de bienestar común, donde nuestra experiencia de trabajo,

información, investigación, intercambio, difusión a través de medios de comunicación, ha resultado valorada.

B. Una de las metas a alcanzar a mediano plazo es que esta actividad se vea reflejada en el ámbito académico, donde pensamos proponer nuestro trabajo como una especialidad de la Facultad de Psicología de la UNAM.

C. Otro de los pendientes es formalizar nuestra presencia en nuestra Facultad en particular al contar con un grupo experto de intervención en crisis a través de medios electrónicos y de comunicación, para brindar atención a distancia y en línea a los afectados por algún evento catastrófico, tal iniciativa está en curso actualmente y nos encontramos en la fase de reclutamiento y capacitación de prestadores de servicio social y voluntarios, para operar este ahora llamado Call Center Universitario que prestara servicio a la comunidad estudiantil y a los jóvenes en general que lo soliciten, ya que el Instituto Mexicano de la Juventud IMJUVE y la Dirección General de Orientación y Servicios Educativos DGOSE, proporcionaran becas para los interventores en crisis de este proyecto, en base a la experiencia que adquirimos en el Call Center Virtual de atención a la Influenza en 2009 .

D. Nuestros convenios internacionales en particular con la Universidad de Buenos Aires. UBA, nos ha llevado a desarrollar líneas de investigación en el área de ética en los desastres, donde esperamos poder continuar con el aval de la Secretaria de Relaciones Exteriores y de la Cancillería Argentina para difundir y continuar esta aportación que dados los tiempos actuales es prioritaria.

E. Una de nuestras preocupaciones actualmente, es que nos veamos rebasados por los acontecimientos que cada día se vuelven más significativos y que precisan una respuesta expedita y eficaz por parte de nosotros, por la experiencia sabemos que contamos con un grupo numeroso de colaboradores,

que siempre han estado a la altura de las circunstancias y que sería difícilísimo enumerar a todos y cada uno de ellos, aunque saben que los tenemos muy presentes y que no hay palabras, ni adjetivos para agradecer su generosidad y solidaridad cuando los hemos convocado.

No me resta más que agradecer a quienes nos han apoyado para poder desarrollar este proyecto, que cada día crece más y que nos compromete con la UNAM y con la sociedad en general.

APÉNDICE

1.- Artículo de la agencia española ELMUNDO.es | Madrid. Generada días posteriores al evento en Japón, nos permite evaluar la evolución de la catástrofe. Un terremoto destructivo de magnitud 8,8 ha sacudido la costa noreste de Japón y ha provocado un tsunami con olas de hasta diez metros que ha alcanzado la ciudad de Sendai, donde el agua ha arrasado todo a su paso, incluyendo casas, coches, barcos y granjas y ha llegado a los edificios. También en el noreste del país, las autoridades niponas han declarado la emergencia nuclear después de que la central nuclear de Fukushima Daiichi se viese dañada por el seísmo. En la sala de control de su reactor número 1, se registraba esta noche un nivel de radiactividad 1.000 veces superior a lo normal.

Según la policía local de las zonas costeras próximas a la localidad de Sendai, se han encontrado al menos 351 cuerpos sepultados bajo el agua del tsunami. Pero fuentes policiales hablan ya de más de 1.000 víctimas entre fallecidos y desaparecidos.

Y las alarmas siguen encendidas. De hecho, a las 20.00 horas de España, cuatro de la madrugada, hora local, se ha vuelto a sentir un terremoto de magnitud 6,7 en la zona noroeste del país, justo en la costa opuesta que sufrió el primer seísmo. Concretamente, las ciudades más afectadas han sido Nagano y Niigata, aunque también se ha sentido en Tokio.

Como consecuencia de esta réplica, se ha perdido el contacto con cuatro trenes a lo largo de la costa. El temblor no viene acompañado de una alerta de maremoto como sí ha ocurrido en la costa este.

De hecho, la Agencia Meteorológica de Japón ha emitido una nueva alerta de tsunami para toda la costa oriental del país. Han advertido del riesgo

"importante" de tsunami en Iwate, Miyagi y Fukushima, las provincias más afectadas por el seísmo.

La lengua de agua que se ha sufrido en la costa nipona ha sido más alta que algunas islas del Pacífico. Un barco con 100 personas a bordo ha sido arrastrado por las olas en el noroeste del país y se desconoce la suerte que han corrido los pasajeros.

Además hay dos trenes balas 'desaparecidos', uno en la prefectura de Iwate, en el noroeste, y el otro viajaba entre las ciudades de Sendai e Ishinomak. En ningún caso se conoce el número de pasajeros.

Por su parte, el Ministerio de Defensa dijo que 1.800 viviendas habían sido destruidas en la prefectura de Fukushima, reportó Kyodo.

El temblor, el mayor en Japón en 140 años y el quinto más fuerte en el mundo, según los sismólogos, ha provocado una alerta de tsunami en todas las costas del Pacífico, incluidas las de Australia y Sudamérica.

Pánico en la capital

El temblor ha ocurrido a las 14.46 hora local (6.46 hora española), ha sacudido varios edificios en Tokio y ha paralizado los transportes ferroviarios y por carretera en buena parte del país. El tráfico aéreo también ha quedado interrumpido en los aeropuertos de Narita y Haneda, a la espera de verificar el estado de las pistas. También suspendió los servicios del 'Shinkansen', el tren bala, en todo el país. Todos los puertos japoneses están cerrados.

El epicentro del seísmo estuvo en el Océano Pacífico, a 130 kilómetros de la península de Ojika y una profundidad de diez kilómetros, en la misma zona donde hace dos días ocurrió otro terremoto de magnitud 7,3 que no causó daños.

En la capital nipona el terremoto disparó las alarmas de los edificios e hizo que la gente saliera asustada a la calle, al tiempo que dejó bloqueadas las líneas de los teléfonos móviles.

La televisión local NHK ha emitido imágenes que muestran columnas de humo saliendo de edificios en la isla de Odaiba, en la bahía de Tokio.

La Agencia Meteorológica de Japón ha emitido una alerta de riesgo alto de tsunami con olas de hasta seis metros en Miyagi y de hasta tres metros en Iwate, donde se ha instado a los habitantes que se encuentren cerca de la costa que se adentren en el interior a terrenos elevados. En algunas localidades la advertencia de tsunami sólo llegó un minuto antes por televisión, según informa David Jiménez.

La misma recomendación se ha hecho en las provincias de Fukushima, Ibaraki y Aomori, además de la costa de la provincia de Chiba, colindante con Tokio.

Alerta en las centrales nucleares

Once reactores nucleares han paralizado su actividad y el primer ministro de Japón, Naoto Kan, decretó la alerta atómica, aunque el gobierno asegura que no se han detectado fugas radiactivas en o cerca de las plantas nucleares.

Sin embargo, en la central de Fukushima Daiichi se ha declarado la emergencia nuclear después de problemas con la refrigeración de uno de sus reactores tras el seísmo.

El primer ministro nipón, Naoto Kan, ha pedido a 45.000 personas que evacuen la zona. En las últimas horas, se ha ampliado la zona de evacuación, de tres a 10 kilómetros a la redonda. Al parecer, la sala de control del reactor registra un nivel de radiactividad mil veces superior al normal.

Inicialmente, el ministro de Industria, Banri Kaieda, advirtió de que podría producirse una pequeña fuga radiactiva en esta central, duramente golpeada por

el seísmo. Las autoridades niponas se disponían este viernes a liberar vapor radiactivo para hacer caer la presión que se ha elevado en un reactor. Miles de personas han sido evacuadas.

Asimismo, una segunda central nuclear situada en Fukushima ha reconocido problemas de refrigeración tras el violento seísmo.

Japón, situado en el llamado anillo de fuego del Pacífico, sufre frecuentes terremotos, que raramente causan víctimas debido a las estrictas normas de construcción vigentes en el país.

Tras el terremoto de hace dos días, la Agencia Meteorológica nipona había advertido de que durante una semana podrían producirse réplicas, aunque había estimado una intensidad de 4 en la escala japonés

Hasta aquí las noticias después del sismo, estas son a un mes de la catástrofe donde podemos evaluar las consecuencias y magnitud del mismo .

Un mes de la catástrofe y todo sigue igual

Un minuto de silencio en un refugio en recuerdo de las víctimas. | Efe

El Gobierno ha anunciado que se amplía la zona de evacuación de la planta

El 11 de marzo Japón vivía la mayor catástrofe de su Historia. Un terremoto de magnitud 9 provocaba un devastador tsunami que arrasaba con toda la costa nipona. 13.116 han muerto, 14.377 siguen desaparecidas, y 150.000 no tienen hogar, según el último recuento de la policía.

Pero la mayor preocupación durante estos 30 días ha sido y sigue siendo la situación de la planta nuclear de Fukushima Daiichi, gravemente dañada por el tsunami y el terremoto.

Durante este tiempo se han vivido explosiones, fugas radiactivas, datos erróneos, vertidos al mar, agua contaminada, alimentos con altos niveles de radiación, en definitiva pánico y sobre todo mucha falta de información.

Aunque, el portavoz del Gobierno, Yukio Edano, ha comparecido día tras días para ofrecer un balance de la central, junto a los operadores de la compañía dueña de la central, Tepco, poca ha sido la tranquilidad que han dado sus datos. Primero, porque muchos opinan que han mentido y lo siguen haciendo o por lo menos ocultan información. Y por otro, porque cada vez que daban un dato positivo a las horas la central vivía una nueva crisis.

Lo poco que llegaba de Fukushima, lo hacía a través de los 300 trabajadores que se encontraban y se encuentran allí, y tampoco parece suficiente ya que no tienen prácticamente contacto con el exterior.

La amenaza de una catástrofe nuclear similar a la de Chernóbil (1984) se cernió sobre el mundo. La información que iba llegando tampoco auguraba un futuro mejor para la planta japonesa, aunque desde el Gobierno y Tepco se intentaba transmitir una tensa calma.

Los recipientes contenedores de los reactores están destrozados en el número 1, 2, 3 y 4; los sistemas de refrigeración de las piscinas de combustible no funcionan; las barras de combustible se han fundido en algunos núcleos; los intentos para enfriar los núcleos han inundado los reactores con toneladas de agua radiactiva que se están filtrando al exterior y se teme que las altas concentraciones de hidrógeno produzcan nuevas explosiones.

Según los expertos, la crisis nuclear por la que pasa Fukushima no tiene atisbo de finalizar y advierten que se trata de una carrera contrarreloj de semanas o meses para lograr estabilizar la planta.

"Es obvio que la planta no es capaz de funcionar con normalidad", ha reconocido Edano. Una declaración de intenciones que pasó por anunciar que la central no volvería a reiniciarse y sería desmantelada. El problema es cómo desmantelar algo que es incontrolable. De hecho, hoy Edano ha anunciado que

se amplía la zona de evacuación de la central, que hasta ahora estaba en 20 kilómetros.

Edano dijo que los nuevos planes de evacuación se aplicarán a localidades como Iitate, a 40 kilómetros de la central, y al pueblo de Minami Soma, donde se han medido elevados niveles de radiactividad acumulada.

153.000 personas sin hogar

A la crisis nuclear hay que añadirle la crisis humana que ha generado el temor a la radiación. Familias enteras se han visto obligadas a abandonar sus hogares en los alrededores de la central, y ahora ocupan se hacinan dentro de los más de 2.300 refugios temporales, que albergan a un total de 153.000 personas, y que han sido habilitados por el Gobierno.

En Rikuzentakata, una de las ciudades destruidas, una mujer de unos treinta años sigue buscando entre los escombros de su casa. "Ha pasado un mes y estoy siempre en busca de un objeto personal, ni siquiera encuentro una foto", asegura. "Estoy muy preocupada por qué va a pasar ahora, o el trabajo que puedo encontrar...", añade. Y es que es la economía japonesa la otra gran preocupación. Además de las decenas de miles de personas golpeadas por la catástrofe y del pánico nuclear, el otro gran bache será al que tendrá que hacer frente la economía nipona. La tercera economía más importante del mundo hasta el 11 de marzo y también una de las más endeudadas, tendrá que enfrentarse a unos costes de reconstrucción valorados en 300.000 millones de dólares.

Un dinero con el que habrá que devolver el suministro eléctrico a todas las zonas afectadas, ofrecer ayudas a las empresas que han parado su producción, incentivar la bolsa japonesa frente a los mercados internacionales y sobre todo, reconstruir el país.

Pese a la crisis nuclear, la humana, la energética (270.000 hogares siguen sin luz) y la económica a la que Japón tiene que hacer frente, el pueblo nipón ha demostrado una valía que parece al imposible en otras partes del mundo.

En la capital, Tokio, la vida ha continuado como si no hubiera nada que la frenara, mientras que en las localidades de la costa, las más arrasadas por el terremoto, los supervivientes siguen haciendo gala de una tranquilidad y saber estar propia de los japoneses

Y lo que ahora nos queda dada la naturaleza de este trabajo son las secuelas psicológicas de este devastador desastre

Los sobrevivientes de Hiroshima reviven el horror 65 años después

Alarmados por lo que ocurre en el norte, advierten que “las secuelas psicológicas son para toda la vida”.

Shoso Kawamoto es uno de los pocos sobrevivientes de la bomba atómica que arrasó Hiroshima el 6 de agosto de 1945. El tenía entonces 10 años. La deflagración mató a toda su familia y Shoso bajo condiciones pésimas, quedó de repente solo en el mundo . Se crió en un orfanato bajo unas condiciones durísimas, luego fue aprendiz de zapatero y asistente de cocinero. Pudo salir adelante y hoy es uno de los más activos Voluntarios de la Paz en Hiroshima. “Nadie excepto los que hemos sufrido una radiación a gran escala sabemos qué es eso. Es algo que te deja secuelas psicológicas para toda la vida. El costo es terrible”, explica a Clarín sentado en una sala del museo local. Kawamoto jamás hubiera pensado en que una sensación parecida a la que él vivió hace ahora casi 66 años podría recorrer de nuevo Japón. “Está claro que lo que ocurre en Fukushima trae al recuerdo el drama que sufrimos aquí cuando cayó la bomba atómica. Son dos situaciones muy distintas pero a la vez tienen mucho en común. También en Fukushima hay mucha gente

que tendrá secuelas de por vida”, indica Nakone, guía del museo. La instalación anda hoy más concurrida que de costumbre. La curiosidad por conocer la historia parece haber recuperado fuerza entre los japoneses tras la tragedia que asola el norte del país y tiene a todos los ciudadanos con el corazón encogido. Entre ellos, especialmente, Kawamoto, quien nunca pensó que iba a llegar a ver una crisis nuclear como la que se ha desatado. “Es frustrante volver a ver que una catástrofe ocurre de nuevo, me trae a la memoria muchos recuerdos que ya creía enterrados”, exclama. “Lo único que puedo hacer es animar a todos los afectados. En momentos así hay que ser fuertes y tener confianza en el futuro”.

Mientras habla, le escucha una joven con mucha atención. Es una de los miles de evacuados por el terremoto que han cargado los enseres más básicos y emprendieron camino al sur. “Creemos que nuestro gobierno miente, y por eso hemos decidido venir y quedarnos en Hiroshima unos días hasta que se aclare el problema. Si pasara algo, esta ciudad está llena de gente experta que puede ayudarnos”, dice con el gesto compungido. Como esta joven, centenares de personas acuden a Hiroshima estos días en una especie de peregrinaje del miedo. Aquí se sienten resguardados, lejos del peligro, y en un gesto un tanto paradójico, todos se acercan al parque central de la ciudad para visitar la estructura del edificio que queda en pie. En la calle que bordea el río y cae a los pies del edificio que simboliza el horror de la masacre, el flujo de turistas es continuo. El drama en la central nuclear ha vuelto a poner tan de moda la cuestión en Japón. En realidad, todo el mundo se pregunta hoy qué efectos tendría sobre la población la fusión de uno o varios núcleos en los reactores de la planta de Fukushima. Gobiernos y organizaciones extranjeros hablaron incluso de “apocalipsis” en

caso de que eso ocurriera. ¿Es eso cierto? Nadie tiene la respuesta, pero no hay mejor lugar en el mundo que Hiroshima, 1.000 kilómetros al suroeste de la central nuclear en peligro. “Es imposible que ocurra algo aquí, estamos demasiado lejos”, opina la segunda de las dos jóvenes evacuadas. Aunque para conocer el futuro, nadie mejor que el jefe de Investigación de los Efectos de la Radiación (FIER). Lo primero que recomienda a la gente alarmada por el desastre de Fukushima es mantener la calma: “Está claro que cualquier exposición tiene el efecto de producir daños en el organismo humano, pero las exposiciones de corta duración no tienen por qué ser dañinas. Un cáncer por exceso de cesio no surge por un día de radiación moderada, sino después de meses o años. Se trata de enfermedades latentes”, confirma. “Mis amigos me preguntan siempre lo mismo: ¿si tu hija estuviera hoy en Tokio, le pedirías que huyera o que se quedara? Le diría que si el problema son las radiaciones, entonces no hay motivo para irse”. “Hay que saber gestionar el pánico. Cuando hay una alerta de radioactividad siempre se produce una ola de terror que hay que evitar. Está comprobado que en casi todos los casos, los daños provocados por el caos, tales como accidentes de auto u otros, suelen ser más perjudiciales que la nube tóxica en sí”, prosigue el doctor Evan B. Douple. Para él, las medidas tomadas por el gobierno en cuanto a la protección de la salud de sus ciudadanos son cuanto menos suficientes. “Cuando cayó la bomba nuclear en Hiroshima, muchos de los que estaban a un radio de más de 3 kilómetros del lugar del impacto no sufrieron ninguna enfermedad derivada en el futuro. Así que un perímetro de 30 kilómetros debería ser válido en cuanto a cumplimiento de los estándares”. Las imágenes dantescas de Hiroshima, en las que aparecían personas deambulando sin sentido y gente a quien se le caía la piel a tiras, no tienen por

qué repetirse en caso de que se fundiera Fukushima. “Aquello era una bomba preparada para la destrucción, esto solo es una central nuclear, no tiene esa capacidad” tranquiliza el doctor. No lo está, desde luego, la joven que ha viajado desde Tokio hasta Hiroshima debido al miedo a sufrir radiaciones. Si una cosa sorprende de esta ciudad es que se ha convertido en un centro de peregrinación para todos aquellos que prefieren evitar cualquier riesgo en la catástrofe. “Habrá que tener mucho cuidado. El cesio (elemento principal en las fugas) se deposita en las raíces de la hierba, pasa luego al ganado y de ahí a la leche y los productos lácteos y la carne. Eso precisamente es lo que ocurrió en Chernobyl. Aquí se realizarán cuarentenas en cuanto todo termine. Sin embargo, Fukushima va a tardar muchas generaciones en disponer de un suelo en condiciones para ser sembrado”, aclara el doctor Douple.

REFERENCIAS

- Almaeida C. y Gómez M. (2005). *Las huellas de la violencia invisible*. Barcelona: Ariel.
- Almanza, J.J. (1998) Medio de Comunicación Masiva y Estrés Postraumático. *Psicología Iberoamericana* |, 16 (1), 67-72.
- Alonso F. (1986). *Psicología del terrorismo, la personalidad del terrorista y la patología de sus víctimas*. España: Ediciones científicas y técnicas, S. A.
- Álvarez J. (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. (2006) *Curso de 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. (2006) *Brigada de intervención en Crisis. Material visual de apoyo de la Brigada de intervención en Crisis de la Facultad de Psicología de la UNAM*, trabajo inédito.
- Álvarez, J. M. y Cruz, C.C. (2007). *Mecanismos y herramientas psicológicas para enfrentar una situación de desastre*. (Manual disponible en el Programa de Intervención en Crisis de la Facultad de Psicología, UNAM).

- Álvarez J., Cruz C. y Kleizer G. (2007). Curso-taller mecanismos y herramientas psicológicas para enfrentar una situación de crisis, manual del participante. (Disponible en la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, en el cubículo de la brigada de intervención en crisis).
- Álvarez J. (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).
- American Psychiatric Association (APA). (2000). DMS IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4a. ed. Madrid: Masson.
- Amor, P.J. (2000). Variables sociodemográficas y psicopatológicas en mujeres víctimas de maltrato doméstico. Tesis Doctoral. San Sebastián: Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. UPV.
- Ampudia Rueda (1997) Taller Manejo de Técnicas de Intervención en Crisis. Fac de Psicología. UMAM. Pag (4-10).
- Andrews, B.; Brewin, C.R. & Rose, S. (2003) Gender, Social Support and PTSD in Victims of Violent Crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16(1), 421-427
- Araya, M.C. (1994). Psicología de las emergencias. Chile: Cristian Araya Molina.
- Bautista de Albuquerque José Francisco (1997). Psicología Social y Desastres. Desastres y Sociedad: La RED de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. Enero-Diciembre. No.8 Año.5.
- Bellak y Small (1980). Psicoterapia breve y de emergencia. México: PAX (2ª 2004).

- Belloch, J. (1995) Psicopatología. Tomo II. (117-187)
- Bennasar, M.R. (2002) Trastornos Neuróticos. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. (539-569 / 727-729)
- Benyakar, M. (2003) Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales. Argentina: Biblos.
- Benyakar, M., Lezica, A. (2005). Lo traumático. Clínica y Paradoja. El proceso Traumático. Tomo 1. Argentina: Biblós.
- Bisbey, S. & Bisbey, L.B. (1998) Brief therapy for post – traumatic stress disorder. Chichester, NY. Wiley, 1-44.
- Bleichmar, S. (2010). Psicoanálisis extramuros. Puesto a prueba frente a lo traumático. Argentina: Entre Ideas.
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Revista American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bradley, R.G. & Follingstad, D.R. (2003) Group Therapy in Incarcerated Women Who Experienced Interpersonal Violence: A Pilot Study. *Journal of Traumatic Stress*. 16(4), 337-340.
- Brambati J. (2006). Síndrome General de Adaptación. Tomado de la página electrónica:
<http://encolombia.com/medicina/materialdeconsulta/Suplemento31/Sup>

[lemento31Elsindrome.htm](#), página consultada el día 12 de Septiembre de 2008.

Brand, B.L. & Alexander, P.C. (2003) Coping With Incest: The Relationship Between Recollections of Childhood Coping and Adult Functioning in Female Survivors of Incest. *Journal of Traumatic Stress*. 16(3), 285-293.

Briere, J. (1997). Psychological Assessment of adult posttraumatic states, 25-55.

Bulega, S., Musitu, G., Vera, A., Ávila, M.E., Arango, C. (2009). *Psicología social comunitaria*. México: Trillas.

Buendía, J. y Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*. España: Pirámide.

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

Caballero, J. (2007). La percepción de los desastres: Algunos elementos desde la cultura. *Gestión y Ambiente*, 10 (2), 109-116.

Caballero, M.A.; Ramos, L.& Saltijeral, M.T. (2000) El Trastorno por Estrés Postraumático y otras reacciones en las víctimas del robo a casa. *Salud Mental*, 23(1), 8-17

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

- Camps S., Policastro C. y Vargas S. (2007). La comunicación del desastre. Tomado de la página electrónica:.....
<http://www.sibilacamps.com/sobredesastres/unanecesidad.htm>, página consultada el día 03 de Junio de 2008.
- Campuzano, M., Carillo J. A., Díaz I., Döring R. y Dupont M. A. (1987). Breve interludio teórico, los desastres naturales y sus repercusiones psicológicas. Psicología par caso de desastre. (pp. 45-60). México: PAX.
- Cano, A. (s/f). La naturaleza del estrés. *Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés*. Recuperado en 2 de septiembre de 2008.
www.ucm.es/info/seas/estres_lab/el_estres.htm
- Caplan, G. (1993). Aspectos preventivos en Salud Mental. España: Paidós.
- Caplan, G. (1964). Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires: Paidós.
- Carlson, E.B. & Dutton, M.A. (2003), Assessing Experiences and Responses of Crime Victims. *Journal of Traumatic Stress*. 16(2), 133-148.
- Carlson, N.R. (1999) Fisiología de la Conducta. Barcelona – España: Ariel.
- Cerisola, C. (2003). Resiliencia y Programas Preventivos. Recuperado en 2 de septiembre de 2008. En: <http://www.monografias.com>
- Cícero Betancout, (1998). La Prevención de desastres en México. Fascículo. CENAPRED. UNAM
- Cohen E, Raquel, MD. MPH. (1985). Reacciones individuales ante desastres naturales en Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana. (Vol. 98 2 de febrero de 1985).

Cohen E, Raquel, MD, MPH (2007). Lecciones aprendidas durante Desastre Naturales: 1970-2007. En: <http://raquelcohendisaster.com/Materials/Lecciones%20aprendida.htm>. Recuperado el 4 de septiembre de 2008.

Cohen E, Raquel, MD., MPH (). Técnicas y procedimientos de Intervención Pos desastre disponible para trabajadores Psicosociales para asistir a Sobrevivientes.

En: <http://raquelcohendisaster.com/Materials/TecnicasyProcedimient.htm>. Recuperado el 4 de septiembre de 2008.

Cohen E, Raquel, MD., M.P.H. Programa de salud mental trauma y desastres, para niños y adolescentes y sus familias.

En: <http://raquelcohendisaster.com/Materials/Ninos%20y%20%20Desastre.ppt#71>). Recuperado el 4 de septiembre de 2008.

Cohen E, Raquel, MD, MPH (). Intervención psicosocial en desastres para sobrevivientes. Mini curso autoinstruccional. En: <http://raquelcohendisaster.com/Materials/Minicourse1%20Espanol.ppt>). Recuperado el 4 de septiembre de 2008.

Cohen, J.A.; Berliner, L. & Mannarino, A.P. (2003) Psychosocial and Pharmacological Interventions for Child Crime Victims. *Journal of Traumatic Stress*. 16(2), 175-186.

Cohen, R. (1989). Educación y consultorio en los programas de desastres en: Consecuencias Psicosociales de los Desastres: La Experiencia

Latinoamericana. Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental “Simón Bolívar”. México.

Cohen, R. (1997). Manual de la atención de salud mental para víctimas de desastres. México: Harla.

Cohen, R. (2003). Bioterrorismo, desastres y salud mental. *Revista Psicotrauma*, 2(1), 1-43.

Cohen y Ahearn (1998). Manual de la atención de salud mental para víctimas de desastres. Edit. Harla. México.

Condori, L., Palacios, A. y Ego-Aguirre, V. (2002) Impacto psicológico en el trabajo en emergencias y desastres en equipos de primera respuesta. Sociedad Peruana de Psicólogos de Emergencias y Desastres. Perú.

Cruz Roja Americana (2005) *Worker's Emotional Health*. Emotional health issues for disaster workers, from the American Red Cross. 1(2), 15-23.

Davidson, G. C. Neale, J.M. (2000) *Psicología de la Conducta Anormal*. Limusa Wiley 2a edición, 193-202.

DeViva, J.C. & Bloem, W.D. (2003) Symptom Exaggeration and Compensation Seeking among Combat Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 16(5), 503-507.

DGPCE, (s/f). Dirección General de Protección Civil y Emergencias: Guía didáctica de intervención psicológica en catástrofes.

En: www.proteccioncivil.es/es/DGPCE/ Recuperado el 4 de septiembre de 2008.

- Diario Oficial de la Federación, (1990). Decreto por el que se crea el consejo Nacional de Protección Civil. En: www.proteccioncivil.gob.mx
Recuperado el 4 de septiembre de 2008.
- Díaz–Loving, R. (1998). Contributions of mexican ethnopsychology to the resolution of the etic–emic dilemma in personality. *Journal of Cross–Cultural Psychology*, 29, 104–118.
- Dominguez, T. B. y Olvera, Y. (2005) Clinical Psychophysiology: Cumulative Findings on traumatized Victims (1985-2004). *36 annual Meeting of the association for Applied Psychophysiology and Biofeedback*, March 31-April 3. Austin Texas.
- Domínguez Trejo y cols (2001) Monitoreo Psicofisiológico, Desastres naturales y Estrés Post Traumático. *Biofeedback*. Vol 29 No. 2. 12-1
- Domínguez Trejo y cols (2002) Monitoreo no invasivo de la temperatura periférica bilateral en la evaluación y tratamiento psicológico. *Psicología y Salud*, 11(2) pag. 61-73.
- Domínguez, T. B., Valderrama, I. P., Olvera, L. Y., Pérez, R. S., Cruz M. A. y González S. L. (2002). *Manual para el taller teórico práctico manejo del estrés*. México: Plaza y Valdez.
- Durand, V.M. & Barlow, D.H. (1999) *Abnormal Psychology. An Introduction*. Wadsworth Thomson Learning. (131-137)
- Echeburúa, E. (2005) *Avances en el tratamiento Psicológico de la Ansiedad*, Colección Psicología, Madrid – España: Pirámide.
- Echeburúa, E. (2005), *Superar un trauma el tratamiento de la Víctima en sucesos violentos*, Colección Psicología, Madrid – España: Pirámide.

- Egozcue, M. (2006). *Primeros auxilios psicológicos*. México: Paidós.
- El periódico de México (2008). Gobierno intensifica guerra contra el narcotráfico. Tomado de la página electrónica: <http://www.elperiodicodemexico.com/nota.php?sec=Nacional-Seguridad&id=75905>, , consultada el día 01 de Octubre del 2008.
- El universal (2008). Se desata psicosis en Yucatán por decapitados. Tomado de la página electrónica: http://www.vanguardia.com.mx/diario/noticia/seguridad/nacional/se_desata_sicosis_en_yucatan_por_decapitados/216307, consultada el día 01 de Octubre del 2008.
- European Comision, (2003). *EU Handbook on assistance interventions in the frame of the Community Mechanism for Cooperation in Civil Protection*. Pompiers Moselle, Gobierno de Francia.
- Everly G.S., Mitchell J.T. (2002). *CISM – Stressmanagemente nach kritischen Ereignissen (Manejo del estrés por incidente crítico – en alemán)*. Ediciones Facultas. ISBN 3-85076-560-1
- Falsetti, S.A.; Resick, P.A. & Davis, J.L. (2003) Changes in religious beliefs following Trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 16(4), 391-398.
- Fehr, E. y Renninger, S. (2005) The Samaritan Paradoja. *Scientific American Mind*. 14(5),15-21.
- Fernández, M. J. (2005). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, L. A. y Rodríguez, V. B. (2002). *Intervención en crisis*. España: Síntesis.
- Fita, J. (1999). *Comunicación en Programas de Crisis*. Barcelona: Gestión 2000.

- Flores R. C., Reyes M. R.(2007). Modelo de Intervención en crisis para víctimas de secuestro express: un prototipo multimedia. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J., (2003). Tratamiento del estrés postraumático. España: Ariel.
- Forbes, D.; Phelps, A.J.; McHugh, A.F.; Debenham, P.; Hopwood, M. & Creamer, M. (2003) Imagery Rehearsal in the Treatment of Posttraumatic Nightmares in Australian Veterans with Chronic Combat-Related PTSD: 12-Month follow-up data. *Journal of Traumatic Stress*. 16(5), 509-513.
- Fricker, A.E.; Smith, D.W.; Davis, J.L. & Hanson, R.F. (2003), Effects of Context Question Type on Endorsement of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Traumatic Stress*. 16(3), 265-268.
- Gaffney, M. (2003) Factor Analysis of Treatment Response in Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 16(1), 77-80.
- Gallego, L., Morales, G., Rotger, D. y Prior, C. (2002). *El incremento de la ansiedad en los sujetos componentes de grupos de intervención en crisis y desastres*. En: www.psiquiatria.com/interpsiquis2002/5255
Recuperado el 5 de diciembre de 2008.
- García, G. (2005). Actualidad del trauma. Argentina: Gramma
- García M., Rojas M. y Vargas B. (2001). Psicología clínica y de salud, perspectivas teóricas. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

- García, J. (s/f). Primeros Auxilios Psicológicos para intervenir con personas en Crisis Emocional. En: www.uaq.mx/psicologia/lamision/primeros_auxilios.html Recuperado el 17 de junio de 2008.
- García, R., Gil, B.M. y Valero, V.M. (2007). Psicología y desastres: aspectos psicosociales. España. Universitat Jaume.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo*. España: Pirámide.
- Golding, J.M.; Wilsnack, S.C. & Cooper, M.L. (2002) Sexual Assault History and Social Support: Six General Population Studies. *Journal of Traumatic Stress*. 15(3), 187-197.
- González I. y Caballero E. (2008). Atentados en Morelia dejan siete muertos. **Tomado de la página electrónica:** <http://www2.esmas.com/noticierostelevisa/mexico/012919/atentados-morelia-dejan-siete-muertos>, página consultada el día 18 de Septiembre del 2008.
- González de Rivera, J.L. (1990) El síndrome de estrés post-traumático (SEPT). *Psiquis España*, 11(8), 11-24.
- Guillen, J. y Tinajero, L. (2007) *Síndrome de desgaste profesional o Burnout en voluntarios de la Cruz Roja del Estado de México*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gutiérrez, C., Quaas, R. (2005). *Sismos*. Centro Nacional de Prevención de Desastres. México: SEGOB.

- Halabe Cherem, J. & Saita Kamino, O. (1999) Temas de Medicina Interna. Estrés y manifestaciones clínicas. Asociación de Medicina Interna de México.V,(3) McGraw Hill Interamericana.
- Halgin, R. P., Whitbourne, S. K. (2004). Psicología de la anormalidad. Perspectiva clínica sobre desórdenes psicológicos. México: Mc Graw Hill.
- Hamad, H. (1994) Neuro-imagen funcional en Psiquiatría II: trastornos afectivos, de ansiedad y obsesivo-compulsivos, Psiquis 15(9), 11-21.
- Harvey, J.H., Pauwels, G. (2000) Post – traumatic Stress Theory
- Helzer, J.E., Robins, L. N. y McEvoy, L. (1987). Post traumatic stress disorder in general population; Findings of the epidemiologic catchment area survey New England. Journal of Medicine, 317, 1630-1634.
- Hembree, E.A. & Foa, E.B. (2003) Interventions for Trauma-Related Emotional Disturbances in Adult Victims of Crime. Journal of Traumatic Stress, 16(2), 187-199.
- Hernández, A. (2002) Conducta Altruista vs Conducta prosocial: ¿Por que a veces ayudamos a las personas y otras veces no? Revista de psicología social. 52(1), 103-110.
- Hernández-Guzmán, L. (1985). El cuidado de la Salud Mental en menores en situaciones de desastre. Manual de Procedimientos. Facultad Psicología, UNAM. México.
- Hewitt N., Gantiva, C. A., (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva Psicol. Latinoam. 27(1)

HRB (Human Resources Branch). (1997). *Resource Guide for Critical Incident Stress and Debriefing in Human Service Agencies*. State Government of Victoria, Australia. Department of Human Service.

En: <http://www.dhs.vic.gov.au> Recuperado el 6 de febrero de 2009.

INACIPE (2002) Seminario: introducción a la atención de víctimas de secuestro. México, Col. Victimológica. (81-93)

Izazaga, M. A. (2008). *Validación de la escala Mexicana de desgaste ocupacional (EMEDO): Relación entre aspectos psicosomáticos y burnout*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Jenkins, S.R. & Baird, S. (2002) Secondary Traumatic Stress and Vicarious Trauma: A Validation Study. *Journal of Traumatic Stress*. 15(5), 423-432.

Johnson, D.M.; Zlotnick, C. & Zimmerman, M. (2003) The clinical relevance of a Partial Remission Specifier for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 16(5), 515-518.

Kaplan & Sadock. (1982) *Tratado de Psiquiatría*. 2ª edición, tomo 1. Masson – Salvat, Medicina.

King, King, Sharkansky y cols (2001). El desorden de estrés Post traumático y el Reporte Retrospectivo de la exposición al Estresor : Un modelo de predicción longitudinal. *Journal of abnormal PsychoElogy* 110 (3) 100-109.

Koenen, K.C.; Lyons, M.J.; Goldberg, J.; Simpson, J.; Williams, W.M.; Toomey, R.; Eisen, S.A.; True, W. & Tsuang, M.T. (2003) Co-Twin Control Study

of Relationships among Combat Exposure, Combat-Related PTSD, and others mental disorders. *Journal of Traumatic Stress*.16(5), 433-438.

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

Kramer, T.L.; Booth, B.M.; Han, X. & Williams, D.K. (2003) Service Utilization and Outcomes in Medically ILL veterans with Posttraumatic Stress and Depressive Disorders. *Journal of Traumatic Stress*. 16(3), 211-219.

Kubany, E.S.; hill, E.E.; Owens, J.A. (2003) Cognitive Trauma Therapy for Battered Women With PTSD: Preliminary Findings. *Journal of Traumatic Stress*. 16(1), 81-91.

Kurian Fastlicht, S. (2001) Taller de Detección y Manejo de Desórdenes de Estrés Post-traumático (DEPT). Diagnóstico y tratamiento utilizando el Inventario de Eventos Traumáticos a través de la Etapa Vital (ETEV). *Psicología Iberoamericana*. 9(4) 21-28.

ELa Greca, Annette, Prinstein, Mitchel (2002) Helping children cope with disasters and terrorism. American Psychological Association. Washington, DC, US: (107-138) 446pp

Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y Procesos Cognitivos*. México: Planeta.

Ley General de Protección Civil, (2007). *Gaceta Oficial de la Federación* del 23 de febrero de 2007.

- Ley de Protección Civil para el Distrito Federal, (2007). Gaceta Oficial del Distrito Federal del 8 de noviembre del 2007.
- Lifton, R. J. (2000). *Destroying the World to Save It: Aum Shinrikyo, Apocalyptic Violence, and the New Global Terrorism*. Estados Unidos de América: First Owl Books.
- Linley, P.A.; Joseph, S.; Cooper, R.; Harris, S. & Meyer, C. (2003) Positive and negative changes following Vicarious Exposure to the September 11 Terrorist Attacks. *Journal of Traumatic Stress*. 16(5), 481-485.
- Lopes Cardozo, B.; Kaiser, R.; Gotway, C.A. & Agani, F. (2003) Mental Health, Social Functioning, and Feelings of Hatred and Revenge of Kosovar Albanians one year after War in Kosovo. *Journal of Traumatic Stress*. 16(4), 351-360.
- Lorente, F., Font, S. y Villar, E. (2005) La formación en primeros auxilios psicológicos y emergencias en el título de grado en psicología. *Revista de Enseñanza de la Psicología: Teoría y Experiencia*, 1 (1).
- Losada P. (2004). Función y perfil profesional del psicólogo como recurso humano en catástrofes. Tomado de la página electrónica: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/perfil_psicologo_emergencia_y_desastres_paloma_losada_1.pdf, consultada el día 15 de Mayo del 2008.
- Lozano, G. M. (2008). *Relación entre el síndrome de desgaste ocupacional (Burnout) y trastornos psicósomáticos en una muestra de trabajadores mexicanos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Macias P. A. (2007). Taller para interventores en crisis y/o personal de primer contacto para la atención en víctimas de un desastre. Tesina de licenciatura inédita. Universidad Autónoma de México, México.
- Mann, P. (1978). *Community psychology*. New Cork: The free press.
- Marcuello, A. (2006). *Intervención psicológica inmediata en catastrofes*. En: www.psicologia-online.com/articulos/2006/psicologica_catastrofes.shtml
Recuperado el 16 de septiembre de 2008.
- Marín, H. (2008). *Psicología de la emergencia: comportamiento humano antes, durante y después de emergencias*.
<http://www.iigov.org/ss/article.drt?edi=307068&art=348132>
Recuperado en 14 de junio de 2008.
- Martínez, O. (2004). *La crisis de ansiedad, pánico o angustia*. En: <http://www.geocities.com/hotsprings/6333/>
Recuperado en 26 de noviembre de 2008
- Martínez, S. (2004) *Estrés laboral*. España: Prentice Hall.
- Manciaux M. (2001). La resiliencia: resistir y rehacerse. España: Gedisa.
- Mansilla E. (1993). Desastres y sociedad. **Tomado de la página electrónica:** Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina <http://www.desenredando.org>, página consultada el día 20 de Junio de 2008.
- Mauren I. (2005). Intervención Psicológica en situaciones de crisis. **Tomado de la página electrónica:** <http://www.apacp.org.br/art158.html>, página consultada el día 12 de Agosto del 2008.
- McCrone, P.; Knapp, M. & Cawkill, P. (2003) Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in the Armed Forces: Health Economic Considerations. *Journal of Traumatic Stress*. 16(5), 519-522.
- Melillo, A. (2002). Resiliencia. *Revista de Psicoanálisis: Ayer y hoy*, 1.

- Mendoza, V. M. (2004). *Síndrome de Burnout en médicos internos y residentes en relación con género y exigencias laborales*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Milanez, H. M. (2005). *Estrés, satisfacción laboral, y permanencia en el empleo en bomberos del Estado de México y del Estado de Hidalgo*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Miller, L. y Smith, A. (2007). *Los distintos tipos de estrés*. Centro de apoyo de la Asociación Americana de Psicología. En: www.centrodeapoyoapa.org/articulos/pdf.php?id=21 Recuperado el 4 de septiembre de 2008.
- Miller, L. (1998) *Shocks to the system: psychotherapy of traumatic disability syndromes*. NY- London. W. W. Norton & Company.
- Minnen, A.V. & Hageraars, M. (2002) *Fear Activation and Habituation Patterns as Early Process Predictors of Response to Prolonged Exposure Treatment in PTSD*. *Journal of Traumatic Stress*. 15(5), 359-367.
- Mitchell J.T., Everly G.S. (2001). *Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual for CISD, Defusing and other Group Crisis Intervention Services* (inglés). Chevron Publishing Corporation, Ellicott city.
- Mitchell, J. T. (1986). *Living dangerously. Why firefighters take risks*. *Firehouse*. 11(8) 50-51; 63.
- Mitchell, J. T. (1989). *Apoyo psicológico para el personal de rescate en: Consecuencias Psicosociales de los Desastres: La Experiencia Latinoamericana*. Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental “Simón Bolívar”. México.

- Monsiváis C. (1999). Notas sobre la violencia urbana. Tomado de la página electrónica: <http://www.letraslibres.com/index.php?art=5795>, página consultada el día 30 de Mayo de 2008.
- Montero, M. (2007). *Hacer para transformar: El Método en la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Morales, G., Gallego, L. y Rotger, D. (2008). Entre crisis, traumas y burnout. *Revista Cuadernos de Crisis*, 2, (7).
- Moreno, J. B., González, G. J. y Garrosa H. E. (1999). Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 4 (3), 163-180.
- Moreno Vela, J. Pedreira Massa, J.L. (1999) Trastorno de estrés postraumático en la infancia y la adolescencia: formas clínicas de presentación. *Psiquis*, 20(6), 221-234.
- Murphy, S.A.; Johnson, L.C.; Chung, I.J. & Beaton, R.D. (2003) The prevalence of PTSD following the Violent Death of a Child and Predictors of Change 5 years later. *Journal of Traumatic Stress*. 16(1), 17-25.
- Myers, D. (1995) *Psicología Social*, México: Mc. Graw Hill
- Obst, J. (2008). *La terapia cognitiva. Integrada y actualizada*. Buenos Aires: Paidós.
- Olvera Y., Domínguez B. y Cruz A. (2002). *Inteligencia emocional, manual para profesionales en el ámbito industrial*. México: Plaza y Valdes.
- OMS, (1990). *Organización Mundial de la Salud: La Introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*. España: Gráficas Reunidas.

- OPS, (1989). Organización Panamericana de la Salud. Consecuencias Psicosociales de los Desastres: La Experiencia Latinoamericana. *Monografías clínicas* No. 2. Chicago.
- OPS, (2002). Organización Panamericana de la Salud. Protección de la Salud Mental en situaciones de desastre y emergencias. Guía sobre desastres No. 1. Washington.
- OPS, (2004). Organización Panamericana de la Salud. *Manejo de cadáveres en situaciones de desastre*. No. 5. Washington.
- OPS, (2006). Organización Panamericana de la Salud: *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*. Washington.
- En: www.paho.org/desastres Recuperado el 4 de septiembre de 2008.
- Orengo – García, F., Rodríguez, M., Lahera, G. & Ramírez, G. (2001) Prevalencia y tipos de Trastorno por Estrés Postraumático en población general y psiquiátrica., *Psiquis* 22(4), 169-176.
- Orlandini Alberto (1996). El estrés: Qué es y cómo evitarlo. Edit. Fondo de Cultura Económica. México.
- Páez, D., Fernández, I., & Martín Beristain, C. (2001). Catástrofes, traumas y conductas colectivas: procesos y efectos culturales. In C. SanJuan (Ed.), *Catástrofes y ayuda en emergencia: Estrategias de evaluación, prevención y tratamiento* (pp. 85-148). Barcelona: Icaria
- Palacios, L., Heinze, G. (2002) Trastorno por Estrés Postraumático: una revisión del tema (1ª parte). *Salud Mental* 25(3), 19-26.

- Palacios, L., Heinze, G. (2002) Trastorno por Estrés Postraumático: una revisión del tema (2ª parte). *Salud Mental*, 25(5), 61-71.
- Pallarés Mollín, E. (2002) *La Ansiedad. ¿Qué es? Problemas. ¿Cómo manejarla?* Ediciones Mensajero, España.
- Pantin, Hilda y cols (2003). Posttraumatic Stress Disorder symptoms in hispanic immigrants after the september 11 th attacks: Severity and relationship to previous traumatic exposure. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 25(1) Feb,56-72.
- Parada, E. (coord.) (2008). *Psicología y emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. España: Descleé de Brouwner.
- Pennebaker., J. (1997) Writing About Emotional Experiences as a Therapeutic Process. *Psychological Science*. 8(3), 162-166.
- Perren-klinger, G. (2003). *Diebrieking Modelos y aplicaciones*. Institut Psychotrauma.
- Pérez, M. (2001). Voluntariado en la Cruz Roja: Prestando ayuda. El programa de apoyo psicológico para afectados por las situaciones críticas. *Intervención psicosocial: Revista sobre igualdad y calidad de vida*, 10 (2).
- Pfefferbaum. B, Call. J, Lensgraf. S. Miller y cols (2001) Traumatic grief in convenience sample of victims seeking support services after a terrorist incident Source. *Annals of Clinical Psychiatry*. 13(1).

- Pfefferbaum.B, Seale, Thomas W; McDonald, cols (2001) Posttraumatic stress two years after the Oklahoma City bombing in youths geographically distant from the explosion. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*. 63(4).
- Pole, N.; Neylan, T.C.; Best, S.R.; Orr, S.P. & Marmar, C.R. (2003) Fear-Potentiated Startle and Posttraumatic Stress Symptom in urban police officers. *Journal of Traumatic Stress*. 16(5), 471-479.
- Poseck B. V. (2004). Resistir y rehacerse: una reconceptualización de la experiencia traumática desde la Psicología Positiva, Personalidad resistente, resiliencia y crecimiento postraumático. España: Gedisa
- Puzicha K.J., Hansen D., Weber W.W. (2001). *Psychologie für Einsatz und Notfall (Psicología para operaciones de rescate y urgencias – en alemán)*. Bernard & Graefe Verlag ISBN 3-7637-6216-1.
- Pyeovich, C.M.; Newman, E. & Daleiden, E. (2003) The relationship among Cognitive Schemas, Job-Related Traumatic Exposure, and Posttraumatic Stress Disorder in Journalists. *Journal of Traumatic Stress*. 16(4), 325-328.
- Raffo, S. (2005). *Intervención en Crisis. Apuntes para uso exclusivo de docencia. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Campus Sur. Universidad de Chile.*
- Rodríguez L. (1988). *Victimología, estudio de la víctima*. México: Porrúa. (8a Ed. 2003).
- Rojas E. (1998). *La ansiedad, como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. Temas de hoy: España.

- Romera J. M. (2007). El aprendizaje del dolor. **Tomado de la página electrónica:**<http://www.hoy.es/20071231/sociedad/aprendizaje-dolor-20071231.html>, página consultada el día 10 de Junio del 2008.
- Romero, H. A. (2005). *Desastres naturales y estrés postraumático: Una propuesta de intervención a personal de ayuda humanitaria*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rosas, T. N. (2004). *El trastorno de estrés postraumático: Una revisión bibliográfica*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rothbaum, B.O.; & Mellman, T.A. (2001) Dreams and Exposure Therapy in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 14(3). 481-490.
- Sainz Sosa, G. 2000 Desastres Naturales y TPEP. *Psicología Iberoamericana*, 8(2)
- Sanmartín J. (2000). *La violencia y sus claves*. Barcelona: Ariel. (3a Ed. 2001).
- Savak R., Ponce A., Huertas M. A., Horikawa C., Tolosa P. D., Zukerfeld R. Z. y Zukerfeld R. (2007) Desarrollo resiliente y redes vinculares.
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en Crisis. Manual para práctica e investigación*. México: Manuel Moderno.
- Solloa García, L.M. (2001) Los Trastornos Psicológicos en el Niño. México, Editorial Trillas. (189-227)
- SPCDF, (2008). Secretaría de Protección Civil del Distrito Federal. *Historia de la Protección Civil*. En: www.proteccioncivil.df.gob.mx
Recuperado el 4 de septiembre de 2008.

- Sue, D. Sue, D. Sue, S. (1996) *Comportamiento Anormal*. México: McGraw Hill.
- Everstine, D. S., Everstine, L. (2000). *Personas en Crisis. Intervenciones terapéuticas estratégicas*. Colombia: Pay
- Taboada, M. (1998). Eventos traumáticos y reacciones de estrés: Identificación y manejo en una situación de desastre natural. *Revista Electrónica de Psiquiatría*, 2, 4, Diciembre.
- Tellez, A. (2001). *Niveles de estrés y ansiedad en el personal médico, paramédico y de enfermería de la Cruz Roja Mexicana*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Thompson, C. (1950) *El Psicoanálisis*. Breviarios del Fondo de Cultura Económica.
- Thompson, J. (1991). *Consecuencias Psicológicas de una guerra nuclear*. México: Trillas.
- Thompson, K.M.; Crosby, R.D.; Wonderlich, S.A.; Mitchell, J.; Redlin, J.; Demuth, G.; Smyth, J. & Haseltine, B. (2003) Psychopathology and Sexual Trauma in Childhood and Adulthood. *Journal of Traumatic Stress*.16,(1), 35-38.
- Tirapu, J. Alcaiza, C. Arrondo, A. Górriz, F. Hernández, R. Lapeña, P. & Lorea, I. (2001) Tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático mediante la desensibilización por movimientos oculares. *Psiquis*, 22(2). 80-88.

- Universidad de Buenos Aires (año). International Bioethical Information System, IBIS. Programa de la Universidad de Buenos Aires para la ciencia y la tecnología. Inédito.
- Valero, S. (2008). *Psicología en emergencias y desastres una nueva especialidad*. En: www.monografias.com/trabajos10/emde/emde.shtml
Recuperado el 14 de junio de 2008.
- Valero, S. (2008). *Protección de la salud mental en los equipos de respuesta*. En: <http://www.helid.desastres.net/?e=d-000who--000--1-0--010---4-----0--0-10l--11en-5000---50-about-0---01131-001-110utfZz-8-0-0&a=d&c=who&cl=CL4&d=Js13489s.8>
Recuperado el 14 de junio de 2008.
- Van der Kolk (2000). *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsgrundsätze (Fundamentos y Principios de tratamiento – en alemán)*. Jünfermann.
- Vázquez, C. y Pérez, P. (2003). *Emociones positivas, trauma y resistencia*. *Revista Ansiedad y estrés*, 9, 2-3.
- Velasco Rosas, R. (2002) *Psicología del secuestro*. *Psicología Iberoamericana*, 10(1),
- Vera, B. (2004). *La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático*. *Revista Papeles del Psicólogo*, 27 (1).
- Vera, B. (2004). *Resistir y rehacerse: Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la Psicología Positiva*. *Psicología Positiva*, 1.
- Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M. (2006). *La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático*. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49

- Virues, R. (2005). Estudio sobre ansiedad. *Revista electrónica psicologiacientifica.com*
En: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-69-estudio-sobre-ansiedad.pdf>
- Weaver, J. (s/f). *Defusing and Debriefing & Psychological First Aid*.
En: <http://www.eyeofthestorminc.com/>. Recuperado el 5 de noviembre de 2008.
- Yoshihama, M. & Horrocks, J. (2003) The relationship between Intimate Partner Violence and PTSD: An application of Cox Regression with Time-Varying Covariates. *Journal of Traumatic Stress*. 16(4), 371-380.
- Zoellner, L.A.; Goodwin, M.L. & Foa, E.B. (2000) PTSD Severity and Health Perceptions in Female Victims of Sexual Assault. *Journal of Traumatic Stress*. 13(4), 635-649. <http://www.amazon.com/Destroying-World-Save-Shinrikyo-Apocalyptic/dp/0805065113>.