



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS PARA PERSONAS
AFECTADAS POR EL VIRUS DE INFLUENZA (A H1N1)**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:
ANGÉLICA BERENICE GONZÁLEZ VALENCIA**

**DIRECTORA DE LA TESINA:
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA**



® Facultad
de Psicología

Ciudad Universitaria, D.F.

Junio, 2013.



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.



AGRADECIMIENTOS

Si bien desde que inicié esta meta ya quería llegar a los agradecimientos, hoy que estoy escribiéndolos observo que hacen falta palabras para decir, describir y mencionar a todas estas grandes personas que forman parte de mí, que siempre han estado para demostrarme su apoyo, que valoro lo importantes que son, lo mucho que me han enseñado y sobre todo que me hacen inmensamente feliz.

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por hacer de mí una profesional con ética y valores. A la Facultad de Psicología quien me ha dotado de los conocimientos necesarios para desempeñarme dentro de esta bella profesión. Y a la División de Educación Continua por el apoyo, constancia y empeño que ponen para lograr esta meta.

Asimismo, agradezco a mi asesora, la Dra. Mariana Gutiérrez Lara que en todo momento me estuvo inspirando, motivando y apoyando para la realización de este logro.

Al Mtro. Jorge Álvarez Martínez a quien le guardo un profundo respeto y toda mi admiración por regalar tanto conocimiento y por la oportunidad que me dio para crecer dentro del ámbito profesional.

A mis padres más que agradecer les dedico este logro por su entrega, su educación y todo su amor, pero ante todo por brindarme lo más importante que tengo que es la vida. Gracias papá por hacer de mi la persona que ahora soy, por enseñarme a expresar todo lo que siento y pienso, además de enseñarme que en esta vida no hay imposibles. Gracias mamá por hacer de mi siempre una mejor persona, por tenerme tanta fe y confiar en mis capacidades pero sobre todo por llenarme de tanto amor expresado día a día en todo lo que hago.





A mi hermanito que amo tanto por las lecciones de vida que me da paso a paso, por su apoyo, su ejemplo y su nobleza que me contagia y me hace alcanzar mis sueños. Por ser mi hermanito de toda la vida, siempre juntos e inseparables. Gracias Alma porque ahora tú eres como una hermana.

A mi amor a quien amisimísimo infinitamente por ser uno de los motores más importantes para lograr esta meta, por dotarme de la fuerza necesaria, por ayudarme y ser mi inspiración, por mostrarme que lo apasionante del ser y hacer vive en la actitud y la perspectiva de la ver las cosas, pero sobre todo por hacer que cada día tenga sentido... por amarme tanto, tanto.

A mi abuelita Chuchita por toda su paciencia y sus sonrisas, por la educación que me dio y por enseñarme que las risas son el alimento de cada día. Chuchis gracias por compartir conmigo las miles de historias fabulosas, la experiencia y todo tu cariño. Pero sobre todo gracias por nutrir de bellos momentos mi infancia.

Agradezco a las personas que ya no están pero que viven en mi corazón y mis recuerdos, a mis abuelitos. A mi abuelito Juan por enseñarme a dar siempre lo mejor de mí y hacer bien todo lo que me proponga. A Aurorita por hacer posible lo imposible.

A la Coordinación de Atención Psicosocial y a todos sus integrantes por el gran equipo de trabajo que éramos, por el apoyo y el aprendizaje. Por los grandes momentos y experiencias que vivimos.

Gracias a mis compañeras de vida y amigas que siempre han estado aquí: Belem, Claudia, Haide, Karla, Mon, Yami y a todos aquellos que me escucharon, compartieron, alentaron, cuestionaron y estuvieron presentes en este proceso tan importante.

LOS AMO TANTO.

BERENICE





Porque la vida está hecha de significantes...

“Cuando algún evento extraordinario ocurre en la vida... cuando tiene lugar una crisis, y todo se convierte en algo trascendente, entonces es cuando las personas deseamos estar allí, porque estas son las cosas que nos forman”.

-Soren kierkegaard.

“El mundo destroza a cualquiera... y posteriormente, algunos son fuertes aun en partes desechas”.

-Hemingway.

“Incluso aun cuando trates de evitar el sufrimiento innecesario, llegará irremediamente el dolor... Si los beneficios del sufrimiento te parecen hipotéticos o incluso ridículos, pregúntate si aprendiste y evolucionaste más durante las épocas tranquilas de tu vida, o si los saltos espectaculares tuvieron lugar durante los periodos de adversidad... Es durante la adversidad cuando evolucionamos con mayor prontitud.

-Michel Lerner.

“Si las personas han sido capaces de sobrevivir dichas experiencias y han tenido el valor suficiente para contarlas, nosotras deberíamos ser capaces de escucharlas”.

-Rubin & Bloch



MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS PARA PERSONAS AFECTADAS POR EL VIRUS DE INFLUENZA (AH1N1)



Índice

Contenido	Pág.
Resumen	1
Introducción	2
Contexto Laboral	3
Antecedentes	
Misión, visión, atribuciones y apoyos del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF-DF)	
Descripción de la “Coordinación de Atención Psicosocial en Situación de Crisis”	
Organigrama institucional	
Espacio de intervención	
Plantilla laboral	

CAPÍTULO UNO. INTERVENCIÓN EN CRISIS

1.1 Crisis	15
1.1.1 Principales características	
1.1.2 Tipos de crisis	
1.1.3 Fases de una crisis	
1.1.4 Personas como sistemas	
1.1.5 Respuesta ante la crisis	
1.1.6 Personas afectadas	
1.2 Intervención en crisis	20
1.2.1 Antecedentes históricos	
1.2.2 Objetivos de la intervención en crisis	
1.2.3 Estrategias y recursos técnicos fundamentales de la intervención en crisis	
1.2.4 Qué hacer y qué no hacer durante la intervención en crisis	
1.2.5 Modelos de intervención en crisis	





1.3 Intervención de primera instancia: Primeros Auxilios Psicológicos	27
1.3.1 Principios técnicos utilizados en la primera ayuda psicológica	
1.3.2 Metas	
1.3.3 Cinco componentes de los primeros auxilios Psicológicos	
1.4 Intervención de segunda instancia: terapia para crisis	30
1.4.1 Técnicas de terapia para crisis:	
1.4.1.1 Debriefing	
1.4.1.2 Técnicas de relajación y respiración	
1.4.1.2.1 Relajación progresiva	
1.4.1.2.2 Respiración diafragmática	
1.4.1.2.3 Imaginería guiada	
1.4.1.2.4 Escritura emocional autoreflexiva	

CAPÍTULO DOS. EL VIRUS DE INFLUENZA (A H1N1) COMO CRISIS CIRCUNSTANCIAL

2.1 Crisis circunstanciales	38
2.1.1 Características principales	
2.2 El virus de influenza (AH1N1)	38
2.2.1 Orígenes y síntomas del virus de influenza (A H1N1)	
2.2.1.1 Brote de la enfermedad	
2.2.1.2 Manifestaciones clínicas	
2.2.1.3 Poblaciones en riesgo	
2.2.1.4 Medidas preventivas	
2.3 Repercusiones psicológicas por el virus de influenza (AH1N1)	42
2.3.1 Enfermedad	
2.3.2 Muerte	
2.3.3 Estigmatización	
2.3.4 Discriminación	
2.3.5 Falta de contacto afectivo	
2.3.6 Trastorno por estrés postraumático	





2.4 Estrategias de solución	48
2.4.1 Afrontamiento	
2.4.2 Apoyo Social	
Procedimiento (Modelo de Intervención en Crisis)	51
Justificación	
Objetivo	
Modelo de intervención en crisis	
Metodología:	
Fases de intervención	
Lugar y Población	
Análisis y evaluación	66
Personas fallecidas y deudos	
Personas contagiadas y sus familias	
Apoyo psicológico	
Apoyos sociales	
Factores que influyen durante la intervención	
Conclusiones	76
Referencias	80
Anexos	83



MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS PARA PERSONAS AFECTADAS POR EL VIRUS DE INFLUENZA (A H1N1)



RESUMEN

El modelo de intervención en crisis para personas afectadas por el virus de influenza (A H1N1) muestra la importancia de la intervención inmediata ante situaciones críticas mediante la contención emocional, la aplicación de los primeros auxilios psicológicos, *debriefing* y técnicas de relajación, con la finalidad de prevenir o mitigar el trastorno por estrés postraumático, haciendo frente a las repercusiones psicológicas de la enfermedad. Además de sensibilizar en la importancia de contar con un programa a nivel gubernamental que; atienda y acompañe a la población ante situaciones críticas, que de seguimiento a cada caso atendido, que evalúe la intervención mediante la propuesta de siete indicadores y que proporcione la atención necesaria para el personal que interviene en este tipo de situaciones críticas.

Palabras clave: Intervención en crisis, virus de influenza (A H1N1), primeros auxilios psicológicos, *debriefing*, técnicas de relajación y trastorno por estrés postraumático (TEPT).

ABSTRACT

The intervention in crisis model for damaged people by influenza virus (A H1N1) shows the importance immediate intervention towards critical situations by emotional contention, the application of the first psychological assistance, debriefing and relaxation techniques, to prevent or mitigate the posttraumatic stress disorder (PTSD) , facing the psychological repercussions of the disease. Besides sensitize the importance of having a governmental level program to assist the people towards critical situations, giving continuity to each assisted case, having the evaluation of the intervention by the proposal of seven indicators and giving the necessary attention to the personnel involved in this type of criticism situations. 101

Key words: Intervention in crisis, influenza virus (A H1N1), first psychological assistance, debriefing, relaxation techniques and posttraumatic stress disorder (PTSD).





INTRODUCCIÓN

En la actualidad se viven sucesos de índole inesperada que dejan un severo impacto psicológico a cientos de personas, familias y comunidades. Un ejemplo de las crisis circunstanciales vividas en los últimos años dentro de la Ciudad de México han sido: la acumulación de gas en instalaciones de PEMEX (2013), las inundaciones en la colonia El Arenal (2010), el accidente aéreo en Reforma (2008) el operativo fallido en la discoteca New's Divine (2008) y finalmente, solo por mencionar sucesos en los que me ha tocado participar priorizando la atención desde al ámbito psicológico, el contagio por el virus de influenza (A H1N1) vivido en el 2009. En donde la amenaza no sólo fue a nivel distrital sino a nivel mundial ya que miles de personas perdieron la vida y millones tuvieron repercusiones psicológicas por el contagio, siendo ésta una de las razones principales que más destaca el presente modelo de intervención en crisis.

Debido a este tipo de sucesos y sus repercusiones es importante priorizar en intervenciones breves e inmediatas mejor llamadas intervención en crisis. Si bien muchos países ya cuentan con modelos establecidos para hacer frente a este tipo de situaciones, la Ciudad de México no cuenta con ninguna institución, un programa, un modelo o un grupo reconocido que se encargue de atender la emergencia emocional por lo que el presente modelo ofrece un amplio panorama de intervención culminando con una propuesta de evaluación.

Además, se ilustra paso a paso la forma en que se realizó la intervención, el contexto desde donde se desarrolló, el tipo de afectación que presentó la población dividida en dos grandes grupos: deudos y personas contagiadas, así como los resultados obtenidos de cada grupo y la atención psicosocial proporcionada.

Finalmente la presentación del modelo concluye con la relevancia de la actualización y especialización en este tema debido a que la mayoría de las personas que se atienden se encuentran en crisis. Por lo que al realizar una contención, al aplicar los primeros auxilios psicológicos oportunamente e implementar diferentes técnicas de relajación permitirá generar mayor estabilidad emocional de forma tal que disminuya el estrés postraumático, se genere una oportunidad de fortalecimiento para afrontar la situación, previniendo así trastornos de ansiedad y trastornos de estrés postraumático.





CONTEXTO LABORAL

ANTECEDENTES

A partir de la aparición de la epidemia por influenza causada por el virus A H1N1 en el Distrito Federal, el jefe de gobierno, Marcelo Ebrard Casaubón hace constatar en la gaceta oficial del 4 de mayo de 2009 el acuerdo por el que se constituye la Comisión de Apoyo a las Víctimas de la Influenza causada por el virus A H1N1 en el Distrito Federal, la cual sería coordinada por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Distrito Federal (DIF-DF) con la finalidad de reforzar la atención a las personas contagiadas por la epidemia y sus familiares, en materia de salud, seguridad pública, apoyo social y los sectores productivos afectados. Apoyándose en las siguientes dependencias del gobierno:

- I. La Secretaría de Salud;
- II. La Secretaría de Protección Civil;
- III. La Secretaría de Desarrollo Económico;
- IV. La Secretaría de Finanzas;
- V. La Secretaría de Trabajo y Fomento al Empleo;
- VI. La Consejería Jurídica y de Servicios Legales;
- VII. La Procuraduría General de Justicia;
- VIII. La Oficialía Mayor;
- IX. El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, a través de la Dirección Ejecutiva de Apoyo de la Niñez, quien coordinó los trabajos;
- X. La Coordinación General del Gabinete de Gobierno y Seguridad Pública; y
- XI. Las demás dependencias, órganos desconcentrados, delegaciones o entidades que determine la comisión, en atención a la materia y a notificación expresa que se realice.

MISIÓN, VISIÓN, ATRIBUCIONES Y APOYOS DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF-DF)

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF-DF, (2013) tiene como misión “El compromiso de fortalecer y satisfacer las necesidades de asistencia social y prestación de servicios asistenciales, proporcionando soluciones eficientes de gran impacto que beneficien a la población más vulnerable y contribuyan al mejor desarrollo de las familias de la Ciudad de México”. (párr. 2).

La visión del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF-DF, (2012a) es “*Mantenernos en constante actualización e innovación, en un marco de calidad, equidad y servicio para atender los problemas sociales a la población más vulnerable, guiada siempre por un desarrollo basado en la oportunidad, calidad humana, la ética y la mejora continua, en la promoción de los Servicios de Asistencia Social en el Distrito Federal*” (párr. 2).





Dentro de las atribuciones que tiene el DIF-DF (2012b) se resalta el Estatuto Orgánico del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal que destaca los siguientes capítulos:

Capítulo I

Del Ámbito de la Competencia, Organización y Patrimonio.

Artículo 1. El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública del Distrito Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, teniendo como objetivos la promoción de la asistencia social y la prestación de servicios asistenciales en el Distrito Federal.

Artículo 2. Las menciones realizadas en el presente ordenamiento al Organismo o al Sistema, se entenderán hechas al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal.

Artículo 3. El Organismo, para el logro de sus objetivos, realizará las siguientes funciones:

- Promover y prestar servicios de asistencia social;
- Apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad;
- Realizar y promover acciones de apoyo educativo para la integración social y de capacitación para el trabajo a los sujetos de la asistencia social;
- Promover e impulsar el sano crecimiento físico, mental y social de los menores;
- Fomentar y apoyar a las asociaciones y sociedades civiles y demás entidades privadas, cuyo objeto sea la prestación de servicios de asistencia social, sin perjuicio de las atribuciones que al efecto correspondan a otras dependencias;





- Operar establecimiento de asistencia social en beneficio de menores en estado de abandono, de ancianos desamparados y de discapacitados sin recursos;
- Llevar a cabo acciones en materia de rehabilitación de discapacitados, en centros no hospitalarios;
- Realizar estudios e investigaciones sobre asistencia social y discapacidad;
- Prestar asistencia jurídica y de orientación social a menores, ancianos, discapacitados y en general, a personas sin recursos;
- Apoyar el ejercicio de la tutela de los incapaces e impulsar la operación de los Consejos Locales de Tutela del Distrito Federal;
- Poner a disposición del Ministerio Público los elementos a su alcance para la protección de incapaces en los procedimientos civiles y familiares, de acuerdo con las disposiciones legales correspondientes;
- Colaborar en la elaboración y ejecución de programas de rehabilitación y educación especial;
- Vigilar la observancia, por parte de organizaciones públicas y privadas, de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de Asistencia Social y en su caso generar las recomendaciones que correspondan;
- Participar en la coordinación de acciones que realicen los diferentes sectores en beneficio de la población afectada en casos de desastre; y
- Las demás que establezcan las disposiciones legales aplicables en la materia.

Artículo 4. El Sistema, para el estudio, planeación y despacho de los asuntos que le competen contará con los siguientes órganos:

- Patronato
- Junta de Gobierno
- Dirección General
- Dirección Ejecutiva de Asuntos Jurídicos
- Dirección Ejecutiva de Asistencia Alimentaria





- Dirección Ejecutiva de Apoyo a la Niñez
- Dirección Ejecutiva de Apoyo a Personas con Discapacidad
- Coordinación de Administración
- Contraloría Interna
- Comisario

El Sistema contará con las unidades subalternas que se establezcan en la estructura básica autorizada por la Oficialía Mayor del Distrito Federal, las que deberán contenerse y especificarse en su correspondiente Manual Administrativo.

Artículo 5. El patrimonio del organismo se integrará con:

- Los bienes muebles e inmuebles, así como los recursos financieros que le transfiera el Gobierno Federal;
- Los recursos que anualmente le sean asignados por el Presupuesto de Egresos del Distrito Federal;
- Los bienes muebles e inmuebles que le transfiera el Gobierno del Distrito Federal;
- Los recursos que le sean canalizados por la administración del patrimonio de la beneficencia pública;
- Los subsidios, participaciones, donaciones, herencias y legados que reciba de personas físicas o morales, nacionales o extranjeras;
- Las cuotas de recuperación y otros ingresos que reciba por los servicios que preste, de acuerdo con lo establecido en el Código Financiero del Distrito Federal; y Los demás bienes, derechos y recursos que por cualquier título legal adquiera.

Artículo 6. Las áreas del Organismo conducirán sus actividades en forma programada y de conformidad con las prioridades, políticas y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo, así como del Programa para el Desarrollo del Distrito Federal, así como los programas sectoriales e institucionales.





En la prestación de servicios y en la realización de acciones, el Organismo actuará en coordinación con las dependencias y entidades federales o locales, según la competencia que a éstas otorguen las leyes.

El Organismo observará una vinculación sistemática entre sus servicios de rehabilitación y asistencia social y los que proporcionen las dependencias y entidades del Sector Salud, federal y local.

De acuerdo a lo resaltado en la gaceta oficial del gobierno del Distrito federal GDF, (2009) y en el marco de las acciones de apoyo para las personas afectadas por el virus de la influenza A H1N1, que el DIF-DF se encarga de coordinar, se resaltan los siguientes apoyos dirigidos a las personas afectadas:

- I. Incorporación a los programas sociales vigentes del gobierno del Distrito Federal.
- II. Atención médica especializada: revisión médica especializada para las familias y personas que mantuvieron contacto directo con las personas que hayan sufrido la enfermedad.
- III. Asesoría legal: en la tramitación de testamentos, seguros, pensiones, denuncias por deficiencia en la atención, defensa del trabajo y demás asuntos relacionados con la esfera jurídica de las personas que sufrieron la enfermedad y sus familias.
- IV. Apoyo en gastos funerarios: en atención a la situación socioeconómica de escasos recursos de la familia de la persona que haya sufrido la enfermedad y por ese motivo haya perdido la vida; siempre que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social.
- V. Apoyo para la familia de las víctimas: para brindar atención psicosocial y el acompañamiento que requieran los familiares de las víctimas.
- VI. Apoyo a trabajadores: para las personas que prestan sus servicios como meseros, cocineros, lava lozas, garroteros, ayudantes y demás personal, siempre y cuando no perciban más de tres salarios mínimos, en el sector de los alimentos, por los días que dure la contingencia y de conformidad con lo



que determine la Secretaría de Desarrollo Económico y la Secretaría de Finanzas.

VII. Las demás acciones y ayudas sociales que determine la Comisión. (p. 3).

Para ser beneficiarios de estas acciones de apoyo se tenían que acreditar los siguientes tres rubros:

- I. Tener su residencia en el Distrito Federal;
- II. Haber sufrido la enfermedad de la Influenza causada por el virus A H1N1 y estar o haber sido hospitalizado; o
- III. Tener derecho a los beneficios, en atención a la relación de parentesco que exista con la persona víctima de la enfermedad, y de conformidad con la normativa en la materia. (p. 3).

DESCRIPCIÓN DE LA “COORDINACIÓN DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN SITUACIÓN DE CRISIS”

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, a través de la Dirección Ejecutiva de Apoyo de la Niñez, coordinó e integró un padrón de víctimas, beneficiarios y personas atendidas por la comisión, mediante la conformación de un grupo de atención para los beneficiarios. Este grupo que se conformó se hizo llamar “Coordinación de Atención Psicosocial en Situación de Crisis” desde donde estuvo trabajando y en donde además de generar un modelo de intervención ante la situación crítica que era el virus de la influenza A H1N1, esta Coordinación se encargó de hacer contacto con las víctimas durante la situación crítica, atendiendo a nivel individual, familiar y social para informarles del objetivo de la comisión, recibir y tramitar las solicitudes de apoyo, además de generar las acciones que se requerían para brindar una atención integral.

La “Coordinación de Atención Psicosocial en Situación de Crisis” intervino a través de tres Subcoordinaciones, creadas para brindar una mejor atención, quedando divididas de la siguiente manera:

- Subcoordinación de Atención Comunitaria
- Subcoordinación de Atención Directa (desde donde se generó el modelo de intervención en crisis)
- Subdirección de Sistematización y Evaluación
- Además de contar con un Área Administrativa





La Subcoordinación de Atención Comunitaria se encargaba principalmente de la atención a nivel social en materia preventiva. En donde inicialmente se capacitó a un grupo de promotores quienes se encargaron de salir a las comunidades que tenían mayor número de casos de personas afectadas por el virus de la Influenza A H1N1, impartiendo una plática informativa acerca de la importancia del autocuidado para prevenir el contagio, recomendando las siguientes medidas de higiene permanentes:

- Al compartir alimentos siempre utiliza una cuchara para servir ¡no compartas vasos o cubiertos!
- Al tener algún síntoma recurrir inmediatamente a los diferentes hospitales del sector salud.
- Cubrirse la boca al toser y estornudar con un pañuelo desechable o con el antebrazo.
- Tirar inmediatamente el pañuelo a la basura y lavarse las manos.
- Evitar saludar de mano o de beso en la mejilla si estás enfermo.
- Lavarse las manos con agua y jabón frecuentemente.
- Evitar estar en contacto con personas enfermas.
- No salir a lugares concurridos.
- Evitar escupir en el suelo.
- Uso de gel antibacterial.
- Uso del cubre bocas.
- No automedicarse.
- Para mantenerse sanos: comer alimentos de los tres grupos. Come diariamente verduras y frutas, toma agua y muévete: corre, camina, brinca, baila, etc.

Estas medidas preventivas fueron acompañadas por un kit que se le entregaba a los asistentes, donde además de contener un folleto informativo de la Secretaría de Salud con las principales medidas preventivas, contenía un jabón, un gel antibacterial y un cubrebocas. De ser requerido se entregaba el número de cubrebocas que se solicitaba (ver figura 1 y 2).

Por otra parte, la Subcoordinación de Sistematización y Evaluación se encargaba de la construcción de una base de datos a partir de la información entregada por la Subcoordinación de Atención Comunitaria y de Atención Directa; con la información de las comunidades visitadas, el número de personas atendidas, las visitas domiciliarias, visitas a hospitales, las canalizaciones realizadas, el tipo de apoyos requeridos, entre otros. Junto con el área administrativa y las otras dos Subcoordinaciones, se encargaba de la construcción de formatos donde se vaciaba la información obtenida de cada uno de los casos atendidos. (En el anexo 1 se encuentran los diferentes formatos aplicados por la Subdirección de Atención Directa).



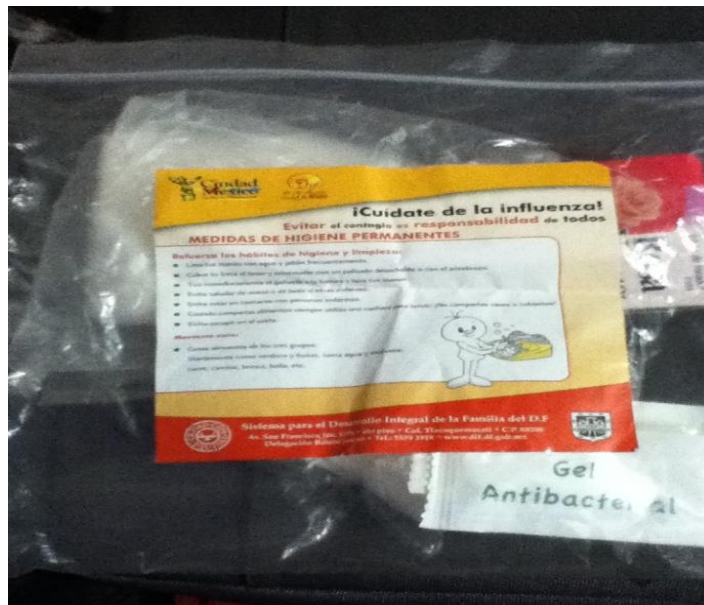


Figura 1. Kit de prevención



Figura 2. Medidas de higiene para prevenir el contagio por virus de la Influenza A H1N1





El Área Administrativa cumplía diversas funciones que iban desde el encargarse del papeleo administrativo para el seguimiento y contacto con las diferentes dependencias de gobierno, así como de la entrega de informes diarios y mensuales acerca de la intervención realizada por las Subcoordinaciones, recibía la información proporcionada por la Secretaría de Salud con los casos reportados de personas afectadas por el virus, además de tener el material necesario para llevar a cabo la intervención (kit's, autos, cubrebocas, guantes, formatos, etc.) y dar seguimiento a las canalizaciones realizadas como el pago de gastos funerarios, la incorporación a los diferentes programas sociales con los que cuenta el gobierno del Distrito Federal etc.

En cuanto a la Subcoordinación de Atención Directa, se dejó al final ya que aunque se contaba con las demás Subcoordinaciones, finalmente en la Subcoordinación de Atención Directa es desde donde se intervino directamente con las personas afectadas por el virus de la Influenza A H1N1, lo cual permitió hacer una intervención desde el ámbito psicológico. Yo formaba parte de esta Subcoordinación.

La Subcoordinación de Atención Directa, como su nombre lo dice se encargó de atender a todos los afectados por el virus de la Influenza así como a los familiares de éstos, reportados por la Secretaría de Salud y residentes en el Distrito Federal. Esta Subcoordinación tenía como objetivo principal brindar apoyo, acompañamiento y seguimiento desde el aspecto psicosocial a los afectados por el virus de la Influenza A H1N1, con el propósito de dotar de herramientas que permitieran enfrentar las pérdidas o situaciones provocadas por dicha enfermedad, siendo respaldados por un gobierno comprometido con el bienestar de su comunidad.

Para brindar la atención directa se tuvo que implementar una estrategia de intervención, en donde se diseñó un *Modelo de Intervención en Crisis* el cual se generó partiendo de la experiencia previa en atención al caso New's Divine, suscitado en la delegación Gustavo A. Madero el 20 de junio de 2008 y el accidente aéreo del 4 de noviembre, también del 2008, los cuales influyeron en la organización y planeación de esta intervención.

ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL

A continuación se muestra el organigrama institucional en dónde se podrá observar que la jefatura de gobierno del Distrito Federal pone como encargado de coordinar los trabajos al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal (DIF-DF), con apoyo de las diferentes dependencias de gobierno y éste, asigna una Coordinación de Atención Psicosocial en Situación de Crisis para brindar atención a las personas afectadas por el virus de la Influenza A H1N1 (Ver figura 3).



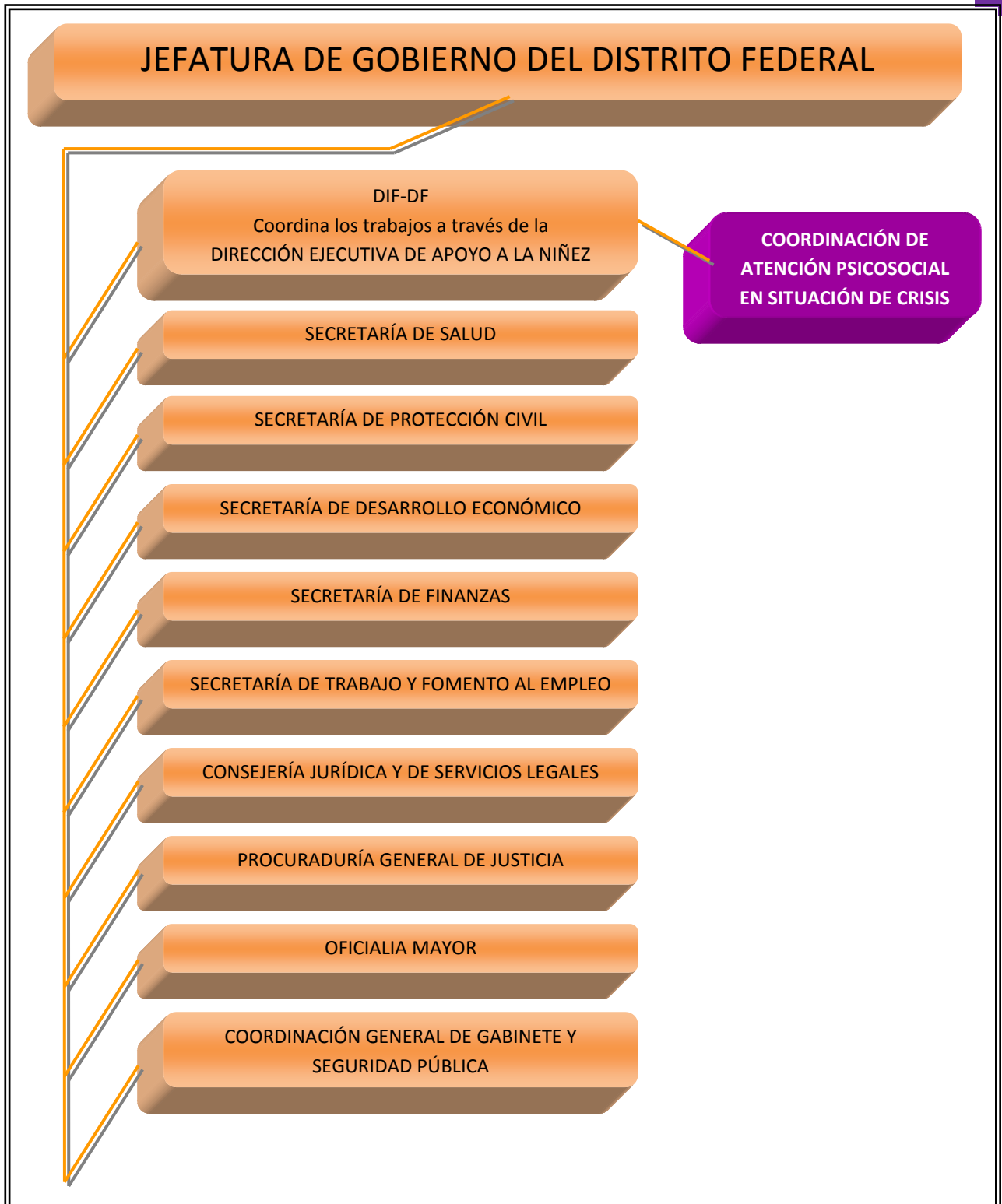


Figura 3. Organigrama institucional





ORGANIGRAMA DE LA COORDINACIÓN DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN SITUACIÓN DE CRISIS

En el siguiente organigrama se observa como la Coordinación de Atención Psicosocial en Situación de Crisis se encuentra dividida en tres subcoordinaciones y cuenta con un área administrativa. (Ver figura 4).

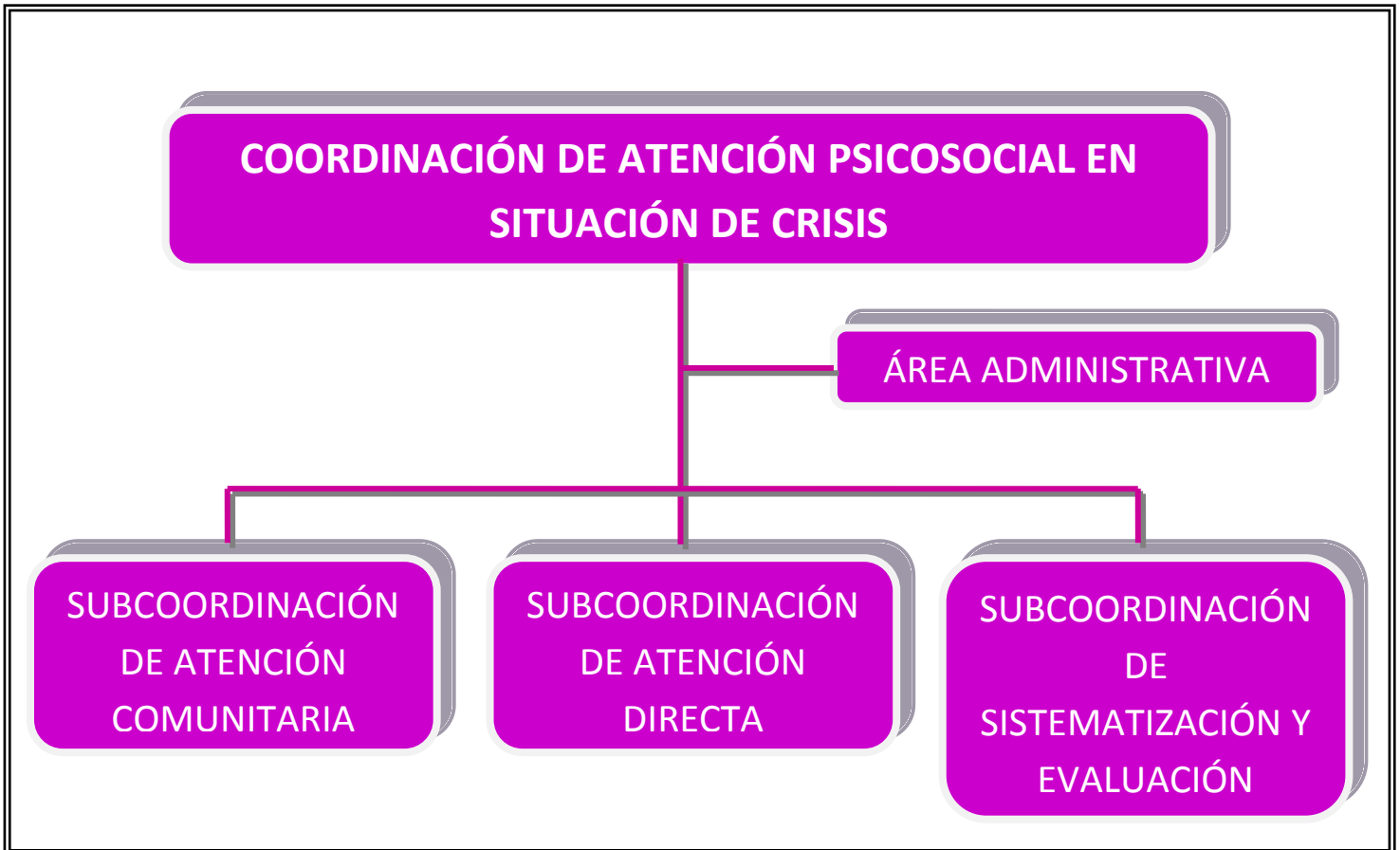


Figura 4. Organigrama de la Coordinación de Atención Psicosocial en Situación de Crisis

ESPACIO DE INTERVENCIÓN

Debido a que toda crisis circunstancial se caracteriza principalmente con la impredecibilidad del acontecimiento, es que se habilita de forma emergente una oficina en quinto piso del edificio de gobierno ubicado en la plancha del Zócalo capitalino (Plaza de la Constitución No. 1 colonia Centro delegación Cuauhtémoc) donde se comenzó a planear un nuevo modelo de intervención.

Si bien la “Coordinación de Atención Psicosocial en Situación de Crisis” ocupó de forma emergente una oficina fuera de las instalaciones del DIF-DF, éste fue el escenario principal para el trabajo administrativo como el recibir información, crear





la estrategia de intervención y seguimiento, realizar el primer contacto y seguimiento telefónico, creación de informes diarios y mensuales, creación de formatos para la obtención de datos, acopio de material para la prevención de la enfermedad (cubre bocas, gel antibacterial, guantes, folletos etc.), sistematización y administración.

En materia de intervención, la Subcoordinación de Atención Directa tenía como escenario principal los hospitales y los domicilios de cada una de las personas afectadas, ya que éstos eran los lugares disponibles para llevar a cabo nuestra atención debido al tipo de afectación, el riesgo de salir de casa y la misma “psicosis social” que tenía paralizada a la población.

PLANTILLA LABORAL

En total la plantilla laboral se componía de 18 personas contando únicamente a las personas que formaron parte de la “Coordinación de Atención Psicosocial en Situación de Crisis”, distribuidos de la siguiente forma:

- La Subcoordinación de Atención Comunitaria estaba integrada por 4 compañeros que tenían un perfil social ya que estaba integrada por dos promotores, una socióloga y un politólogo.
- La Subcoordinación de Atención Directa estaba integrada por 7 compañeros en total: 2 trabajadoras sociales y 5 psicólogos.
- La Subdirección de Sistematización y Evaluación estaba integrada por 4 compañeros de diferentes perfiles, 2 psicólogas, un geógrafo y un administrador.
- En el Área Administrativa se encontraba principalmente la coordinadora del grupo la cual era psicóloga y tenía como apoyo a 2 compañeros mas, una psicóloga y un administrador, siendo un total de 3 personas.





CAPÍTULO UNO. INTERVENCIÓN EN CRISIS

1.1 Crisis

A nivel teórico, es de suma relevancia poder definir el concepto de crisis para poder hablar de la intervención que se realiza, ya que si no se logra distinguir lo que es una crisis toda nuestra intervención carecería de sentido. En cuanto a la práctica, esta definición nos ayudará a identificar cuando una persona se encuentra en un estado crítico y así poder proporcionar la ayuda adecuada dependiendo la situación (Slaikeu, 2000).

Si bien una crisis es vista en su forma ambivalente como peligro y a su vez oportunidad, también es definida como el “punto de cambio”, visto este cambio desde la salud o la enfermedad, lo cual se encuentra estrechamente ligado y variará respecto a la gravedad del suceso que la precipita, los recursos personales con los que la persona cuenta y los contactos sociales. Al contar con esto podrá lograr una reestructuración hacia el crecimiento.

Respecto a la definición de crisis, Slaikeu (2000) la define de la siguiente manera: “Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.”

Según Álvarez y Cruz (2007) la crisis es un momento decisivo que implica una pérdida, o un cambio radical en la relación con uno mismo, con otra persona (u otras personas) significativa (s), o con una situación.

Las crisis también son percibidas como los momentos en el que los propósitos se obstaculizan y pueden llegar a ser inalcanzables. Slaikeu (2000) pone énfasis en el desequilibrio emocional incluyendo la dificultad para la resolución de problemas o lograr salir del estado crítico.

Con estas definiciones podríamos rescatar que una crisis: es un estado temporal de desequilibrio emocional y desorganización que implica la amenaza de una pérdida o la pérdida misma, caracterizado principalmente por una desestructuración cognitiva debido a la incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares en la solución de problemas, donde los propósitos se obstaculizan y pueden llegar a ser inalcanzables, su resultado variará respecto a la gravedad del suceso que la precipita, los recursos personales con los que la persona cuenta y los contactos sociales, lo que potenciará un punto de cambio para el crecimiento o todo lo contrario (Álvarez & Cruz, 2007; Slaikeu, 2000).





1.1.1 Principales características

Las crisis se caracterizan por la desorganización emocional, son perturbantes, hay dificultad para crear una estrategia de resolución. Tienen como elemento principal un suceso precipitador, seguido por varias etapas de afrontamiento y tiene el potencial hacia niveles de funcionamiento más altas o en su defecto más bajas dependiendo el impacto de la vivencia traumática y la forma de elaborarla.

Si bien los sucesos precipitantes pueden ser múltiples, es importante discernir que más que apreciar el suceso externo se debe indagar lo que éste significa para la persona en el entorno de su historia de desarrollo. Además de tomar en cuenta la oportunidad, intensidad, duración, continuación, si es de forma repentina, su severidad etc. (Slaikeu, 2000). Contrapuesto a esto, Fernández y Rodríguez (2002) formulan la hipótesis de que el desenlace de una crisis depende de cómo sea manejada ésta en el momento de suceso precipitante y no tanto de la historia anterior de la persona. También señalan que la gravedad de la crisis no se encuentra relacionada con el impacto del suceso traumático sino con la forma en que el individuo percibe el suceso crítico.

Durante la crisis es importante resaltar que el sujeto afectado experimentará gran necesidad de ayuda por lo que esto hace que esté más susceptible a la influencia de otros, lo que permitirá realizar una intervención (Fernández & Rodríguez, 2002).

Las crisis son autolimitadas en el tiempo ya que pueden durar desde pocas horas hasta seis semanas, por lo que es importante realizar una intervención inmediata y eficaz ya que la persona que se encuentra pasando por un suceso de esta índole moviliza toda su energía y los pocos o muchos recursos con los que dispone, por lo que una intervención inmediata generará menos repercusiones a nivel mental (Martínez, et al., 2004).

Finalmente, el afrontamiento y la planeación del futuro parecen ser los mejores indicadores de que la crisis podrá llegar a su fin y dar lugar a un “nuevo comienzo” (Pineda & López-López, 2010).

1.1.2 Tipos de crisis

Aunque Slaikeu (2000) hace la clasificación de dos tipos de crisis: circunstanciales y de desarrollo, Álvarez y Cruz (2007) agregan las crisis estructurales quedando de la siguiente forma:

- ✿ Crisis de Circunstanciales, externas o situacionales por eventos impredecibles.
- ✿ Crisis de Desarrollo
- ✿ Crisis estructurales o permanentes





Las primeras, las circunstanciales se caracterizan por que afectan a muchas personas al mismo tiempo, tienen un carácter repentino, un impacto poderoso, percepción de incapacidad de control, pérdida de la confianza de las víctimas, persistencia de los efectos. Pineda y López-López (2010) mencionan que son de índole inesperada, sorpresivas e interviene un factor ambiental. Por lo tanto en este tipo de crisis podemos encontrar desde desastres naturales, incendios, crímenes violentos, divorcios, desempleo y enfermedades. Debido a que nuestro interés está puesto en las crisis circunstanciales se le dedicará un capítulo con la finalidad de acotar más en ellas y poder hablar de la enfermedad.

En cuanto a las crisis de desarrollo, éstas se encuentran ligadas al desplazamiento de una etapa de crecimiento a otra. Cada una de las etapas de desarrollo del individuo tiene sus características y cuando hay algún tipo de obstáculo se puede suscitar una crisis; por lo tanto, las podemos tomar como predecibles ya que se parte del hecho de que a lo largo de la vida enfrentaremos etapas decisivas (Slaikeu, 2000). Podríamos decir que este tipo de crisis son normales durante el desarrollo de nuestra vida, en ejemplo de ello son: el embarazo, la adolescencia, la vejez etc.

Las crisis estructurales se refieren a un estado de desorganización caracterizado principalmente por la incapacidad para manejar situaciones que rebasan el empleo de métodos probados para la solución de problemas o conflictos y por el potencial que se invierte para obtener un resultado. El perfil de las personas que viven crisis estructurales se caracteriza porque regularmente están en conflictos, son indecisos, desorganizados y poco formales (Álvarez & Cruz 2007). Un ejemplo de ello es la pérdida de empleo.

1.1.3 Fases de una crisis

Aunque la variedad de sucesos desencadenantes de una crisis es múltiple podemos observar que se resaltan las siguientes fases:

- I. Desorden.- Abarca el todas las conductas emitidas después del desastre.
- II. Negación.- Es un mecanismo de defensa para atenuar el impacto que consiste en intentar omitir la realidad latente.
- III. Intrusión.- Se caracteriza por un abarrotamiento de ideas y sentimientos de dolor. En esta fase aparecen pesadillas y *flashbacks*, entre otros.
- IV. Translaboración.- Es cuando se logran expresar los pensamientos, sentimientos e imágenes que se habían retenido y ahora comienzan a tener un nuevo significado.
- V. Terminación.- También llamada nuevo comienzo y se basa en la reintegración o adaptación de la experiencia vivida a su historia de vida (Pineda & López-López, 2010).





1.1.4 Personas como sistemas

Slaikeu (2000) considera a la persona como un sistema, cuyo funcionamiento CASIC incluye cinco subsistemas: conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo. El estado de crisis se caracterizará por la desorganización en uno o más de estos cinco subsistemas por lo que la evaluación debe hacerse en cada área para determinar la respuesta única de una persona al suceso de crisis. A continuación en la Tabla 1 se aborda cada uno de estos subsistemas como perfil de la personalidad CASIC.

Tabla 1.
Perfil de la personalidad CASIC (Slaikeu, 2000)

Modalidad/sistema	Variables/subsistemas
Conductual	Patrones para el trabajo, juego, ocio, ejercicio, dieta (hábitos en la alimentación y la bebida), conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco, presencia de: suicidio, homicidio o actos agresivos. Métodos habituales para enfrentar el estrés.
Afectivo	Sentimientos derivados de las conductas anteriores, presencia de sentimientos como ansiedad, cólera, felicidad, depresión y otros. Es importante verificar si los sentimientos son manifiestos o encubiertos.
Somático	Funcionamiento físico general, salud. Presencia o ausencia de tics nerviosos, dolores de cabeza, trastornos estomacales y otros malestares somáticos; estado general de relajamiento/tensión: sensibilidad del tacto, visión, gusto, olfato y oído.
Interpersonal	Naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos y compañeros de trabajo; potenciales y dificultades interpersonales; número de amigos, frecuencia de contacto con amigos y conocidos; el papel asumido con varios amigos íntimos (pasivo, independiente, líder, al mismo nivel); modo de la resolución del conflicto (asertivo, agresivo, introvertido); estilo interpersonal básico (simpático, receloso, manipulador, explosivo, sumiso, dependiente).
Cognoscitivo	Imágenes mentales sobre el pasado o del futuro, autoimagen, objetivos en la vida y razones para su validez, creencias religiosas; filosofía de vida; presencia de cualquiera de las siguientes: catástrofes, sobregeneralizaciones, delirios, alucinaciones, dialogo irracional con uno mismo, racionalizaciones, ideación paranoide; actitudes generales (positivas/negativas) hacia la vida.

Cada persona conceptualiza el suceso crítico dependiendo sus metas a corto y largo plazo, dependiendo sus expectativas de vida ya que esto es determinante para su desarrollo a futuro.

A continuación se muestra de forma esquemática la representación simplificada del proceso evento-estrés propuesta por Morrison y Bennett (2008), (ver figura 5):



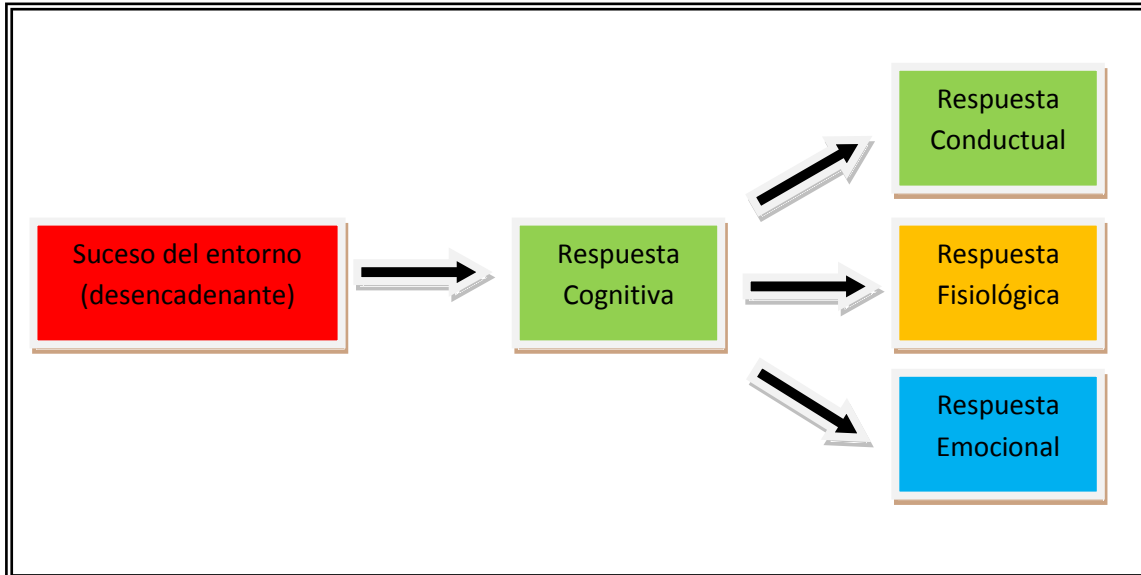


Figura 5. Proceso evento-estrés

En el esquema se identifican dos niveles de cognición. Las cogniciones superficiales son aquellas de las que somos conscientes por lo que tenemos acceso a ellos y se logran mencionar con relativa facilidad. A ellos subyace un conjunto de creencias inconscientes sobre nosotros mismos y nuestro mundo, conocidas como esquemas cognitivos, que influyen en nuestras cogniciones superficiales que, a su vez, afectan a nuestras emociones, conductas y grado de activación fisiológica.

1.1.5 Respuesta ante la crisis

Chinchilla (2003) establece distintos planos de respuesta ante una situación de crisis:

1. Cognitivo. Los mecanismos de defensa se ven desbordados. Generalmente las personas expuestas a un evento crítico generan una zona segura alrededor de sí mismos, creando un límite dentro del cual viven y que sólo pueden cruzar ciertas personas por lo que el individuo genera otro esquema del yo como recurso para “deshacer” el suceso que genera tanto dolor, intentando crear una ilusión de control de la situación. Existe además un cotejo de reacciones paradójicas, como la pérdida de la ilusión cuando la crisis se resuelve, sentimientos de irritación y depresión ante tareas rutinarias, o sentimientos desmesurados de autoconfianza, eficacia y euforia al superar obstáculos complicados.
2. Psicológico. El estado temporal de shock puede ser seguido por negación, confusión, temor, terror, tristeza, aplanamiento emocional, incredulidad, excitabilidad e inquietud.
3. Fisiológico. Se presentan reacciones de estrés general como taquicardia, taquipnea, diaforesis, temblor, etc.





1.1.6 Personas afectadas

Parada (2008) describe diferentes niveles de afectados ante situaciones críticas:

- Nivel 1: Personas que experimentan directamente el desastre.
- Nivel 2: Familiares y allegados de las personas afectadas de forma directa.
- Nivel 3: Personal de servicio asistencial (miembros de rescate, bomberos, policías, equipos de apoyo psicosocial, etc.).
- Nivel 4: Personas vinculadas a la comunidad afectada.
- Nivel 5: Personas emocionalmente vulnerables por el suceso crítico.

1.2 Intervención en Crisis

La intervención en crisis es definida por Slaikeu (2000) como “un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a sobrevivir un suceso traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas sociales, daño físico) se minimiza y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida) se maximiza” (Pag.6).

La divide en dos fases:

- Intervención de primera instancia, que en la práctica se denomina: primeros auxilios psicológicos. Necesitan brindarse de forma inmediata al suceso, toman poco tiempo (minutos y horas) y pueden ser proporcionados por cualquier persona.
- Intervención de segunda instancia, concebida como: terapia para crisis. Tiene como finalidad facilitar la resolución psicológica de la crisis después de un suceso traumático y al contrario de la intervención de primera instancia, toma más tiempo (semanas o meses) y es proporcionada por especialistas.

Estas dos fases se explorarán a detalle en los siguientes apartados; sin embargo, no hay que perder de vista que se puede realizar la intervención en crisis en cualquier momento de desorganización grave debido a la vivencia de un suceso crítico.

1.2.1 Antecedentes históricos

Lindermann comenzó a trabajar con la moderna intervención en crisis, a raíz del incendio sucedido el 28 de noviembre de 1942 en el Centro nocturno *Coconut Grove* en Boston, donde perecieron 493 personas. Esta intervención estuvo dirigida a aquellos que perdieron un ser querido en el desastre y lo sobresaliente de su trabajo es que comenzó a teorizar acerca de los síntomas psicológicos de los sobrevivientes encontrando, como al aceptar y resolver la pérdida hace que haya un progreso.





A partir de los trabajos de Lindermann, Gerald Caplan comienza a resaltar que durante diversos periodos críticos, el individuo enfrenta sus problemas de forma desajustada llegando a la conclusión de que una intervención temprana podría aminorar el riesgo de un deterioro psicológico procurando un crecimiento positivo (Slaikeu, 2000).

1.2.2 Objetivos de la Intervención en crisis

La intervención en crisis tiene como objetivo debilitar el suceso crítico de tal forma que los efectos de un trauma decrementsen, logrando establecer un nuevo modo de funcionamiento psicológico, interpersonal y social que de paso a la elaboración de este suceso con vista al crecimiento de la persona, llegando a ser una oportunidad (Slaikeu, 2000). El objetivo general de la intervención en crisis también podría definirse como la facilitación de este proceso (Fernández & Rodríguez, 2002).

Algunos objetivos específicos que marca la Organización Panamericana de la Salud OPS (2004) son:

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

1.2.3 Estrategias y recursos técnicos fundamentales de la intervención en crisis.

Estrategias generales:

- Intervención temprana y eficiente
- Objetivos concretos a corto plazo, con expectativas realistas.
- La intervención debe estar dirigida a la reducción de síntomas con la finalidad de estabilizar la situación psicológica de la persona. Debe quedar claro que no es un procedimiento mágico que borra las experiencias críticas vividas.
- Debe contar con procedimientos simples y bien orientados.
- Debe movilizar todos los recursos (profesionales, sociales, familiares e individuales) con los que la persona dispone.
- La intervención debe ser práctica y flexible.
- Se debe implementar con un enfoque integral, a nivel preventivo y con perspectiva social.





Recursos técnicos específicos:

- Mediante el apoyo humano y la empatía fortalecer la solidaridad grupal, familiar y social.
- Racionalidad, capacidad de expresar los intereses colectivos (Galimberti, 2002).
- Reestructuración y reorientación para aprender a ver o repensar acerca del incidente crítico, de una forma menos pesimista para contrarrestar las emociones que se desencadenan en exceso.
- Permitir la expresión de emociones y la verbalización del trauma. Esto ayudará a la disminución de síntomas.
- Visualizar la pérdida de control como una forma normal de reacción ante una situación crítica.
- Resolución de problemas concretos de la vida de las personas.
- Como opción se pueden utilizar recursos espirituales o de fe en los que la persona afectada cree para mejorar la perspectiva del acontecimiento.
- Uso de recursos profesionales y especializados cuando sea necesario.

A nivel práctico como parte de estos recursos se pueden incluir:

- Intervención individual en la crisis
- Intervención familiar
- Intervención a nivel primario, secundario o terciario (afectados directos, sus familiares y amigos cercanos, socorristas y personal de apoyo).
- Mecanismos de seguimiento y para referir a los sobrevivientes con personal especializado dependiendo el tipo de afectación.

También se pueden aplicar algunas modalidades específicas (OPS, 2004):

- Selección o *triage*: selección y atención de casos inmediatamente después del suceso, logrando una disminución en la desorganización cognitiva y emocional. Este proceso está ligado a los primeros auxilios psicológicos.
- Desactivación o *Defusing*: se emplea dentro de las primeras 12 horas después del suceso y está dirigido a grupos pequeños de víctimas primarias, secundarias y terciarias.
- Desmovilización o *debriefing*: Se sustenta en el principio de compartir experiencias traumáticas con un componente educativo.
- *Outreach*: procedimiento para encontrar a las víctimas, ayudándolas a expresarse y comprender las reacciones emocionales como consecuencia del suceso crítico.





1.2.4 Qué hacer y qué no hacer durante la intervención en crisis

Lo que se debe hacer durante la intervención en crisis según la OPS (2004) es:

- Se debe tener una escucha responsable, esto es escuchar atentamente, sintetizando los sentimientos del afectado haciéndolo sentir que se entiende por lo que está pasando de una forma empática.
- Se debe ser cortés, honesto y transparente para ganarse la confianza y cooperación del afectado.
- Ser realista y objetivo.
- Favorecer la dignidad y libertad para que las víctimas trabajen sus problemas.
- Fortalecer la confianza y seguridad.
- Dar énfasis a las cualidades y fuerzas de las personas.
- Entender por lo que el afectado está pasando.
- Realizar preguntas efectivas.
- Pedir ser retroalimentado por el afectado para ver si se le está comprendiendo.

Lo que no se debe realizar durante la intervención en crisis es (OPS, 2004):

- No ofrecer lo que no se pueda cumplir.
- No tener miedo al silencio, sino ver éste como el tiempo que se está tomando la persona afectada para pensar, sentir y asimilar lo vivido.
- No sentirse inútil ni frustrado ya que lo que se está haciendo vale la pena.
- No mostrar ansiedad para no transmitírsela a los afectados.
- No dar respuestas sino dar pauta a la expresión.
- No permitir que el enojo u hostilidad de la persona nos afecte.
- No tener miedo de admitir que el afectado necesita más ayuda de la que se le puede brindar, por lo que habría que canalizar con un especialista.
- No permitir que la persona solo vea los aspectos negativos de la situación.
- No mostrar ni lastima ni paternalismo.
- No expresarse de manera autoritaria o impositiva.
- No esperar que la víctima funcione normalmente de inmediato.
- No confrontar a la persona en crisis.
- No insistir en preguntas sobre temas de los que la persona no desea hablar.
- No interpretar las motivaciones ocultas de los comportamientos que se presenten.
- No moralizar o sermonear.
- No intentar progresar demasiado rápido en el proceso de la intervención.
- No considerar superficiales las amenazas de suicidio.
- No alentar a alguien a hacer algo que no desea hacer.





1.2.5 Modelos de intervención en crisis

A lo largo de la intervención en crisis se han desarrollado múltiples modelos de intervención. En un estudio Pineda y López-López (2010) exponen los siguientes modelos:

Modelo de Pereira desarrollado en 3 momentos:

- 1) Restauración del dominio y funcionamiento cognitivo de las emociones.
- 2) Restauración del funcionamiento de las instituciones sociales y comunitarias.
- 3) Facilitar el reconocimiento cognitivo de lo que acontece.

Modelo de Rodríguez y Terry en su experiencia sobre el sismo ocurrido en Colombia, proponen:

- 1) Gestión del Riesgo que incluye atención en salud a las personas y atención en salud al medio ambiente.
- 2) Fase de sostenibilidad en salud física, social y mental.
- 3) Fase de estabilización en la que se decide cómo continuar con las acciones de atención y reconstrucción.

Modelo de Figueroa, enfocado al ámbito psiquiátrico, propone cinco niveles de atención, en los que se explicitan objetivos, beneficiarios, tareas específicas, ejecutores, lugar físico y criterios de derivación al siguiente nivel. Los niveles son:

- 1) Difusión, consiste en informar a la comunidad afectada la disposición del servicio de atención psicológica.
- 2) Apoyo social, identifica a las personas que están en riesgo de desarrollar alguna psicopatología y los remite a una unidad médica psiquiátrica.
- 3) Manejo médico general, se estabilizan los síntomas psicológicos invalidantes, se realiza el diagnóstico psiquiátrico y se remite a psiquiatría si es pertinente.
- 4) Manejo psiquiátrico general, en este nivel se profundiza en la intervención psiquiátrica y se realiza a manos de expertos, las técnicas más utilizadas para este nivel son las cognitivo-conductuales o Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR).
- 5) Manejo psiquiátrico por expertos, este nivel incluye la administración de fármacos inhibidores del tipo mono-aminooxidasa, teniendo en cuenta que este es el último recurso para la atención y debe hacerse en centros especializados en Trastorno por Estrés Post Traumático.

Después del Tsunami ocurrido en Tailandia, en Diciembre de 2004, investigadores alemanes propusieron un sistema de intervención por equipos:





- Equipo 1: Intervención en crisis para las víctimas y sus familiares
- Equipo 2: Atención psicológica a los miembros de los grupos de rescate
- Equipo 3: Atención para los grupos de identificación de las víctimas y también para el personal diplomático y el grupo de levantamiento
- Equipo 4: Recopilación de información para la planificación de nuevas medidas de intervención en crisis y el suministro de material informativo
- Equipo 5: Atención a los familiares que viajan al país a buscar a familiares y amigos por su cuenta.

Aunque este modelo de intervención probó ser muy eficaz en primera instancia, se recomendó que para posibles réplicas se hiciera un seguimiento de los casos tratados. En este modelo se resalta no solo la atención a las víctimas directas sino también la preocupación por el bienestar de quienes atienden en crisis y la intención de evaluar sistemáticamente un procedimiento de atención posdesastres.

El Modelo de Reyes (2004, en Pineda & López-López, 2010) presenta 5 tipos diferentes de intervención para la atención en desastres:

Primera intervención.- La Atención en Crisis centrada en mitigar el estrés emocional, vincular a los sobrevivientes con los recursos disponibles en la comunidad y ayudar en la creación de un plan de recuperación a corto plazo en el que se aseguren las necesidades básicas para procurar un bienestar futuro.

Segunda intervención.- La *Psicoeducación*, como herramienta de prevención para el actuar posdesastre, se propone preparar a las poblaciones en riesgo para afrontar los desastres de manera asertiva, clara y eficaz; esta preparación se dirige a líderes comunitarios y se difunde en todos los medios posibles.

Tercera intervención.- Se presenta el *Debriefing Psicológico*, cuya intención es que por medio de un interrogatorio dirigido por un profesional, las personas expresen como vivieron la experiencia del desastre y se realiza de manera individual o en grupo.

Cuarta intervención.- El *Defusing* como cuarta estrategia, se propone desactivar – de manera metafórica- el mecanismo que pueda activar “la bomba” de la psicopatología, facilitándole a la víctima del desastre un espacio para la expresión emocional.

Quinta intervención.- Los Primeros Auxilios Psicológicos, no necesariamente provistos por los psicólogos sino por cualquier persona entrenada, tienen la intención de proporcionar apoyo, evitar la muerte y direccionar a la persona hacia un servicio más profundo y especializado.





Por otra parte, las crisis también pueden ser desencadenadas por catástrofes causadas por acciones humanas directas, como en el caso del terrorismo. En el atentado del 11 de Septiembre de 2001 dirigido a los Estados Unidos, para ello se propuso una intervención basada en los principios de la terapia cognitiva-conductual, que actúa a corto y el mediano plazo, se desarrolla en dos fases:

- I. Fase de Intervención en Emergencia.- Las conductas emitidas inmediatamente después del evento de terror suelen ser desadaptadas, más no síntomas de enfermedad mental. Por lo que en esta fase, se acompaña y guía a los afectados a afrontar con eficacia la situación, identificando las situaciones que le angustian y proponiéndole tareas concretas, alcanzables y realistas en el corto plazo que solucionen su dificultad; eso les permite a las personas recuperar el control de su situación.

En esta fase también se les enseña a los individuos a manejar las emociones y sensaciones experimentadas al recordar el evento y se entrenan en habilidades para el manejo de la ansiedad, la respiración y la relajación.

- II. Fase Aguda.- Tiene como objetivo la prevención e intervención en los síntomas posteriores al trauma (incluyendo la prevención del TEPT), la mejoría en la motivación para la búsqueda de apoyo psicológico, la reducción de la activación psicológica (en cuanto a la ansiedad desencadenada), el aumento de la capacidad de afrontamiento (búsqueda de apoyo, dar apoyo, resolución de problemas y comunicación en general).

Esta fase se lleva a cabo por medio de la especificación cuidadosa de los comportamientos deseados, el uso de autoverificación y el refuerzo social frente a los esfuerzos, de igual manera el autocontrol permite a las personas reconocer sus propios esfuerzos, reflexionar sobre la situación y sus posibles acciones.

En esta fase también se procura la reducción de conductas de enfrentamiento que pueden no ser adaptativas en el mediano plazo o contraproducentes en la superación de la crisis, tales como el consumo del alcohol o drogas.

También, otro de los modelos trabaja la reestructuración de las creencias negativas relacionadas con el trauma, pues es posible que los juicios sobre el valor de la experiencia y la incidencia en el futuro impidan la recuperación y prolonguen el sufrimiento. Por último esta fase se propone la facilitación del “procesamiento de la emoción”, es decir la exploración y exposición sistemática al trauma.





A largo plazo, para este mismo modelo se formula una Intervención Secundaria, para el tratamiento de los síntomas, siendo la terapia cognitivo-conductual la que prevalece ya que ha demostrado mayor eficacia en el tratamiento de TEPT, desde la detección hasta la aplicación de métodos propios para el TEPT causado por acciones terroristas, pasando por la exposición básica, la exposición prolongada o gradual y la desensibilización sistemática.

Como podemos observar, estos modelos nos dan diferentes perspectivas de intervención enfocadas a la atención temprana para lograr el restablecimiento del equilibrio emocional mediante la aplicación de técnicas basadas en su mayoría en un enfoque cognitivo-conductual como lo son: la desensibilización sistemática, exposición gradual, entrenamiento en relajación, ejercicios de respiración, etc. Además dentro de estos modelos otra de sus características es que se pone énfasis a la difusión de información respecto a la atención psicológica. El llevar a cabo este tipo de intervenciones es una forma de prevenir el desarrollo del TEPT ya que aunque en el momento crítico no se presenta, existe la posibilidad de que el impacto crítico sirva como desencadenante a largo plazo de la psicopatología (Pineda & López-López, 2010).

1.3 Intervención de primera instancia: Primeros Auxilios Psicológicos

La atención en primeros auxilios psicológicos y la intervención con terapias centradas en el trauma son una tarea indispensable para disminuir el impacto del desastre. Pineda y López-López (2010), mencionan que aunque no necesariamente todas las víctimas de desastres sufrirán psicopatologías, la atención en primeros auxilios psicológicos y la intervención con terapias centradas en el trauma son una tarea indispensable para disminuir el impacto del desastre. Por lo que en este apartado comenzaremos a hablar acerca de la intervención de primera instancia.

La primera intervención en situaciones de crisis no siempre debe ser realizada por un especialista o por profesionales, sino que en ésta se pueden involucrar voluntarios, agentes comunitarios y hasta aquellos que entran en contacto de manera inmediata con las víctimas.

Los especialistas regularmente llegan en un segundo momento y generalmente no todos los afectados necesitarán una terapia de crisis y tampoco sería beneficiosa una atención excesiva, por lo que una de las formas de disminuir el impacto psicológico sería llevar una adecuada intervención de primera instancia. Los objetivos de esta primera intervención son:

- Ayudar a las personas a encontrar respuestas a lo experimentado en el suceso crítico y restablecer su funcionamiento.
- Brindar información lo que permitirá que las personas puedan manejar mejor sus reacciones emocionales.
- Prevenir o mitigar la aparición de estrés postraumático u otras manifestaciones psicopatológicas. Si se recibe una adecuada primera





ayuda psicológica, no tendrán necesidad de atención profesional (Pineda & López-López, 2010).

Parada (2008) resalta que se llevan a cabo con la intención de:

- Parar el proceso de deterioro psicológico causado por el estado crítico.
- Estabilizar el control emocional para reducir el riesgo de daño.
- Afrontar las manifestaciones agudas de estrés.
- Asegurar el funcionamiento adaptativo y autónomo de la persona, grupo o comunidad.

Las intervenciones inmediatas al suceso deben ser cortas, flexibles y enfocarse a las preocupaciones inmediatas de las personas. Es importante la solución de las necesidades básicas y de supervivencia por lo que se deben buscar y establecer de forma inmediata lugares para el descanso, protección y alimentación.

Los primeros auxilios psicológicos forman parte de esta primera intervención ya que se llevan a cabo en el momento de la crisis y son una ayuda breve e inmediata donde se apoya o rescata a la persona que ha experimentado el momento crítico, restableciendo su estabilidad emocional y generando un continuo equilibrio emocional (Álvarez & Cruz, 2007).

Desafortunadamente, la educación en primeros auxilios psicológicos aun no es una prioridad, como si lo son los primeros auxilios médicos. Lo cual genera que al no haber profesionistas de la salud mental que aminoren el sufrimiento humano en el momento del impacto crítico se posibilita la aparición de conductas disfuncionales. Aun cuando, la ejecución de primeros auxilios no requiere profesionales, sino personas de comunidades entrenadas con instrucciones y protocolos de acción lo cual no solo haría posible una mayor cobertura en el servicio sino una mejor capacidad de afrontamiento (Pineda & López-López, 2010).

1.3.1 Principios técnicos utilizados en la primera ayuda psicológica

Cuando aplicamos los primeros auxilios psicológicos se debe procurar que éstos sean (Parada, 2008):

- Inmediatos. Facilitando el apoyo psicosocial cuanto antes.
- Próximos. Acercándonos a la persona/ situación crítica y no al revés.
- Constructivo y esperanzador. Tener con la persona afectada una actitud proactiva y optimista respecto a cómo se encuentra y a su capacidad de afrontamiento, y esperar una evolución funcional y adaptativa a su situación empleando recursos personales, psicosociales y comunitarios oportunos.





Dentro de estos principios técnicos resaltados por la OPS (2004) para la primera ayuda psicológica, se encuentran los siguientes:

- Escucha responsable, debe ser atenta y cuidadosa.
- Permitir la libre expresión.
- Procurar la aceptación de lo sucedido, pues ya no se puede modificar.
- En un segundo momento, realizar un interrogatorio limitado y lo más abierto posible.
- Realizar resúmenes periódicos que permita organizar su pensamiento.
- Proveer información.
- Orientar en lo necesario pero no ser directivos.
- Aceptar a la persona tal y como es, además de respetar sus derechos y su dignidad.
- De una forma empática, comprender lo que está sucediendo.
- Crear una atmosfera calurosa y humana alrededor de la víctima.
- Se pueden llevar a cabo reuniones grupales con las víctimas directas.
- Desarrollo de actividades para el manejo de estrés.

1.3.2 Metas

La meta principal de los primeros auxilios psicológicos es restablecer el enfrentamiento inmediato.

Según Slaikeu (2000) existen tres submetas de los primeros auxilios psicológicos:

- Proporcionar apoyo, este es uno de los aspectos más humanos de la intervención en crisis. Por lo que hay que permitir a la gente hablarnos para extender la cordialidad e interés y proporcionar una atmosfera en la que el temor y la ira puedan expresarse. También significa reforzar la firmeza de la gente, que sólo está consciente de su propia debilidad durante la crisis.
- Reducir la mortalidad, está dirigida a la salvación de vidas y la prevención del daño físico durante la crisis.
- Enlace con fuentes de asistencia, se fijan con precisión las necesidades fundamentales y entonces se realiza una remisión adecuada.

1.3.3 Cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos

Los primeros auxilios psicológicos se componen de cinco pasos (Slaikeu, 2000):

1. Realizar un contacto psicológico;
2. Analizar las dimensiones del problema;
3. Sondear posibles soluciones,
4. Asistir en la ejecución de pasos concretos, y
5. Seguimiento para verificación del progreso.





1.4 Intervención de segunda instancia: terapia para crisis

La terapia para crisis o también conocida como intervención en crisis de segunda instancia se realiza en las semanas o meses siguientes al suceso crítico; está dirigida a ayudar a las personas afectadas para que puedan elaborar lo vivido, así como las repercusiones del suceso traumático para lograr enfrentar el futuro inmediato y continuar con su vida diaria. Es importante resaltar que no todas las personas que han vivido un suceso crítico necesariamente llegan a terapia para crisis ya que posiblemente sus apoyos sociales se manifiestan sin dificultad y la fuerza del yo es grande por lo que translaboran este proceso sin ayuda formal externa.

Cuando hay una resolución deficiente de la crisis es importante tomar en cuenta la intervención de segunda instancia ya que su propósito es reparar el daño (Slaikeu, 2000).

1.4.1 Técnicas de terapia para crisis

Ante el incremento de la amenaza o exposición real a eventos generadores de gran tensión emocional, resulta muy importante contar con intervenciones efectivas para el manejo de las situaciones de crisis que se desencadenan luego de estos eventos y para la prevención de los trastornos de estrés postraumático resultantes, en especial si estas intervenciones son sencillas y poco costosas (Santacruz, 2008). Dentro de estas intervenciones podemos encontrar técnicas como: el Debriefing, Imaginería, Relajación muscular profunda y la Respiración diafragmática. Las cuales, debido a su importancia dentro de la intervención de segunda instancia, es que se desarrollan en los siguientes apartados.

1.4.1.1 Debriefing

Para algunos autores el *debriefing* psicológico es una intervención breve que se realiza en los primeros días luego del evento traumático en la que los afectados por exposición a esta situación traumática hacen una especie de catarsis, contando sus sentimientos y reacciones frente al evento (Santacruz, 2008).

“El *debriefing* es una asistencia psicológica breve para personas traumatizadas a causa de una situación difícil o un incidente crítico” (Perren-Klingler, 2003).

En un inicio el *debriefing* se practicó en el ejército americano después de un combate o una misión que ayudaba mediante un procedimiento preciso a los soldados a superar las reacciones a partir de lo vivido y continuar realizando las misiones posteriores. En la jerga militar la palabra “*debriefing*” se refería a informar la misión, lo cual hace sentido al notar que el *debriefing* permite hablar de la situación crítica que se ha experimentado. Restableciendo lo vivido, y hablando de lo que se ha sentido. Las propuestas concretas así como las explicaciones permiten comprender y manejar la situación a partir de los recursos propios.





El objetivo del *debriefing* es prevenir que las reacciones normales tengan un efecto de cronificación del estrés postraumático y detectar a tiempo los trastornos que necesiten atención específica.

El *debriefing* se desarrolla en dos sesiones. La primera intervención se aplica a partir del suceso crítico, 72 horas después y hasta la siguiente semana, este es el lapso de tiempo para la primera sesión. La segunda se lleva a cabo de seis a ocho semanas después.

La primera intervención consta de seis etapas en donde se separa lo relativo a los hechos y lo emocional. A su vez son informados de la normalidad de sus reacciones; así como, la forma de manejar la situación. Le son asignadas tanto tareas como ejercicios para manejar el estrés desde un aspecto simbólico logrando que la persona ponga fin al suceso traumático mediante un ritual.

En la segunda sesión del *debriefing* se hace una reevaluación de la persona para observar si persisten las reacciones traumáticas, si se cronifican, agravan o por el contrario han disminuido. Dependiendo la situación se puede identificar como la persona respondió a dicha técnica o si requiere de otro tipo de atención.

Debido a que el *debriefing* parte de un esquema preciso se identifican siete pasos a seguir para su aplicación, denotando como se pasa de lo cognitivo a lo emocional y regresa al proceso de inicio, lo cognitivo. Los siete pasos son los siguientes:

Etapa 1

Básicamente se refiere a lo que vendría siendo el encuadre en terapia ya que se informa de la meta y los principios del *debriefing*, los cuales están basados en la confidencialidad. Se explican las reacciones postraumáticas haciendo énfasis en que esto es normal y que son de carácter transitorio. El realizar una explicación clara del procedimiento a seguir permite a la persona comprender de que trata y poder dar su consentimiento ante dicha intervención.

Etapa 2

Esta etapa se centra en los hechos donde por medio de preguntas se sitúa el acontecimiento a un nivel cognitivo para crear la construcción clara del suceso. Las preguntas concretas que se realizan son: ¿quién?, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿qué fue lo que paso?, ¿cómo pasó?, ¿qué ocurrió después?

La etapa dos permite construir dos pilares de seguridad para la persona afectada. La primera nos habla del último momento placido antes del suceso y el segundo se refiere al primer momento de seguridad relativa después del suceso traumático. Esto para demostrar que la vivencia solo fue un capítulo en la vida.

Es importante, durante esta etapa contener la parte emocional para que la persona no se desborde en llanto. Esta etapa permitirá tomar conciencia de lo que se ha visto, oído y hecho para construir una visión global del acontecimiento.



Finalmente el *debriefeer* (quien realiza la intervención) da un resumen breve y preciso enmarcado entre los dos pilares de seguridad y lo relatado cognitivamente.

Etapa 3

Es denominada como una etapa de transición ya que da pauta al abordaje de las preocupaciones y pensamientos que hubo en el momento de la crisis, así como el estado de ánimo. El comenzar a hablar de los sentimientos dará pauta a la siguiente etapa.

Etapa 4

Esta etapa retoma los sentimientos abarcando tanto las impresiones como las emociones sentidas durante el incidente crítico. Al abordar el sentir de la persona se debe impedir un desbordamiento de las emociones donde el *debriefeer* tendrá que ir las modulando por medio de técnicas como la respiración diafragmática.

La emoción se localizará físicamente en una parte del cuerpo, enseguida se describirán sus características (localización, forma, consistencia, aspecto, movimiento, etc.) Esto será una forma de poder nombrar la emoción sentida regresándola al ámbito cognitivo. Generalmente al realizar esta etapa, la tensión se aminora y el alivio se vuelve tangible.

Etapa 5

Es una fase informativa, de normalización y sobre todo de aprendizaje que se aborda en forma de dialogo. El *debriefeer* psicoeducativamente señalará la normalidad de las reacciones, resaltando que otras personas han vivido situaciones similares y han logrado afrontar la situación para salir adelante, además de aclarar que los sentimientos que tiene son normales debido al suceso crítico. También, propondrá diferentes apoyos como practicar la relajación por medio de ejercicios de respiración, realizar ejercicio, entre otras, para afrontar la situación con la finalidad de que ellos mismos se den cuenta de la importancia de desempeñar un papel activo en la reconstrucción de su equilibrio.

Etapa 6

Se crea un ritual significativo para la persona mediante un acto simbólico con el que logre poner fin al acontecimiento para comenzar un nuevo capítulo en su existencia. Lo más importante es que este ritual tenga sentido para la persona afectada y sea llevado a cabo fuera de la sesión.

Etapa 7

Esta etapa permite volver a la realidad y a la vida cotidiana ya que se debe realizar una conclusión llena de sensibilidad y empatía, donde el *debriefeer* toma lo esencial de lo hablado durante todas las etapas y se le dice que los acontecimientos fuera de lo normal, ahora son conocidos, compartidos, ordenados y ya han aprendido a manejar el estrés.





Finalmente se le realizará un seguimiento telefónico y si el comportamiento sigue siendo extraño o inadecuado se precisará una nueva entrevista y hasta una posible canalización con un especialista.

1.4.1.2 Técnicas de relajación y respiración

Olivares y Méndez (2005) resaltan que el objetivo principal de las técnicas de relajación es el enseñar a las personas a controlar su nivel de activación mediante la modificación directa de condiciones fisiológicas como respuestas a estresores o respuestas de alarma.

Estas respuestas de alarma son respuestas automáticas del organismo ante cualquier cambio ambiental, externo o interno, mediante el cual se prepara a las demandas de situaciones nuevas, facilitando la respuesta del organismo ante los nuevos estímulos y sus posibles consecuencias. En la Tabla 2 se observan los principales cambios de las respuestas de activación y los beneficios que aportan al individuo.

Tabla 2.
Cambios fisiológicos durante la respuesta de estrés y beneficios que aporta al organismo (Olivares & Méndez, 2005)

CAMBIOS FISIOLÓGICOS	BENEFICIOS
Aumento de la frecuencia cardiaca y la presión sanguínea.	Se bombea más sangre al cerebro, pulmones, brazos y piernas, aportando más combustible al cerebro.
Aumento de la respiración.	La respiración se hace más profunda y rápida para suministrar más oxígeno a los músculos.
Tensión muscular.	Los músculos se tensan, preparándose para la acción.
Secreción de glúcidos y lípidos al torrente sanguíneo.	Aporta combustible para disponer rápidamente de energía.
Aumento de la transpiración.	Refrigera el exceso de calor muscular.
Liberación de factores de coagulación.	Coagulación más rápida de las heridas, lo que reduce la pérdida de sangre.
Enlentecimiento de la digestión.	Mayor suministro de sangre al cerebro y los músculos.

Según Vázquez (2001) este tipo de respuestas no son perjudiciales en sí mismas, ya que ponen a disposición del organismo recursos excepcionales a nivel fisiológico y cognitivo para hacer frente a demandas excepcionales. Sin embargo, cuando estas reacciones se hacen presentes frente a estímulos amenazantes pueden propiciar trastornos psicológicos. Es por esto que las técnicas de relajación y respiración son una importante alternativa para controlar los niveles de activación además de tener como objetivo rebajar la tensión, suprimiendo la cantidad de estrés que pudiera interferir con el óptimo funcionamiento del individuo.

A continuación se describen algunas técnicas de relajación como lo son la relajación progresiva, respiración diafragmática, imaginería guiada y la escritura emocional autorreflexiva.





1.4.1.2.1 Relajación progresiva

Esta técnica es útil para conseguir niveles profundos de relajación muscular, su mecanismo de aprendizaje es la discriminación perceptiva de los niveles de tensión y relajación de cada grupo muscular. Para ello, se le enseña al sujeto a identificar el nivel de tensión muscular que experimenta en distintas partes de su cuerpo mediante ejercicios de tensión y relajación.

La relajación progresiva parte de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y conductas que a su vez producen tensión muscular al sujeto. Esta tensión fisiológica, a su vez, aumenta la sensación subjetiva de ansiedad que experimenta la persona. Por lo tanto, la práctica de la relajación muscular profunda reduce la tensión fisiológica y disminuye los niveles de ansiedad.

La presentación del entrenamiento debe adaptarse a las características de la persona (nivel intelectual, edad, etc.). Se explica que consiste en aprender a tensar y relajar grupos de músculos. En la Tabla 3 se observan los 16 grupos musculares con los que se inicia el entrenamiento.

Cada grupo muscular debe mantenerse en tensión más de 5-10 segundos. Después de efectuar la explicación y el modelado del entrenamiento, el sujeto puede comenzar a realizarlo (Olivares & Méndez, 2005).

Domínguez, et al. (2002) mencionan que esta técnica no es recomendable para personas con problemas de contractura muscular y se debe realizar con la supervisión de un especialista capacitado en el manejo de esta técnica.

1.4.1.2 Respiración diafragmática

El control de la respiración es una estrategia sencilla para enfrentar situaciones de estrés (Olivares & Méndez, 2005). El objetivo de este tipo de técnica es facilitar el control voluntario y automatizar este control para ser utilizado en situaciones críticas, además de tener como ventaja, su fácil aprendizaje y que se pueden utilizar en cualquier situación.

Domínguez, et al. (2002), resaltan las siguientes indicaciones para realizar esta técnica:

1. Sentado adopte una postura cómoda, brazos y piernas extendidos; afloje su ropa si es necesario (4")... Si es de su agrado, cierre sus ojos o vea fijamente un punto por arriba del nivel de sus ojos (10"). Conforme avance todos sus músculos comenzarán a relajarse desde los pies a la cabeza. (5").
2. Ahora enfoque su atención en su respiración (4"); respire y sienta como el aire va llenando su estómago (7") aumentando de tamaño (10"); conforme exhala, tarde el doble de tiempo que le tomó dejarlo entrar (6").
3. Tome aire de 3 a 6 veces por minuto (5").





4. Después de algunas series de respiraciones comience a fijar su atención en una palabra. Por ejemplo: mientras exhala la palabra será relajarse (5”). Use únicamente una palabra o imagen durante todo el ejercicio (7”). Trate de visualizar la palabra o la imagen (17”). Si hay distractores úselos para seguir su ejercicio y fijar su atención en su respiración lenta y profunda, así como en su palabra o imagen escogida (16”).
5. Algunas personas escogen la imagen y las sensaciones de un lugar cómodo, tranquilo y agradable. Conforme avanzan en el ejercicio ese lugar se hace más claro y cercano. Prosiga con el ejercicio unos segundos más (13”).
6. A su tiempo, comience a abrir lentamente sus ojos, a mover su cuerpo, sus manos, sus pies y finalmente comente cómo se siente.

Tabla 3.

Ejercicios de tensión para cada uno de los grupos musculares del entrenamiento en relajación progresiva (Olivares y Méndez, 2005)

	Orden	Grupos musculares	Ejercicio de tensión
EXTREMIDADES SUPERIORES	1°	Mano y antebrazo dominantes	Apretar el puño dominante.
	2°	Brazo dominante	Apretar el codo dominante contra el brazo del sillón.
	3°	Mano y antebrazo no dominante	Apretar el puño no dominante
	4°	Brazo no dominante	Apretar el codo dominante contra el brazo del sillón.
CABEZA Y CUELLO	5°	Frente	Levantar las cejas.
	6°	Ojos y nariz	Apretar los párpados y arrugar la nariz.
	7°	Boca	Apretar los dientes, los labios y la lengua contra el paladar.
TRONCO	8°	Cuello	Empujar la barbilla contra el pecho y evitar que lo toque (tira y afloja)
	9°	Hombros, pecho y espalda	Echar los hombros hacia atrás intentando que se toquen los omóplatos.
EXTREMIDADES INFERIORES	10°	Estómago	Encoger el estómago como preparándose para recibir un golpe en él.
	11°	Muslo dominante	Apretar el muslo dominante contra el sillón.
	12°	Pierna dominante	Doblar los dedos del pie dominante hacia arriba.
	13°	Pie dominante	Doblar los dedos del pie dominante hacia adentro y curvar el pie.
	14°	Muslo no dominante	Apretar el muslo no dominante contra el sillón.
	15°	Pierna no dominante	Doblar los dedos del pie no dominante hacia arriba.
	16°	Pie no dominante	Doblar los dedos del pie dominante hacia adentro y curvar el pie.





1.4.1.2.3 Imaginería guiada

La imaginería se refiere a la imagen mental o representación cognoscitiva de experiencias o situaciones personales (Slaikeu, 2000).

Se recomienda que mientras se está aprendiendo el uso de esta técnica, sea supervisada por un especialista.

Domínguez, et al. (2002), propone el siguiente procedimiento para realizar esta técnica:

1. Tome asiento en un lugar cómodo apoyando los pies en el suelo. Coloque los brazos y manos a los lados de su cuerpo y déjelos caer de forma natural.
2. Mientras deja pasar el aire por su nariz, imagine como entra y déjelo salir por la boca. Repita el ejercicio imaginándose el color del oxígeno, la cantidad, la forma y cómo va entrando lentamente por su nariz.
3. Siga respirando lenta y profundamente como lo ha hecho, mientras trae a su memoria un lugar de su agrado; traiga a su memoria los objetos que tiene ese lugar (agua, plantas, flores, árboles, nubes). Visualice nítidamente la intensidad de los tonos. Recuerde los ruidos, los olores, la temperatura, mientras sigue respirando lenta y profundamente. Puede estar solo o acompañado.
4. Visualice ese lugar, escoja uno de los objetos; seleccione el que más le guste, visualice su tamaño, su forma, su textura, su color; recuerde su olor. Mientras continua respirando, disfrute de las sensaciones que le producen estos recuerdos y guarde en su memoria esas sensaciones para cuando las necesite.
5. Haga tres respiraciones profundas antes de concluir.
6. Incorpórese y abra lentamente los ojos. Comente sus experiencias.

1.4.1.2.4 Escritura Emocional Autoreflexiva

Generalmente esta técnica es utilizada cuando se ha vivido una experiencia traumática y difícil. Su nombre, "Escritura Emocional Autoreflexiva", se debe a las características de la técnica; se considera emocional porque es necesario que la persona no sólo describa objetivamente los acontecimientos sino que exprese las emociones que ellos le causaron; es autoreflexiva ya que se deben buscar las causas del acontecimiento y de sus emociones, no sólo debe quejarse o intentar demorar una posible solución directa de los problemas (Dzib, Moo & Chang, 2010).

Domínguez, et al. (2002) destaca que lo importante de esta técnica es que se logre una apertura emocional.

Generalmente en el primer ejercicio se presenta un estado inicial de tristeza u otro malestar emocional, sin embargo, se disipará en el transcurso de algunas horas, además de obtener beneficios psicológicos y fisiológicos.





Instrucciones generales

Escriba (en un tiempo límite) la experiencia más dolorosa, traumática, perturbadora y/o conflictiva reciente o pasada; de preferencia aquella situación que nunca le haya expresado a alguien. En cada ejercicio plasme sus emociones y sentimientos más profundos, así como las experiencias positivas que logro obtener de ese suceso y las metas que se definieron a partir del suceso.

Es importante que la persona que escribe sepa que su escrito no será divulgado para que lo lleve a cabo con confianza y seguridad; no se preocupe por la ortografía, sintaxis y/o gramática.

Ejercicio “A”

Escriba con libertad utilizando exclusivamente la primera persona del singular (yo, mi, a mí, etcétera).

Ejercicio “B”

Lea con atención la lista de palabras que se le presentará y trate de acomodar su escrito utilizando el mayor número de palabras que considere se ajustan más a su propio lenguaje y estilo de escritura. En la tabla 4 se observa la lista de palabras a ocupar durante el ejercicio.

Tabla 4.
Lista de palabras para la técnica de escritura emocional autoreflexiva (Domínguez, et al. 2002)

LISTA DE PALABRAS		
Satisfacción	Tristeza	Analicé y comprendí que...
Tranquilidad	Dolor	He aprendido que...
Sinceridad	Enojo	Busco la solución...
Alegría	Preocupación	Ahora sé que debo...
Gusto	Coraje	Encontré la solución que...
Provecho	Temor	No siempre sé que...
Amor	Frustración	Acepto que...
Agradable	Desagradable	Lo que ocurrió me ha...
Superación	Odio	Ahora espero que...
Alivio	Miedo	Ahora nunca me...
Felicidad	Desesperación	Veo lo que ocurrió como...
Contento	Decepción	Ahora me siento...

Ejercicio “C”

Haga un escrito de su historia original pero ahora en tercera persona de singular (a él, ella pensó, él consideró, etcétera).

Ejercicio “D”

Plasme qué consecuencias provechosas, benéfica o útiles ha dejado esta experiencia para su vida cotidiana y a partir de ello qué metas se plantearía en un futuro próximo.





Capítulo 2. El Virus de la Influenza (AH1N1) como crisis circunstancial

2.1 Crisis circunstanciales

Existen crisis imprevisibles que no están ligadas directamente al proceso natural de maduración, a estas se les llama crisis circunstanciales ya que el proceso precipitante tiene poca o ninguna relación con la edad de la persona afectada como ya se mencionaba en el capítulo anterior cuando se habló de las crisis de desarrollo.

Para Fita (1999, en Arumir, 2009) este tipo de crisis aparecen inesperadamente, repentinamente y sin avisar, es por esta cuestión que muchas de las instituciones públicas y privadas creen que no es necesario activar procesos o dedicar presupuestos a algo que no se sabe si va a producir o no.

2.1.1 Características principales

Slaikeu (2000) resalta que las crisis circunstanciales tienen las siguientes características:

- a) Aparición repentina
- b) Imprevisión
- c) Calidad de urgencia
- d) Impacto potencial sobre comunidades enteras
- e) Peligro y oportunidad

2.2 El virus de la influenza (A H1N1)

Carbó (2010) señala que el repertorio de crisis circunstanciales en México, que es amplio, incluye, en primer lugar, temblores y terremotos, pero también sequías, inundaciones, desbordes de canales de aguas negras, estallidos de depósitos de gas y de redes urbanas de distribución de hidrocarburos, deslaves de cerros, derrumbes, aparición de grietas y cavernas, tornados, huracanes y tormentas tropicales. Estas situaciones de emergencia suelen poner en acción amplias redes sociales, a menudo implicando un incremento en la conciencia crítica y capacidad organizativa de la población que se ha movilizado, ya sea por motivos egoístas o altruistas. Ése no parece haber sido el caso de la influenza, porque se impulsó a la ciudadanía al encierro doméstico y al aislamiento.

El acontecimiento de la epidemia o pandemia de gripa o influenza humana representó un riesgo sanitario que era novedoso para la población, de fácil contagio y extremadamente peligroso, además de invisible.

Ante la avidez de información y la amplia confusión que entonces prevalecía, la gente comenzó a desarrollar diversas temáticas. Por ejemplo, el cubre (o tapa) bocas había constituido un símbolo en lo que concierne a las respuestas gubernamentales a las demandas ciudadanas. También la censura oficial a la



llamada automedicación, un concepto y una palabra que provienen del ámbito del poder, y cuyos efectos concretos son culpabilizar y avergonzar las soluciones que adoptan las propias personas, carentes de un sistema de salud pública de suficiente y pronto acceso. Esas dudas, así como algunas consultas sobre los riesgos de las relaciones sexuales en tiempos de la influenza, quedaron sin respuesta en los boletines oficiales y comunicados de distintas instancias expertas y de gobierno.

Cada ciudadano debió decidir por sus propios medios cuáles recomendaciones adoptar y cuáles no. Al igual que en 1985, las cifras, las cuentas numéricas de infectados, muertos y convalecientes, no dejaron de variar (a veces en un mismo día), con lo que el efecto de verosimilitud y control oficial que se supone que éstas proporcionan resultó opuesto y dieron pie a incontables burlas y chistes de humor negro entre la ciudadanía. También como en 1985, el humor fue un recurso de vida, una disposición curativa del espíritu, en la que el temor tendía a disiparse en la risa y el consiguiente alivio (Carbó, 2010).

2.2.1 Origen y síntomas del virus de la influenza (AH1N1)

Solórzano y Miranda (2009) refieren la influenza es una infección viral aguda de las vías respiratorias, altamente contagiosa, que puede afectar la mucosa nasal, la faríngea, bronquios y en ocasiones hasta los alvéolos pulmonares. Esta infección puede tener un comportamiento endémico, epidémico o de una pandemia. Los síntomas son parecidos a los del catarro común o resfriados; sin embargo, son más graves y su inicio es generalmente abrupto. El cuadro clínico de la influenza puede variar, observándose desde un cuadro febril agudo leve hasta una infección pulmonar y, en ocasiones, asociarse a complicaciones graves y llegar hasta causar la muerte.

Nuevas variantes de los virus de influenza resultan por cambios antigénicos debido a mutaciones puntuales que ocurren durante la replicación del virus. En los virus de la influenza B estos cambios o mutaciones aparecen a una tasa menor que la influenza A. El virus de la influenza A se caracteriza por causar enfermedad moderada a grave; tiende a afectar a todos los grupos etarios y tiene la característica de afectar tanto a aves como a cerdos.

En el mes de abril del 2009 se produjo una epidemia por una nueva variante del virus de influenza A humana H1N1, inicialmente en la Ciudad de México y posteriormente en todos los estados del país. El análisis genómico de esta cepa del virus (influenza A humana H1N1 2009) indica que está estrechamente relacionado a un virus común de influenza porcina aislado en Norte América, Europa y Asia.

2.2.1.1 Brote de la enfermedad

En cuanto al registro del brote de la enfermedad Solórzano y Miranda (2009) mencionan que durante la temporada 2008-2009 se registró un caso de influenza por virus porcino en febrero 28, en un paciente que tuvo el antecedente de contacto con cerdos. Otros dos casos se presentaron en Texas y Dakota del Sur.





En abril 17 del 2009, el Centro para el control de Enfermedades (CDC) en Atlanta informó de dos casos de enfermedad febril aguda respiratoria por virus influenza A H1N1, los cuales se presentaron en niños en el sur de California, sin relación epidemiológica (contacto con cerdos, ni viajes a México). Sin embargo, las investigaciones epidemiológicas del origen del virus apuntan al brote de infección respiratoria en la comunidad La Gloria, de Perote, Veracruz, que se presentó en el mes de febrero de 2009. Este brote afectó a 591 individuos de una población de 2 243 aunque ninguno presentó enfermedad grave. Desde el 16 de abril se informó sobre la alerta epidemiológica, debido a un incremento en el número de hospitalizaciones de pacientes con probable influenza, que hasta ese momento se suponía era causada por el virus A estacional.

El 23 de abril, debido al impacto de la enfermedad, el Gobierno de México declaró la suspensión de actividades educativas en el Distrito Federal y el Estado de México, las entidades con el mayor número de casos. El 29 de abril de 2009 la OMS declaró la alerta fase 5 debido a la diseminación del virus a otros países. En el reporte internacional, al 3 de junio de 2009 se informa por la OMS la confirmación de 19 273 casos de influenza A humana H1N1 2009 en 66 países, incluyendo 117 defunciones en 62 países. En México, al 2 de junio se registraron 5 563 casos confirmados y 103 defunciones; 73.8% de las defunciones se presentaron en individuos de 20 a 54 años de edad, y 52.4% eran del género femenino.

2.2.1.2 Manifestaciones clínicas

La influenza se caracteriza por el inicio agudo de síntomas y signos respiratorios que incluyen: fiebre, tos seca, coriza, cefalea, odinofagia, ardor faríngeo, mialgias, artralgias, y ataque importante al estado general (postración H3N2). Estos síntomas ocurren en 50 a 70% de las infecciones por influenza, tanto estacional como por el virus de influenza humana H1N1 2009. Otros síntomas menos comunes son: fotofobia, dolor abdominal, náusea, vómito y diarrea. La duración de la enfermedad sin complicaciones habitualmente es de una semana, aunque la tos y debilidad pueden persistir por más de 14 días (Solórzano & Miranda, 2009).

2.2.1.3 Poblaciones en riesgo

Según Solórzano y Miranda (2009) las poblaciones con factores de riesgo para desarrollar complicaciones están bien caracterizadas y son las siguientes:

- Niños menores de cinco años, en particular menores de dos años de edad.
- Adultos mayores de 65 años.
- Pacientes con enfermedades crónicas pulmonares (incluyendo asma), cardiovasculares (excepto hipertensión), renales, hepáticas, hematológicas (incluyendo anemia de células





falciformes), neuromusculares, y trastornos metabólicos (incluyendo diabetes mellitus).

- Inmunosupresión (primaria o secundaria, por citotóxicos e infección por virus de inmunodeficiencia humana [VIH]).
- Embarazadas.
- Menores de 19 años de edad con ingesta de salicilatos en forma prolongada.

En todos ellos, la infección por el virus la influenza puede producir neumonía primaria por influenza o neumonía bacteriana secundaria.

2.2.1.4 Medidas preventivas

Debido a la epidemia del 2009 en la Ciudad de México, se dieron a conocer las medidas no farmacológicas que se recomendaron para ayudar a prevenir la propagación de enfermedades respiratorias como la influenza, entre ellas (Solórzano & Miranda, 2009) destacaron:

- Cubrir la nariz y la boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar. Tirar el pañuelo desechable a la basura después de usarlo.
- Lavar manos frecuentemente con agua y jabón, especialmente después de toser o estornudar. Puede utilizarse alcohol-gel.
- Evitar tocarse los ojos, la nariz o la boca.
- Evitar el contacto cercano con personas enfermas.
- Al enfermarse, debe permanecer en casa por siete días a partir del comienzo de los síntomas o hasta que hayan pasado 24 horas desde que desaparecieron. Esto disminuye la posibilidad de infectar a otras personas y propagar más el virus.
- Seguir las recomendaciones de la Secretaría de Salud con relación al cierre de escuelas, evitar frecuentar sitios con multitudes y tomar medidas de distanciamiento social.
- Procurar tener en casa lo necesario en caso de enfermarse: desinfectantes a base de alcohol, pañuelos desechables y otros artículos similares que puedan ser útiles para evitar tener que salir a comprarlos.





- Buscar atención médica si la enfermedad es grave o es un individuo con alto riesgo de complicaciones por la influenza.

Si se tiene contacto con una persona que padece el virus se recomienda:

- Mantener una distancia de 1.8 metros si es posible.
- Reducir la interacción al menor tiempo posible.
- La persona enferma debe utilizar un cubreboca o mascarilla si está disponible, y adherirse a las medidas higiénicas.

2.3 Repercusiones psicológicas por el virus de influenza (A H1N1)

El impacto del suceso puede llegar a provocar un intenso sufrimiento, físico y psicosocial, tanto a las víctimas como a aquellos que no han sufrido la afectación pero se ven afectados por él, ya que plantea incertidumbres sobre su propia seguridad personal y su propio futuro. La gravedad y la duración de estos efectos serán directamente proporcionales a la magnitud de la pérdida. Además de estos efectos, algunas personas reviven continuamente el suceso en sueños perturbadores o sufren la sensación de revivir la experiencia traumática (Morrison & Bennett, 2008). A continuación se señalan diferentes ámbitos a tomar en cuenta por la repercusión psicológica que acarrearán.

2.3.1 Enfermedad

Según estudios realizados por Vinaccia y Quiceno (2011) concluyeron que la salud mental en crisis agudas se ve alterada por la preocupación en las consecuencias físicas, sociales, económicas y emocionales que acarrea la enfermedad.

Por otra parte, Morrison y Bennett (2008) resaltan que la enfermedad es un proceso dinámico que va desde la percepción de los síntomas o de un diagnóstico y prosigue o cambia a lo largo del tiempo en función de la patología de la enfermedad, de las posibilidades de tratamiento y las respuestas de la enfermedad, tanto del individuo afectado como de los que lo rodean. La enfermedad también repercute en muchas áreas de la calidad de vida.

Las personas que viven con una enfermedad afrontan:

1. La incertidumbre: Durante este periodo la persona enferma intenta comprender el significado y la gravedad de los primeros síntomas.
2. La perturbación: Se da a partir de la evidencia de que se sufre una enfermedad importante, por lo que se experimenta una crisis caracterizada por un momento de estrés intenso y cierta dependencia con el profesionista a su cargo u otras personas próximas al paciente.





3. Los esfuerzos para recuperarse: la persona logra controlar su enfermedad mediante un afrontamiento activo.
4. La recuperación del bienestar: en esta última fase, el individuo consigue alcanzar nuevamente su equilibrio emocional basado básicamente en la aceptación de la enfermedad y de sus consecuencias.

Aunque los individuos pueden retroceder o avanzar entre las distintas etapas dependiendo su interés y esfuerzo en sanar intentando resolver sus problemas vitales y concretar logros faltantes. Es importante observar como el pasar por las etapas anteriores de forma gradual también permitirá al individuo alcanzar su equilibrio emocional o una etapa de aceptación y adaptación.

La enfermedad llega a ser como una “crisis” ya que la persona afectada llega a experimentar cambios en su identidad (va de ser una persona sana a una enferma), rol (va de ser el sostén de la familia a volverse una persona dependiente) y finalmente, otros de los cambios que experimenta están relacionados con el apoyo social (va de estar integrado socialmente a aislarse socialmente).

Aunado a esto Slaikeu (2000) describe que la teoría de la crisis observa las enfermedades como acontecimientos que desafían la capacidad del individuo y de su familia para hacerle frente a la enfermedad y lograr adaptarse a las repercusiones que llega a tener.

Morrison y Bennett (2008) describen tres procesos que emanan de la crisis de la enfermedad:

1. Valoración cognitiva: Valora las repercusiones que tiene su enfermedad sobre su vida.
2. Tareas de adaptación: se abordan los síntomas o el tratamiento; así como, el equilibrio emocional, la autoimagen y las relaciones con los demás.
3. Habilidades de afrontamiento: Se llevan a cabo estrategias de afrontamiento como la valoración (abarca la negación, reevaluación positiva, preparación mental etc.); centradas en los problemas (abarcan la información y búsqueda de apoyo, identificación de metas etc.); o bien un afrontamiento centrado en emociones (abarca la regulación del estado de ánimo, desfogue emocional, mostrar ira o pasividad).

El diagnóstico de una enfermedad grave como lo fue el Virus de la Influenza con su componente de incapacidad física, puede ser percibido como una pérdida, amenaza o desafío ya que puede generar que las metas, que en cierto momento formaban parte de un plan de vida, se vuelvan inalcanzables. En este sentido la resolución de la crisis estará correlacionada con la forma en que la persona afectada perciba su enfermedad y la intervención en crisis no sólo estará dirigida a la persona que padece la enfermedad sino que también se contempla en ella al vínculo más cercano como lo son los familiares haciendo un uso efectivo de la negación así como el desarrollo de herramientas para el enfrentamiento de la





enfermedad sabiendo que su vida se ha visto modificada por la enfermedad pero no dominada por ella.

La enfermedad tiene impacto en los sistemas personales como los son los sentimientos, pensamientos, etcétera pero este impacto es más notable impacto en el suprasistema inmediato, el que tiene que ver con el ámbito social de la familia (Slaikeu, 2000).

La enfermedad rompe con las actividades cotidianas y al mismo tiempo abre la posibilidad para mirarse a sí mismo y para la muerte que se hace más presente (Menossi & Zorzo, 2012).

2.3.2 Muerte

Un factor que influyó en la tasa de mortalidad de las personas diagnosticadas con el virus de la influenza A H1N1 en 2009 fue el desconocimiento de la enfermedad, el retraso en el ingreso hospitalario y la medicación tardía, debido a que no se contaba con él en el momento (Bloqué & Rello, 2009).

El saber que se está al borde de la muerte genera un estado de crisis, así como la preocupación por el proceso de morir y el control del dolor (Morrison & Bennett, 2008) así como temores sobre la pérdida de la dignidad, que pueden aumentar la angustia e incluso el deseo de vivir. Es importante resaltar que la muerte en los casos de las personas contagiadas por el virus de la influenza A H1N1 era una muerte inesperada, confundida con una gripe, por lo que la repercusión de esta crisis decaía directamente en los familiares y las personas cercanas.

Los patrones de comportamiento de una familia frente a las crisis se encuentran establecidos aun antes de que ocurra un acontecimiento capital en su vida, como puede ser la muerte. En algunos casos, las familias se acercan más, otras se dividen y siguen caminos diferentes por un tiempo. En otras familias, cada integrante puede estar menospreciando el sentido de realidad de los demás miembros y negar cualquier experiencia acerca de un suceso, si no es la propia (O'Connor, 2007).

El Dr. Matko Marusic (1985, en Ferrari, 2008) resalta: “ninguna enfermedad es mortal, la vida es mortal” por lo tanto desde el ámbito psicológico no cabe ocuparse de la muerte sino del significado que tiene para cada persona y lo que acontece a los sobrevivientes.

Referente a esto se tienen las siguientes perspectivas de la muerte:

- a) El significado de la muerte propia para la vida, saber qué representación o idea se tiene de ésta.
- b) El efecto del duelo que recae sobre los sobrevivientes cuando se pierde a un ser querido. La forma de elaborar el duelo tendrá repercusiones sobre la salud mental del los sobrevivientes.





- c) Cuando la muerte es una amenaza verdadera y deja de ser una posibilidad lejana los sentimientos de la persona que va a morir y los de las personas en su entorno son los que están en juego.

O'Connor (2007) resalta la muerte como una oportunidad para conocerse más a sí mismo. Cuando se comparte una experiencia en común, las circunstancias propician la maduración y el acercamiento a otros miembros de la familia. Algunas veces los sucesos más dolorosos en la vida pueden transformarse en elecciones que permiten avanzar en el desarrollo como individuos y como familia. La aceptación de la muerte no es negar a la persona que murió, es ayudarte a ti mismo a sanar y continuar con tu vida.

El tiempo de recuperación por la pérdida variará de persona a persona, pues cada una es única y su dolor es diferente.

2.3.3 Estigmatización

El término estigma social (López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez & Aparicio, 2008) hace referencia a un conjunto de actitudes, regularmente negativas, que determinado grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos representan algún tipo de rasgo diferencial o “marca” que permite identificarlos, en este caso, las personas contagiadas por el virus de la influenza. Por lo que hace referencia a una característica que ocasiona en quien la posee un amplio descrédito o desvalorización, como resultado que dicha característica o rasgo se relaciona en la conciencia social con un estereotipo negativo hacia la persona que lo posee.

Existen tres actividades vinculadas al estigma social:

- a) “Estereotipos”, son el conjunto de creencias generalmente erróneas, que la mayoría de la población mantiene en relación con determinado grupo social y que condicionan la percepción, el recuerdo y la valoración de muchas de las características y conductas de los miembros de dichos grupos.
- b) “Prejuicios”, son predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que se experimentan con respecto a los miembros del grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas.
- c) “Discriminación”, o propensión a desarrollar acciones positivas o negativas, generalmente medidas en términos de distancia social deseada, hacia dichos miembros.

La asociación de este complejo de actitudes dirigido a personas y grupos concretos tiene lugar a través del denominado “proceso de estigmatización” (estigma process) que está constituido por los siguientes pasos:





1. La distinción, identificación de una determinada diferencia o marca que afecta a un grupo de personas (enfermos y no enfermos).
2. Etiquetación de características desagradables, en función de creencias culturales prevalentes.
3. Se les considera un grupo diferente.
4. Las repercusiones emocionales en quien estigmatiza y en quien resulta estigmatizado (miedo, ansiedad, vergüenza) refuerzan el proceso y sus consecuencias sobre la conducta.
5. La pérdida de estatus y discriminación conlleva resultados diferentes y habitualmente desfavorables en distintas áreas.
6. Los factores relacionados con la asimetría del poder, sin los cuales el proceso no funcionaría o, al menos, no con las mismas consecuencias para las personas afectadas.

En general este conjunto de actitudes tiene repercusiones negativas para la persona objeto de estigmatización, tanto las “desacreditadas” y las “desacreditables”, es decir, las que no han sido identificadas de manera pública, pero saben que corren riesgo en el momento en que se conozca su condición. En las primeras se promueve la “distancia social”, lo que restringe derechos y oportunidades. En las segundas, generando conductas de evitación. En ambos casos, produciendo desagradables y nocivas repercusiones sobre la autoestima y la conducta personal y social (López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez & Aparicio, 2008).

2.3.4 Discriminación

Bastos, Eduardo, Celeste y Barros (2012) definen la discriminación como el proceso mediante el cual un miembro o integrantes de un grupo socialmente definido son tratados de manera diferente (generalmente injustamente) a causa de su pertenencia a ese grupo. Las prácticas discriminatorias y sus respuestas cognitivas y conductuales pueden variar en función del contexto social y el periodo de tiempo histórico.

En algunas investigaciones acerca de la discriminación se ha encontrado que las personas víctimas de discriminación generan sentimientos de tristeza, generan estrés y se vuelven más agresivos que los que no han sufrido discriminación (Bourhis, Gagnon & Moïse, 1996).

Ortiz-Hernández y García (2005) mencionan que en la discriminación se niega el acceso a oportunidades, recursos y servicios lo que tiene como consecuencia una limitación en el desarrollo de las potencialidades de los individuos.

Combatir la discriminación implica no sólo la transformación de las condiciones estructurales de la desigualdad e injusticia sino también un compromiso con la modificación de las pautas culturales y sociales basadas en los prejuicios y la intolerancia (Arango, 2005).





2.3.5 Falta de contacto Afectivo

El contacto afectivo es un medio maravilloso de comunicación para demostrar amor y aceptación. El palmear, acariciar, abrazar, son formas muy eficaces para decir “te amo” sin palabras, son un medio para permanecer en estrecha relación (O’Connor, 2007). Éstas son formas fáciles de brindar apoyo y consuelo, y pueden tener un gran significado.

En un estudio realizado para la promoción de la vinculación en neonatales (Conz, Barbosa & Pinto, 2009) se observó que el contacto con las otras personas les permitía crecer, compartir sentimientos y establecer una relación intersubjetiva, interactuando en el mundo de la acción social.

2.3.6 Trastorno por estrés postraumático

Sosa y Capafóns (2005) resaltan que el trastorno por estrés postraumático (TEPT), es uno, no el único, de los principales trastornos psicológicos que pueden llegar a manifestar las personas que viven experiencias de naturaleza traumática.

El TEPT se caracteriza por los mismos tipos de reacciones postraumáticas que suelen estar presentes en los primeros momentos de experiencias traumáticas, presentándose con mayor intensidad, frecuencia y duración. Se manifiesta de diversas formas: reviviendo persistentemente la situación traumática, evitando lugares y situaciones relacionados al suceso crítico, y experimentando síntomas de activación autonómica, acompañado de un importante nivel de malestar personal y perturbación en el desempeño de actividades cotidianas.

La etiología del TEPT es el acontecimiento traumático. Sin éste no hay TEPT. Los acontecimientos traumáticos son normalmente experiencias psicológicamente desbordantes. Éstas se caracterizan por: a) la percepción de la experiencia se percibe como un evento con una alta valencia negativa, b) la sensación de falta de control sobre lo que está ocurriendo, y c) el carácter repentino e inesperado de la experiencia.

La probabilidad de desarrollar el TEPT varía en función de la severidad del acontecimiento traumático. La intensidad, naturaleza, duración, y frecuencia de las experiencias traumáticas constituyen los principales parámetros que determinan la gravedad de una experiencia traumática; entre más intensa es la experiencia, más severa será la sintomatología del individuo.

Las personas que presentan TEPT experimentan una amalgama de sentimientos que en ocasiones son incapaces de expresar o de canalizar adecuadamente. Esto como una forma de protección frente a unas emociones demasiado intensas y dolorosas (Sosa & Capafóns, 2005).

El TEPT se da por la presencia de sintomatología por más de un mes y puede ser clasificado según Rubin y Bloch (2000) como:





- Agudo, si la sintomatología dura menos de 3 meses.
- Crónico, si la sintomatología dura 3 meses o más.
- De inicio demorado, si entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

La presencia de TEPT a lo largo de la vida puede variar de entre 1% y 14% pero para las personas víctimas de una situación de riesgo se incrementa de un 3% a un 58%.

2.4 Estrategias de solución

2.4.1 Afrontamiento

El afrontamiento tiene que ver con la percepción favorable del suceso crítico. Éste involucra un proceso dinámico que incluye tanto conocimientos como conductas que surgen a partir de la valoración primaria y secundaria del suceso, así como de las emociones. Morrison y Bennett (2008) perciben el afrontamiento como un proceso motivacional o propositivo para que la situación sea menos perturbadora.

También señalan que el afrontamiento va mas allá del ajuste; es la búsqueda del crecimiento personal, del dominio y de la diferenciación que nos permite evolucionar en un mundo que no deja de cambiar.

El afrontamiento se refiere a cualquier cosa que haga el individuo para reducir el impacto de un elemento estresante, real o percibido. Se puede lograr reduciendo las emociones negativas o centrando el interés en el factor estresante objetivo y aunque no consigue suprimir el estresor, logra superar la situación. Buscará conseguir la adaptación a las nuevas condiciones de vida.

Morrison y Bennett (2008) en su escala de modos de afrontamiento distinguieron ocho subescalas centradas en los problemas y las emociones, estas son: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-evitación, planificación de solución de problemas y reevaluación positiva. Sin embargo anterior a esto Cohen y Lazarus (1979, en Morrison & Bennett, 2008) describieron cinco formas de afrontamiento que contribuyen a una adaptación exitosa al estresor:

- I. Reducción de las condiciones externas perniciosas
- II. Tolerancia o ajuste a los sucesos negativos
- III. Mantenimiento de una auto imagen positiva
- IV. Mantenimiento del equilibrio emocional y reducción del estrés emocional





V. Mantenimiento de una relación satisfactoria con el entorno y con los demás.

Sin embargo, el afrontamiento de la enfermedad se plantea temas como:

- los síntomas de la enfermedad;
- la posibilidad de un dolor nuevo;
- un futuro sin certezas;
- cambios posibles en la autoestima y sobre todo en la autoimagen;
- mantenimiento de control sobre la propia salud;
- y sobre la propia enfermedad, en cuanto a decidir recibir un tratamiento o el auto cuidado para prevenir que la enfermedad siga avanzando
- Cambios en las relaciones cercanas, con familiares u amigos.

También podemos encontrar factores de riesgo para el afrontamiento. Parada (2008) en la Tabla 5, resalta diferentes tiempos en los que se pueden presentar estos riesgos.

Tabla 5.
Factores de riesgo para el afrontamiento

Factores de riesgo para el afrontamiento	
Factores previos	<ul style="list-style-type: none">• Historia psiquiátrica• Pobreza o clase socioeconómica baja• Edad comprendida entre 40 y 60 años
Factores durante la crisis	<ul style="list-style-type: none">• Duelo• Daño• Reacciones traumáticas• Percepción de amenaza para la vida• Gravedad de la exposición del suceso
Factores posteriores	<ul style="list-style-type: none">• Deterioro de los recursos• Falta o disminución del apoyo social• Pérdida de recursos económicos• Desesperanza• Afrontamiento evitativo
Otros factores	<ul style="list-style-type: none">• Percepción negativa del comportamiento de las demás personas• Valoración negativa de los síntomas percibidos• Valoración irracional exagerada de la probabilidad futura de repetición del evento• Estresores secundarios

Si bien existen diferentes formas de afrontamiento, podríamos pensar que algunas son disfuncionales o hasta crean dependencia (un ejemplo claro de ello sería el afrontamiento centrado en la evitación). Otras pueden llegar a funcionar dependiendo los recursos con los que cuenta cada persona, su estado de ánimo, el suceso, el contexto, etc., ya que tanto las estrategias centradas en los





problemas como las estrategias centradas en la emociones son interdependientes y funcionan simultáneamente para crear la respuesta de afrontamiento general (Morrison & Bennett, 2008).

2.4.2 Apoyo social

El apoyo social es un recurso potencialmente disponible para la mayoría de las personas. Las personas que cuentan con este tipo de apoyo se sienten queridos y atendidos, estimados y valorados y que forman parte de una red social de comunicación y obligación mutua, como la que se suele compartir con la familia, los amigos o los miembros de una organización social. Facilita la disposición de bienes, servicios y defensa mutua en momentos de necesidad o peligro (Morrison y Bennett, 2008).

El apoyo social es un recurso que cuando se percibe como disponible, afecta a la forma de valorar y responder a los acontecimientos como menos estresantes; es decir, el apoyo social actúa como un “amortiguador” frente al estrés.

En la Tabla 6 Morrison y Bennett (2008) resaltan los siguientes tipos y funciones de apoyo social:

Tabla 6.
Tipos y funciones de apoyo social

APOYOS	PROVEEDOR	RECEPTOR
APOYO EMOCIONAL	Empatía	Seguridad
	Cuidado	Sentido de confortabilidad y pertenencia
APOYO A LA ESTIMA	Atención positiva	Fomenta la autovalía
	Animar a la persona	Sentido de competencia
	Comparar en términos positivos	Ser valorado
APOYO TANGIBLE/INSTRUMENTAL	Asistencia Directa	Reduce la tensión/preocupación
	Ayuda económica/práctica	
RESPALDO DE INFORMACIÓN	Consejos, sugerencias, feedback	Comunicación autoeficacia/autovalía
RED DE APOYO	Buen recibimiento	Sentido de pertenencia
	Experiencias compartidas	Afiliación

Las relaciones sociales son importantes en las enfermedades que conllevan una dependencia física de los demás y reducen la actividad social debido a la enfermedad (Morrison & Bennett, 2008).

La búsqueda de apoyo social es una estrategia de afrontamiento activa, por la que se busca apoyo por razones prácticas y de información o con el fin de obtener un apoyo emocional. Sin embargo, es importante resaltar que el elevado nivel de apoyo social puede resultar perjudicial. Un exceso de cuidado puede hacer que la persona atendida termine dependiendo del apoyo brindado y se vuelva pasivo en cuanto a su recuperación.





PROCEDIMIENTO

Justificación

Debido al brote del virus de influenza (A H1N1) propagado mundialmente en abril del 2009 es que el gobierno de la Ciudad de México crea una comisión de apoyo a víctimas de la influenza. Dentro de esta comisión se creó una Coordinación de Atención Psicosocial en Situación de Crisis (CAPSIC) compuesta principalmente por psicólogos y trabajadores sociales, quienes nos encargamos de brindar atención directa a las personas afectadas por el virus.

En cuanto a la aparición de la epidemia por el virus de influenza (A H1N1) que se propagó de forma imprevista, se tuvo que generar un plan de acción para llevar a cabo nuestra intervención, lo cual originó la creación de un modelo de intervención en crisis para personas afectadas por el virus de influenza (A H1N1) ya que el gobierno de la Ciudad de México no contaba ni cuenta con algún área para hacer frente a dicha problemática.

En lo que corresponde a la CAPSIC, se ve fortalecida al tener la experiencia en atención de esta índole, por sucesos como el incidente del New's Divine vivido el 20 de junio del 2008 y el accidente aéreo del 4 de noviembre del mismo año. Estos sucesos retroalimentan y ayudan en la creación del modelo que aquí se plantea, facilitando la intervención para profesionistas de la psicología e instituciones gubernamentales que no cuentan con un modelo similar para hacer frente a cualquier situación de esta índole; además de beneficiar a la población afectada por medio de la contención, acompañamiento y el restablecimiento de la homeostasis de las personas que atraviesan por una crisis mediante el apoyo inmediato y necesario.

Objetivo

Al aplicar el *Modelo de Intervención en Crisis* para personas afectadas por el virus de la influenza (A H1N1) habrá una disminución del estado crítico en personas afectadas, mediante la atención inmediata para prevenir o mitigar el impacto por estrés postraumático.

Objetivos específicos:

- Realizar una intervención temprana que permita estabilizar al individuo y protegerlo de estrés adicional, reduciendo los sentimientos de anormalidad o enfermedad.





- Contener emocionalmente a los afectados para detener el proceso agudo de descompensación psicológica, aliviando las manifestaciones sintomáticas y el sufrimiento.
- Brindar atención psicosocial y acompañamiento que facilite el proceso de elaboración del suceso crítico dónde la persona afectada se sienta acompañada durante éste momento.
- Restaurar las funciones psíquicas y readaptar a la persona a las nuevas condiciones, tan rápido como sea posible.
- Facilitar u orientar la asistencia profesional a mediano o largo plazo, si fuera necesario.

Modelo de intervención en crisis

Ante la situación crítica que se desató por la propagación del virus de influenza (A H1N1) la Coordinación de Atención Psicosocial intervino en tres niveles de atención (CAPSIC 2009; ver figura 6):

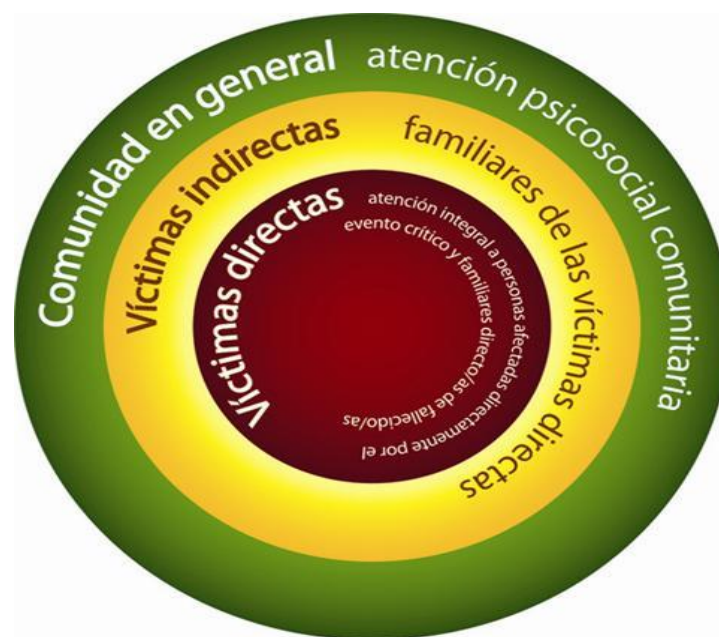


Figura 6. Niveles de atención ante situación de crisis

1. Primer nivel. Atención integral directa a víctimas y sus familiares directos así como a deudos, dando especial énfasis a la atención psicoemocional.
2. Segundo Nivel. Atención a víctimas indirectas, considerando a familiares indirectos de las víctimas y a familias vecinas, en los mismos términos que el nivel anterior.





3. Tercer Nivel. Atención comunitaria, principalmente a través de Centros DIF, Dependencias Gubernamentales, Asociaciones Civiles. Formando brigadas especiales para contención social en territorio.

A partir del 28 de abril del 2009 y tomando como base estos tres niveles de atención, la Coordinación de Atención Psicosocial realizó su intervención de la siguiente manera (CAPSIC 2009, ver figura 7):

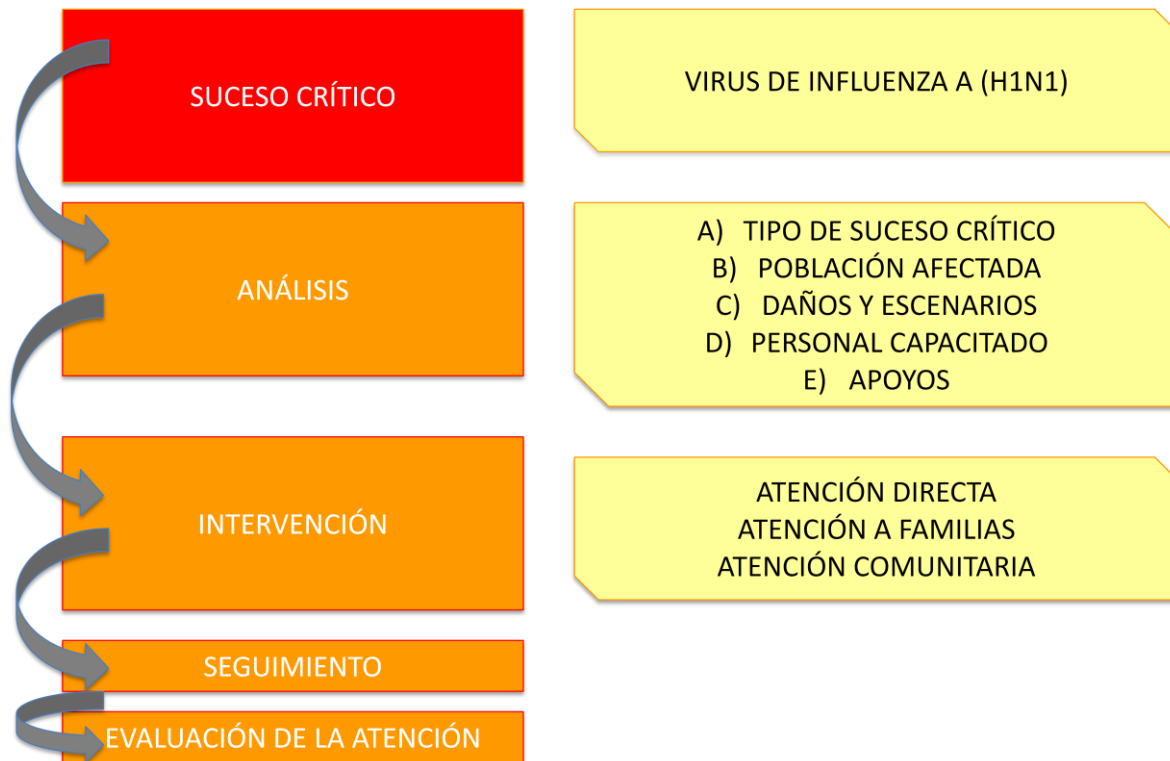


Figura 7. Esquema de atención

Resumiendo el esquema de atención general (figura 7) podemos observar que a raíz del suceso crítico de la propagación del virus de influenza A (H1N1) se realizó lo siguiente:

- se identificó el tipo de suceso crítico
- se detectó la población afectada
- se realizó una valoración del daño y se contemplaron los posibles escenarios con los que se contaban
- se divisó el personal capacitado para la intervención
- se checaron los apoyos con los que se contaban
- se generó un plan de acción





A partir del plan de acción, la Subcoordinación de Atención Directa realiza su intervención basada en el modelo de intervención en crisis para personas afectadas por el virus de la influenza (A H1N1).

La Intervención de la **Subcoordinación de Atención Directa** se continúa de la siguiente forma:

F) Atención Directa:

- Primer contacto
- Intervención de segunda instancia
- Canalización

G) Seguimiento

H) Evaluación de la atención brindada

Estas fases del esquema de atención general se explicarán detalladamente en la parte metodológica del modelo de intervención en crisis.

Metodología

Como se comenzó a describir en el apartado anterior, el *Modelo de Intervención en Crisis* para personas afectadas por el virus de influenza A (H1N1), consta de las siguientes fases.

Fases de intervención

1. ANÁLISIS.- Dentro de esta primera fase de intervención se analizaron los siguientes rubros:

- a) El suceso crítico puede ser circunstancial o de desarrollo. Se realizó el análisis del tipo de suceso crítico. En este caso el virus de influenza A (H1N1) pertenece a las crisis circunstanciales ya que fue un suceso inesperado, se apoyan en algún factor ambiental y no tiene relación con la etapa de la vida en que esta el individuo; se pueden presentar en cualquier momento, tienen su origen en lo que ha venido a llamarse sucesos vitales.

Así mismo, podemos afirmar que no es un tipo de sucesos crítico de desarrollo, ya que éstos están relacionados con el cambio de una etapa a





otra en el crecimiento de una persona desde la infancia hasta la senectud, estos son eventos de nuestro desarrollo físico y psicológico normal que pueden activar una respuesta de crisis. Por ejemplo: adolescencia, embarazo, envejecimiento, etc.

- b) Identificación de población afectada. Dependiendo el tipo de suceso crítico, a través de las diferentes dependencias del Gobierno del Distrito Federal, se canalizó al Equipo de Atención Psicosocial la población afectada de manera directa. Es primordial identificar las características de nuestra población, rangos de edad, si el suceso causo muerte, que ventajas y desventajas viven, etc.
- c) Valoración del daño y escenarios. Observar el nivel de impacto que ha tenido el suceso crítico en las y los afectados así como evaluar los diferentes escenarios con los que se cuenta: si la población aun se encuentra en riesgo, si hay algún lugar para resguardo, etc.
- d) Personal capacitado con el que contamos para la intervención. Todo Programa de Atención Psicosocial debe contar con personal capacitado quienes podrán contener a la población afectada durante y después del suceso crítico así como organizar y coordinar tanto a dependencias, personal de rescate, voluntarios y a las y los afectados.
- e) Dependencias con las que se cuenta y sus diferentes programas sociales así como el tipo de apoyo que proporcionará. Es importante sondear la gama de programas sociales y apoyos con los que se podrá contar, esto nos permitirá realizar una eficiente canalización a las personas afectadas que realmente lo necesiten. Se debe contar principalmente con apoyo médico, psicológico, económico y jurídico.

2. INTERVENCIÓN.- Aunque esta fase comprende la atención directa, la atención a familias y la atención comunitaria para este modelo nos enfocaremos en la intervención que se realizó desde la Subdirección de Atención Directa ya que fue donde se realizó una intervención desde el ámbito psicológico.

Para llevar a cabo esta intervención se deben contemplar los puntos que comprenden el análisis debido a que cada crisis tendrá un plan de acción diferente, lo que encausará nuestra intervención. A continuación se plantea como se llevó a cabo este plan de acción para la intervención.





- f) Atención Directa. Estuvo dividida en tres procesos diferentes (CAPSIC 2009, ver figura 8):

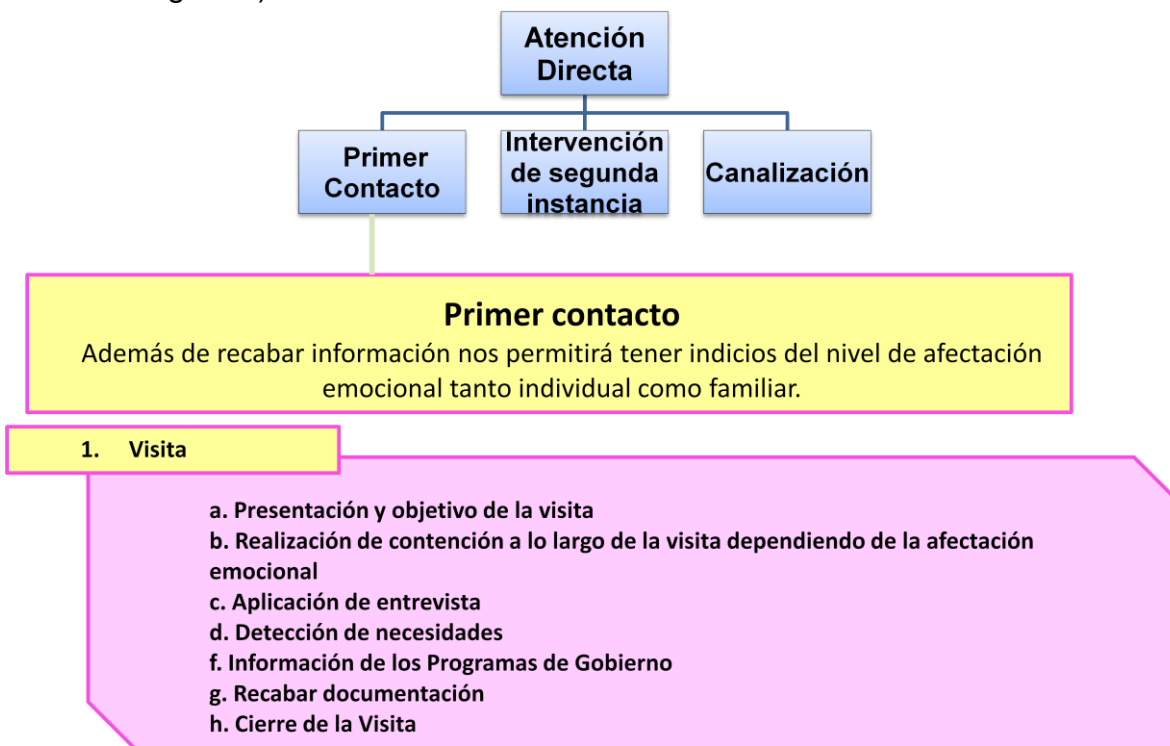


Figura 8. Esquema del primer contacto de la atención directa

Si observamos la figura 8 podremos percatarnos que la atención directa se encuentra dividida en un primer contacto, la intervención de segunda instancia y la canalización.

Dentro del primer contacto, es importante resaltar que una vez que la Secretaría de Salud nos hacía llegar el informe con los datos de los afectados se les contactaba vía telefónica para agendar una visita domiciliaria. Durante la visita se llevaban a cabo las siguientes acciones:

- Presentación y objetivo de la visita.- Cada integrante que realizaba la visita se identificaba con una credencial como integrante de la CAPSIC a quien el jefe de gobierno había solicitado brindar atención a cada uno de los afectados por el virus.
- Realización de contención a lo largo de la visita dependiendo de la afectación emocional.- En el transcurso de la visita se brindaba un espacio de contención donde se le permitiera a la persona afectada





expresar sus emociones respecto al suceso crítico, cómo lo había vivido, que pensaba y cómo se sentía en ese momento. Asimismo se aplicaban los primeros auxilios psicológicos.

La aplicación de los primeros auxilios psicológicos se llevaba a cabo mediante cinco componentes:

1. Realización del contacto psicológico.- que se consideraba la comprensión, la aceptación y la empatía dirigida a la persona a la que se le proporcionaban los primeros auxilios psicológicos permitiéndole hablar y externar sus sentimientos.
2. Analizar las dimensiones del problema.- se identificó la problemática principal y que tanto afecta a la persona. Para ello se visualiza el pasado inmediato, el presente y el futuro, identificando las fortalezas y debilidades de la persona, los recursos personales y sociales.
3. Posibles soluciones.- se evaluaron las posibles soluciones de resolución de la problemática principal jerarquizándolas por las más factibles a realizar.
4. Ejecución de pasos concretos.- se visualizaron pasos concretos para dar solución a la problemática principal de tal forma que pudieran ser realizados a corto plazo por la persona afectada y acordar la realización de éstos. Se llevó a cabo mediante una actitud facilitadora a menos de que la mortalidad sea alta donde se adopta una actitud directiva por el riesgo que podría existir.
- 5.- Seguimiento.- se dió seguimiento a la persona que se le proporcionaron los primeros auxilios psicológicos para corroborar la realización de los pasos concretos y se indagó que tanto le dió solución y si llegó a estabilizarse emocionalmente o si requiere de otro tipo de atención. Esto se realizaba dependiendo el tiempo que la persona estimaba para la realización de los pasos concretos.

Con la información obtenida de estos dos procesos se realizaba una pequeña valoración del grado de afectación emocional de la persona y se le informaba que de ser requerido se podría realizar una segunda intervención o canalizar a terapia psicológica.





El formato que contiene la valoración del grado de afectación emocional aparece en el anexo 1, apartado C, con el nombre de ficha de identificación del caso.

- Aplicación de la entrevista.- Con la finalidad de generar un expediente por cada persona atendida, se realizaba una entrevista. Para ello había dos formatos de entrevista uno para deudos y otra para hospitalizados, esta última se encuentra en el anexo 1, apartado A.

Aunque los dos formatos de entrevista eran similares la entrevista para deudos estaba compuesta por 13 apartados:

1. Ficha de identificación que contiene los datos generales (nombre, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, escolaridad, ocupación) de la persona fallecida por el virus de influenza A (H1N1).
2. Contacto, se encuentra compuesto por la dirección completa de la persona fallecida, teléfonos y correo electrónico para poder contactar a la familia.
3. La estructura familiar del finado para saber con cuantas personas vivía, parentesco, la edad, escolaridad y ocupación para percibir el nivel socioeconómico familiar y si la persona fallecida era el sostén familiar.
4. Programas de apoyo, para tomar en cuenta con que programas contaba la persona fallecida o los familiares y valorar cuales se les podrían proporcionar dependiendo sus necesidades.
5. Vivienda, para corroborar el nivel socioeconómico, ver las condiciones de higiene y los riesgos de contagio.
6. Ingreso del finado al sistema de salud, es una historia clínica donde se indaga acerca de sintomatología presentada, la hospitalización, fecha de fallecimiento, lugar y causas con la finalidad de percibir el impacto psicológico que pudo haber generado el proceso de enfermedad-fallecimiento en los familiares.





7. Ingreso al sistema de salud de los familiares, se indaga acerca del contagio de los familiares y si ya están siendo atendidos.

8. Apoyo psicológico, para saber el impacto psicológico y repercusiones que ha tenido la familia a partir de la enfermedad, así como indagar si ya están recibiendo apoyo emocional o si lo requieren.

9. Gastos realizados, se realiza una estimación de los gastos realizados debido a la enfermedad que presentó la persona fallecida.

10. Red social de apoyo, para saber si los deudos cuentan con alguna red de apoyo (familiar o social) para afrontar el suceso la pérdida.

11. Contexto social, se indaga acerca de la comunidad y las medidas preventivas por el virus de influenza.

12. Canalizaciones, dependiendo de la información obtenida en la entrevista se realizan las canalizaciones pertinentes como apoyo a la persona afectada. Cada canalización realizada es registrada en esta parte del expediente.

13. Datos de la entrevista, se conforma principalmente de los datos de la persona entrevistada, además de las observaciones generales, fecha de aplicación y profesionistas que realizaron la entrevista.

Por otra parte la entrevista para hospitalizados estaba compuesta por 10 apartados:

1. Ficha de identificación que contiene los datos generales (nombre, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, escolaridad, ocupación) de la persona contagiada por el virus de influenza A (H1N1).

2. Contacto, se encuentra compuesto por la dirección completa del afectado, teléfonos y correo electrónico para poder contactar a la familia.

3. La estructura familiar del afectado para saber con cuantas personas vivía, parentesco, la edad, escolaridad y ocupación





para percibir el nivel socioeconómico familiar y si el afectado era el sostén familiar.

4. Programas de apoyo para tomar en cuenta con que programas cuenta y cuales se le podrían proporcionar dependiendo sus necesidades.

5. Vivienda para corroborar el nivel socioeconómico, ver las condiciones de higiene y los riesgos de contagio.

6. Ingreso del afectado al sistema de salud, es una historia clínica preguntando desde síntomas, hospitalización y duración para observar el impacto psicológico que pudo haber generado la enfermedad, así como familiares contagiados.

7. Estado emocional, para saber el impacto psicológico y repercusiones que ha tenido la familia a partir de la enfermedad.

8. Red social, para saber si la persona enferma cuenta con alguna red de apoyo (familiar o social) para enfrentar el proceso de recuperación.

9. Canalizaciones, al final dependiendo de la información obtenida en la entrevista se realizan las canalizaciones pertinentes como apoyo a la persona afectada.

10. Datos de la entrevista, se conforma de observaciones generales, fecha de aplicación y profesionistas que realizaron la entrevista.

- Detección de las necesidades.- A partir de la entrevista realizada se llenó una cédula de identificación de necesidades familiares para acceder al fondo de apoyo a víctimas de influenza ocasionado por el virus A (H1N1), dicho apoyo era económico; sin embargo, para la Coordinación uno de los apoyos primordiales era la atención psicológica que fue proporcionada durante todas las fases de la intervención. Otra de las necesidades que se detectaron fueron la atención médica, la asesoría legal, vivienda, empleo e incorporación a Programas Sociales.





- Información de los programas de gobierno.- Los programas de gobierno o programas sociales con los cuales se tuvo contacto para realizar las canalizaciones pertinentes dependiendo las necesidades detectadas fueron los siguientes: Educación garantizada, programa de vulnerabilidad y bolsa de trabajo.
- Recabar documentación.- Además de la entrevista aplicada en la visita domiciliaria también se recababa documentación que se requiriera para ingresar a la persona a cualquier tipo de apoyo. Por lo que a los afectados se les solicitaba una copia del IFE y un comprobante de domicilio y facturas o notas para comprobar gastos de la atención médica además de la documentación que se requiriera para los diferentes programas. En el caso de los deudos se pedía el acta de defunción, así como copia del IFE y comprobante de domicilio de los deudos y los gastos médicos y funerarios que se realizaron. Al igual que los afectados, se recababa mayor documentación en el caso de ser incorporados a los distintos programas sociales.

Al final cada expediente contenía además de la documentación, la entrevista, la ficha de identificación y la ficha general del caso donde se hace una descripción del caso a grandes rasgos (ver anexo 1, apartado B).

- Cierre de la visita.- La visita se cerraba corroborando que la persona haya bajado su ansiedad, haya conseguido mayor estabilidad emocional, saber que tendrá un seguimiento y que podrá contar con los apoyo requeridos. En caso de requerir una intervención de segunda instancia se acuerda una segunda visita.

Un segundo proceso de la atención directa es la intervención de segunda instancia que se llevó a cabo gracias a la valoración psicológica realizada durante el primer contacto. Dependiendo el impacto del suceso traumático se agenda una segunda visita para poder realizar una segunda intervención con las personas que reporten sintomatología de estrés traumático (CAPSIC 2009, ver figura 9).



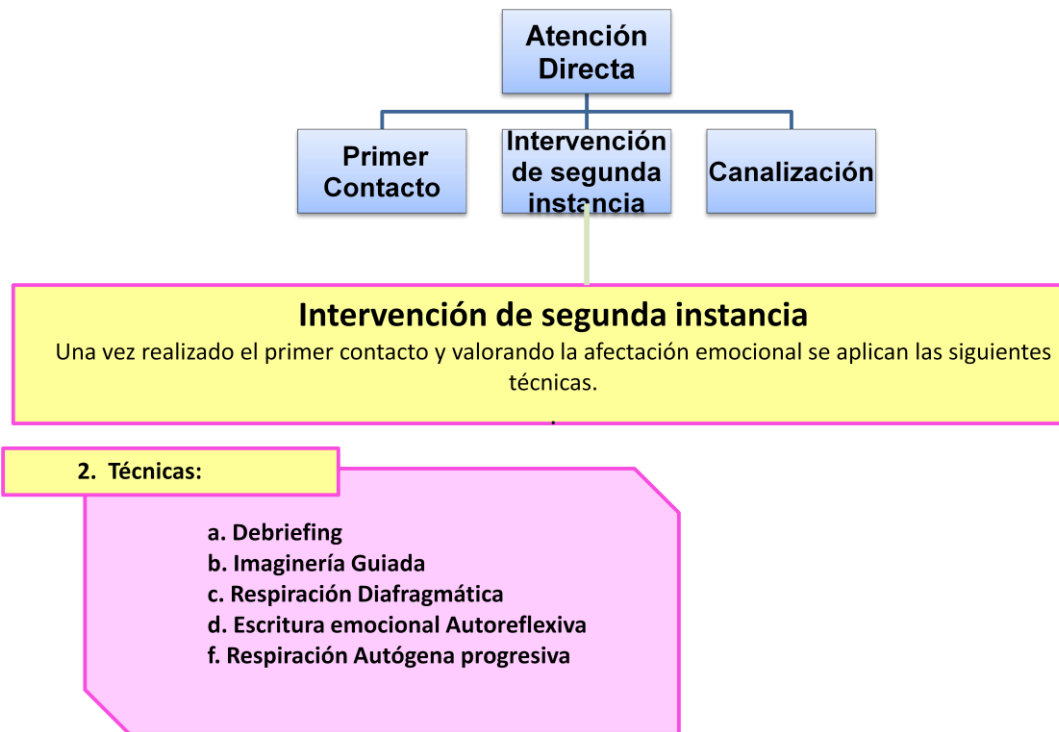


Figura 9. Esquema de intervención de segunda instancia de la atención directa

Para esta intervención se formuló la aplicación de técnicas como: el *debriefing*, imaginería guiada, respiración diafragmática, escritura emocional autoreflexiva y respiración autógena progresiva; sin embargo, para esta intervención únicamente se aplicó el *debriefing* debido a que el equipo fue capacitado en esta intervención breve. Aunque cabe resaltar que para llevar a cabo esta técnica también se hace uso de la respiración diafragmática.

Una observación importante es que para llevar a cabo la aplicación del *debriefing* la Subdirección de Atención Directa enviaba a dos compañeros que no conocieran el caso para poder llevar a cabo la intervención debido a que el proceso requiere de volver a hablar de la vivencia traumática, la cual ya había sido tratada desde el primer contacto. Para la aplicación de esta técnica se aplicaban las siguientes etapas:

- Etapa 1. Encuadre
- Etapa 2. Construcción de pilares de seguridad cognitivamente.
- Etapa 3. Pensamientos
- Etapa 4. Sentimientos y emociones
- Etapa 5. Psicoeducación
- Etapa 6. Ritual
- Etapa 7. Cierre





A partir del cierre se propuso un seguimiento telefónico a las 8 semanas después de la aplicación del *Debriefing*. Las etapas señaladas se describen a detalle en el capítulo 1.4.

Un tercer proceso de la atención directa es la canalización como una forma de proporcionar apoyo dependiendo las peticiones o necesidades detectadas.

En este tercer proceso las canalizaciones se realizaban en 7 ámbitos distintos: atención médica, psicológica, asesoría legal, empleo, programas sociales, apoyos económicos y otros (CAPSIC 2009, ver figura 10).

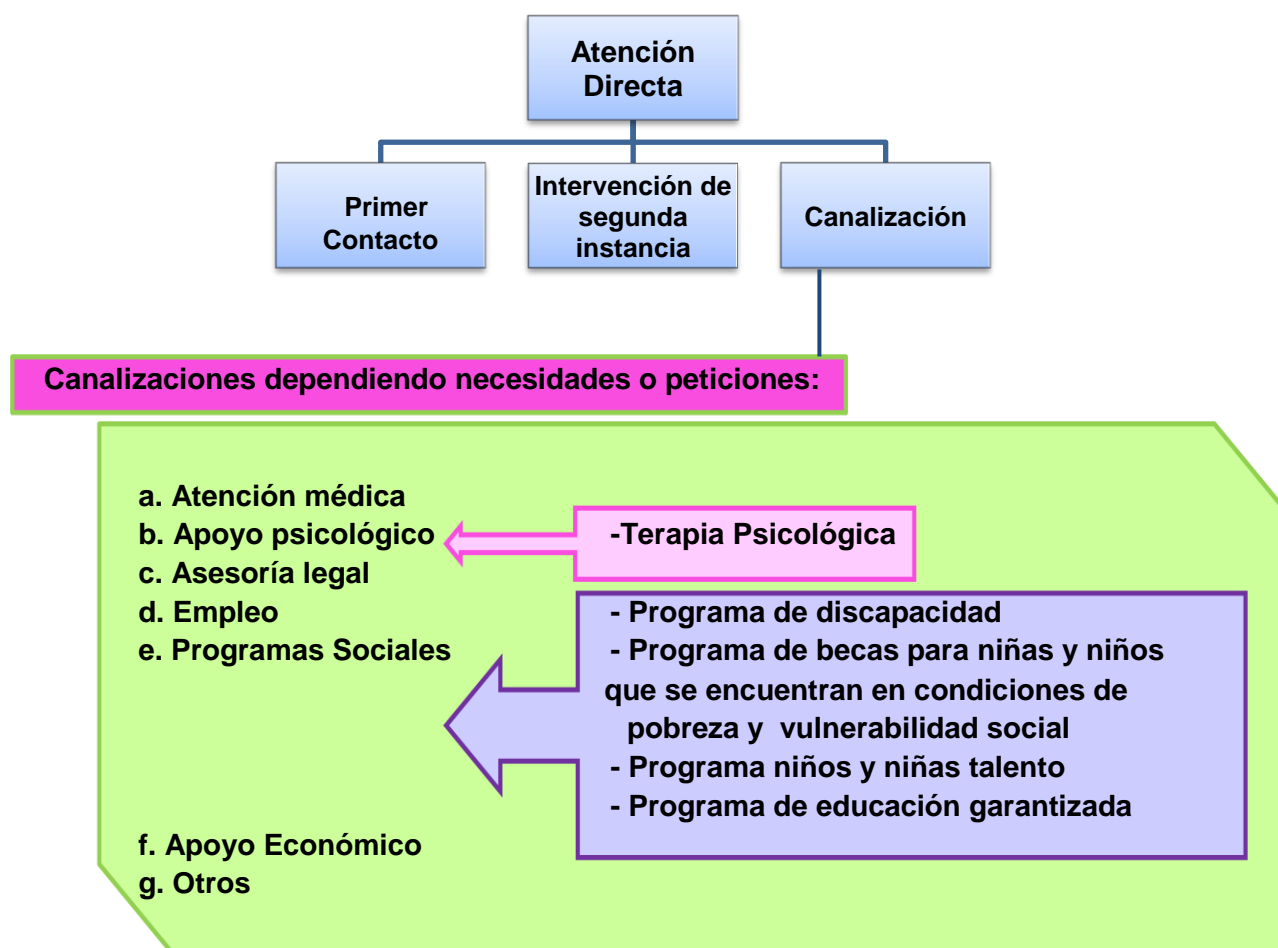


Figura 10. Esquema de canalización de la atención directa

Como podemos observar en la figura 10, se encuentran esquemáticamente las posibles canalizaciones que se realizaban, a continuación se explican:





- Atención médica.- Se realizaba este tipo de canalización cuando las personas afectadas continuaban con los síntomas de la enfermedad o cuando algún integrante de la familia se contagiaba.
 - Apoyo psicológico.- Al detectar síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático se realizaba la canalización a terapia individual con una organización civil denominada Tech-Palewi con quien se firmó un convenio debido a que cuenta con especialistas en duelo y trauma.
 - Asesoría legal.- Algunas personas fueron canalizadas a la asesoría legal ya que denunciaban negligencia médica al no atenderseles a tiempo.
 - Empleo.- Debido a la enfermedad muchas personas perdieron su trabajo por lo que se les integro a la bolsa de trabajo de la secretaría de trabajo.
 - Programas sociales.- Dependiendo las necesidades detectadas se les canalizaba a los distintos programas de gobierno. Para las personas con alguna discapacidad que les impedía el desempeño laboral se contaba con el programa de discapacidad del DIF-DF, para familias de escasos recursos se les canalizaba al programa de becas para niñas y niños que se encuentran en condiciones de pobreza y vulnerabilidad social. A los menores de edad que perdieron a alguno de sus padres por la enfermedad se les integraba al programa de educación garantizada.
 - Apoyos económicos.- Los apoyos económicos cubrían tanto gastos funerarios como gastos médicos que se realizaron debido a la enfermedad.
- g) Seguimiento.- Se realizó mediante llamadas o visitas para conocer el estado emocional, el estado de salud o la información respecto a los apoyos obtenidos por la canalización con la finalidad corroborar que a cada caso fue atendido y se le cubrieron las necesidades detectadas (CAPSIC 2009, ver figura 11).

1. Seguimiento

a. Llamadas o visitas periódicas para conocer:

- Estado emocional
- Estado de Salud
- Información respecto a la canalización

Figura 11. Esquema de seguimiento.



El realizar este seguimiento permitirá evaluar nuestra intervención.

- h) Evaluación.- La intervención se evaluó cualitativa y cuantitativamente dependiendo el número de casos atendido, la funcionalidad de nuestra atención y el lograr estabilizar emocionalmente a la población afectada. Para ello el área de sistematización se encargó de registrar el seguimiento de cada caso, el número de visitas, la intervención realizada por caso y su canalización. Este contacto directo durante toda la intervención nos permitió contar con resultados cuantitativos ya que se comparó la disminución de la sintomatología traumática respecto a la atención inmediata, la intervención de segunda instancia y la canalización a terapia individual; además de tener una percepción cualitativa dependiendo lo que cada persona atendida externaba en cuanto al servicio.

Lugar y Población

El presente modelo de intervención en crisis se aplicó con todas las personas contagiadas por el virus de influenza A (H1N1) y sus familias, así como con los familiares de las personas fallecidas por el virus, que principalmente tuvieran repercusiones en su estabilidad emocional por el impacto psicológico causado por la enfermedad o la pérdida de un ser querido.

Una de las condicionantes de la población atendida era que las personas debían vivir dentro del Distrito Federal ya que el modelo se desarrolló desde gobierno central.





ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

El modelo de intervención en crisis para personas afectadas por el virus de la influenza (A H1N1) fue aplicado a partir del 4 de Mayo del 2009 a enero del 2010 dentro del Distrito Federal y estuvo dirigido tanto para deudos como personas contagiadas por el virus, por lo que se obtuvo la siguiente información:

PERSONAS FALLECIDAS Y DEUDOS

Se registraron 41 decesos, siendo 20 hombres fallecidos y 21 mujeres fallecidas lo que indica que el sexo de las personas fallecidas no era significativo en cuanto al contagio y causas de muerte por la enfermedad (ver figura 12). Para proporcionar la atención psicológica se visitaron a las 41 familias de las personas fallecidas.

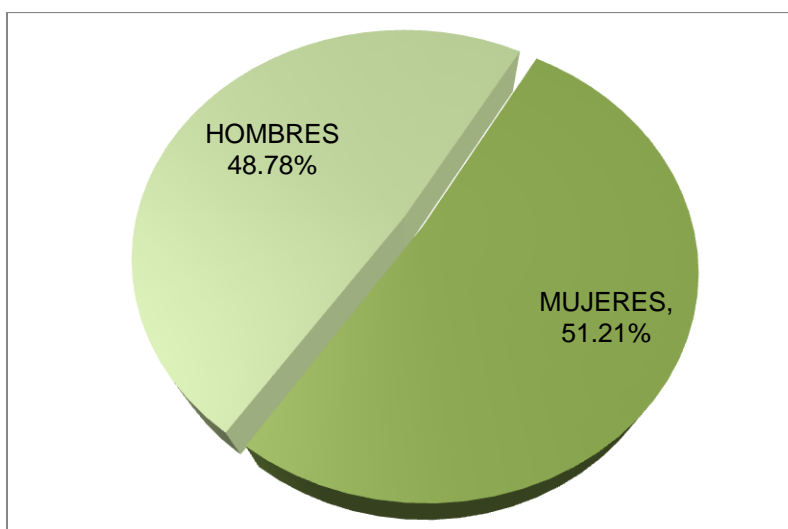


Figura 12. Gráfica de decesos por sexo.

Aunque teóricamente se encontró que las poblaciones con mayor riesgo de contagio de la enfermedad eran los niños menores de cinco años y los adultos mayores de 65 años, en México se registró que el 73.8% de las defunciones se presentaron en individuos de 20 a 54 años de edad (Solórzano & Miranda, 2009); en comparación, se encontró que el rango de edad de la mayoría de las personas fallecidas por el virus que detectamos va de los 32 a los 39 años con un total de 9 casos. También se encontraron 8 casos que van de los 24 a los 31 años de edad, lo que deja ver que la mayoría de nuestra población fallecida fueron adultos jóvenes (ver figura 13).





Por otra parte se detectó que no hubo ninguna persona fallecida de los 56 a los 61 años y que solo se encontraron 3 casos en un rango que va de los 62 a los 85 años de edad, dato importante ya que una de las poblaciones riesgo eran adultos mayores (ver figura 13). Posiblemente no hubo tantos casos en esta población ya que durante la contingencia se priorizó en la prevención para esta población.

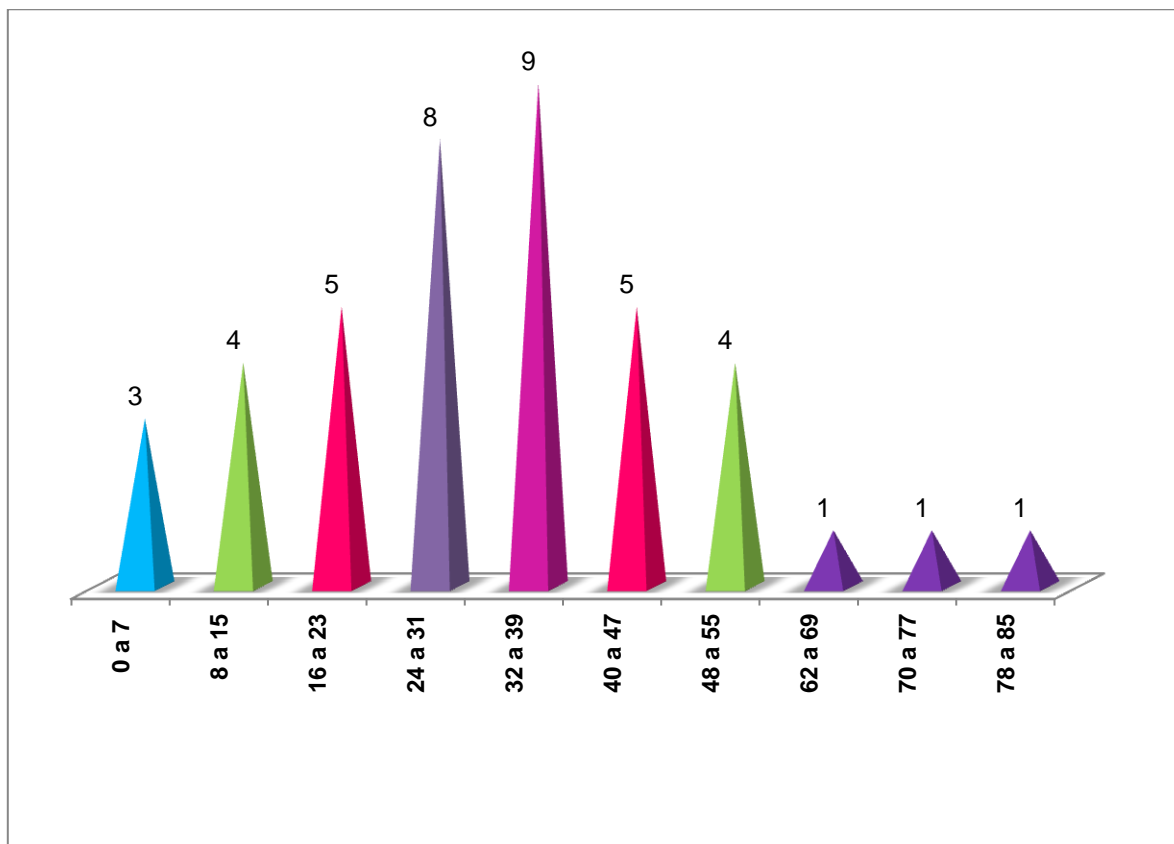


Figura 13. Gráfica de decesos por rango de edad.

En cuanto a la sintomatología de las personas fallecidas se tiene el dato de que el registró comenzó el 6 de abril y la mayoría de las personas que fallecieron presentaron la sintomatología de la enfermedad durante la última quincena del mes de abril con 27 casos y es justo durante esta quincena, específicamente el 23 de abril, que el gobierno de la Ciudad de México suspende actividades y labores (ver figura 14).



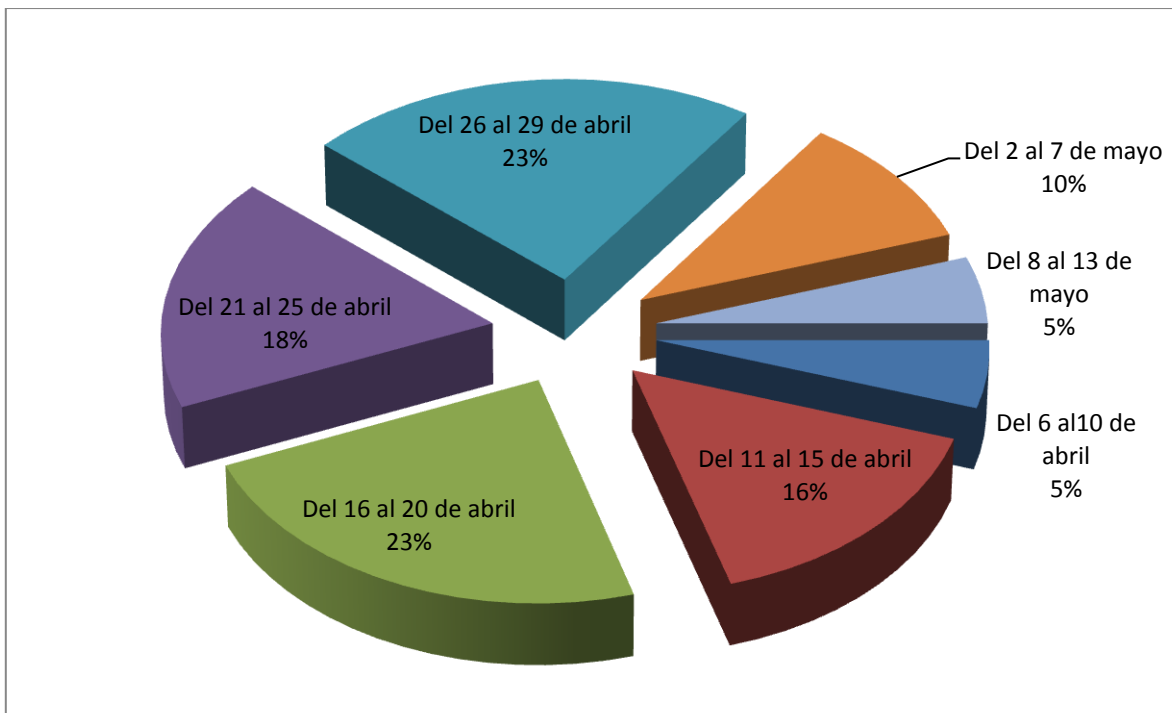


Figura 14. Gráfica con fechas de inicio de la sintomatología.

PERSONAS CONTAGIADAS Y SUS FAMILIAS

Se brindó atención a un total de 64 casos de personas contagiadas por el virus de influenza A (H1N1) y sus familias. De estos casos 34 eran mujeres y 30 hombres por lo que al igual que en los decesos no existe diferencia significativa en cuanto al contagio de la enfermedad respecto al sexo de la persona contagiada (ver figura 15).

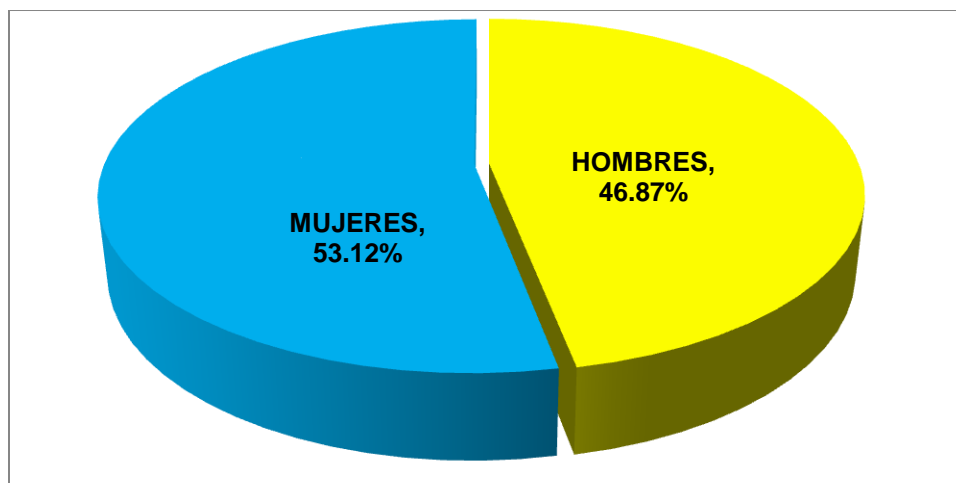


Figura 15. Gráfica de personas contagiadas por sexo.





En cuanto al rango de edad, se observa que la mayoría de personas contagiadas fueron niños con un total de 15 casos lo cual coincide con la población con mayor riesgo de contagio; sin embargo hubo recuperación. Por el contrario, en la población riesgo que son los adultos mayores se encontró que hubo menor número de casos registrados, siendo un total de 3 casos (ver figura 16).

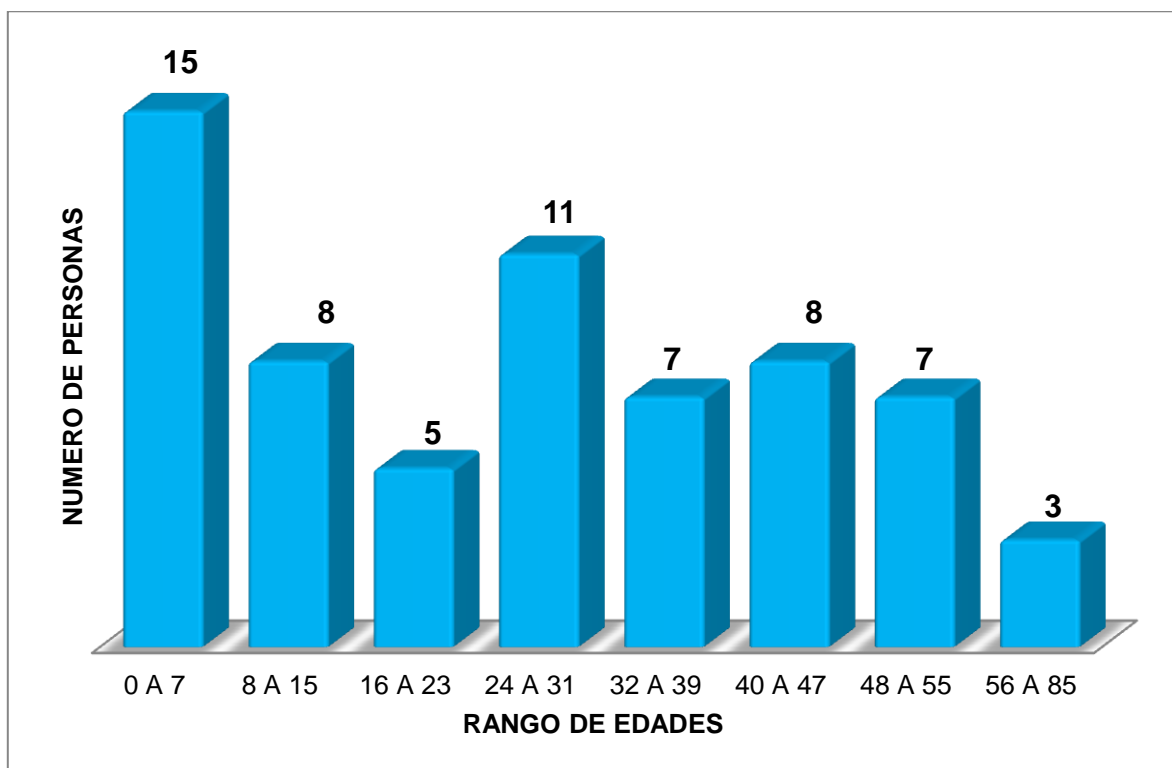


Figura 16. Gráfica de rangos de edad por personas contagiadas.

Al contrario que en la información encontrada en los decesos, podemos observar que la mayoría de las personas que se recuperaron estuvieron hospitalizados durante la última semana del mes de abril y la primera de mayo, detectando un total de 27 casos, lo que se podría atribuir a que los hospitales ya tenían mayor información en cuanto al virus, la forma de atención y su tratamiento (ver figura 17).



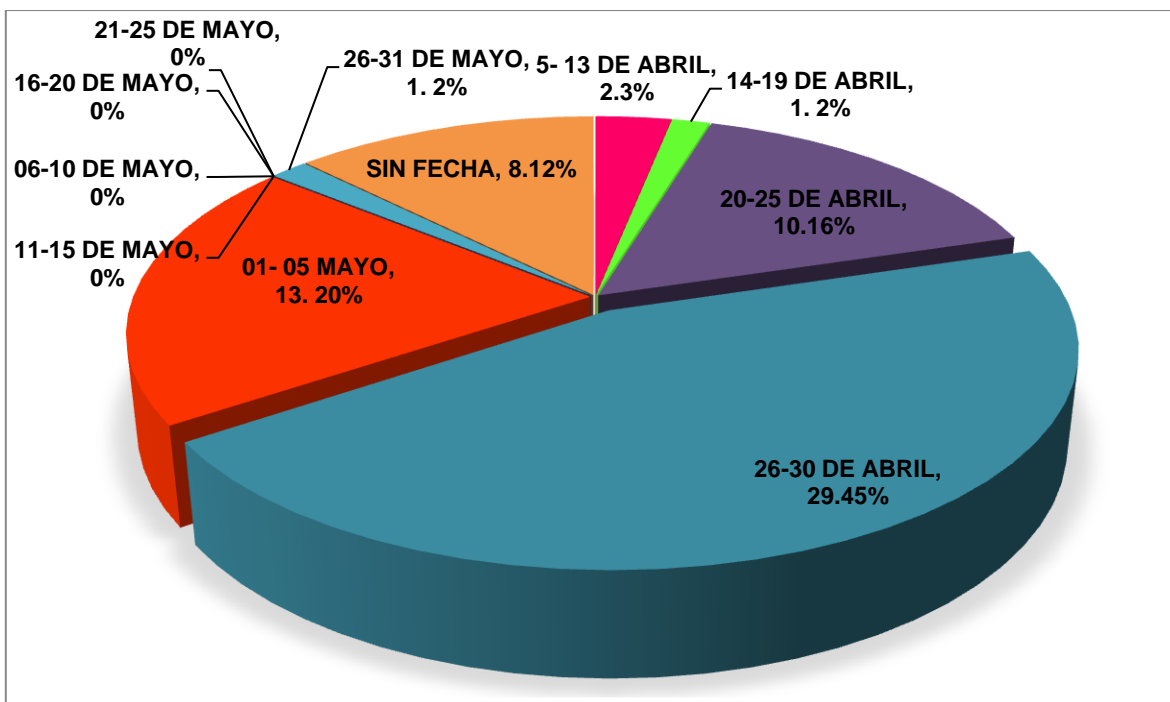


Figura 17. Gráfica de hospitalización de personas contagiadas.

Las zonas del Distrito Federal en donde se encontraron más casos registrados por contagio fueron Iztapalapa con 14 casos detectados, Gustavo A. Madero con 12 casos y Álvaro Obregón también con 12 casos registrados. Abarcando un total de 38 casos, lo que correspondería a más de la mitad de los casos atendidos distribuidos en 3 delegaciones (ver figura 18).

Como podemos observar, estas tres delegaciones posiblemente sean en las que predominan los casos de contagio debido al bajo nivel socioeconómico, las condiciones de vivienda y los parámetros de higiene, lo que puede propagar con mayor facilidad el virus. Un ejemplo de ello es que durante algunas de las visitas se tuvo contacto con personas que vivían dentro de campamentos en donde se observó que no se contaban con las condiciones de higiene, información y economía, lo que se convierte en un riesgo para contraer la enfermedad.

Por otra parte, en la única zona en donde no se detectaron casos de contagio por el virus de influenza fue en la Delegación Iztacalco.



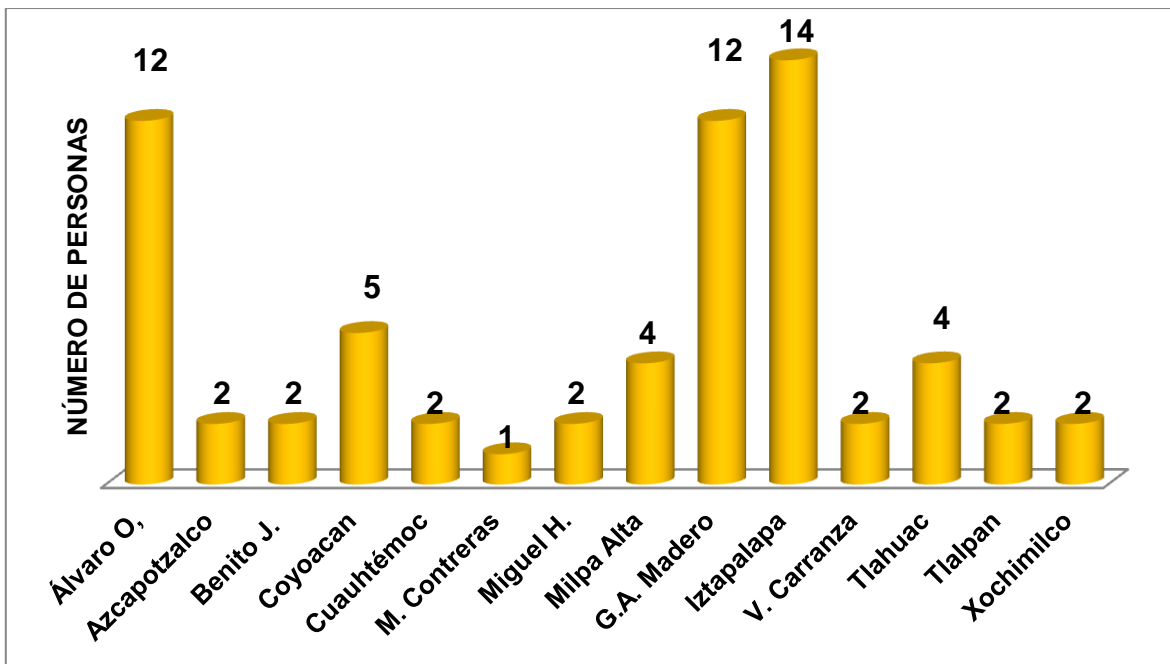


Figura 18. Gráfica de personas contagiadas por delegaciones.

APOYO PSICOLÓGICO

Se realizaron un total de 105 visitas domiciliarias, siendo 41 visitas a deudos y 64 visitas a personas contagiadas y sus familias (ver figura 19). Cada visita incluyó la contención emocional y la aplicación de los primeros auxilios psicológicos para ayudar a la persona a ubicar lo que la estresa o desgasta con el objetivo de desarrollar nuevas estrategias que evitaran el desborde emocional.

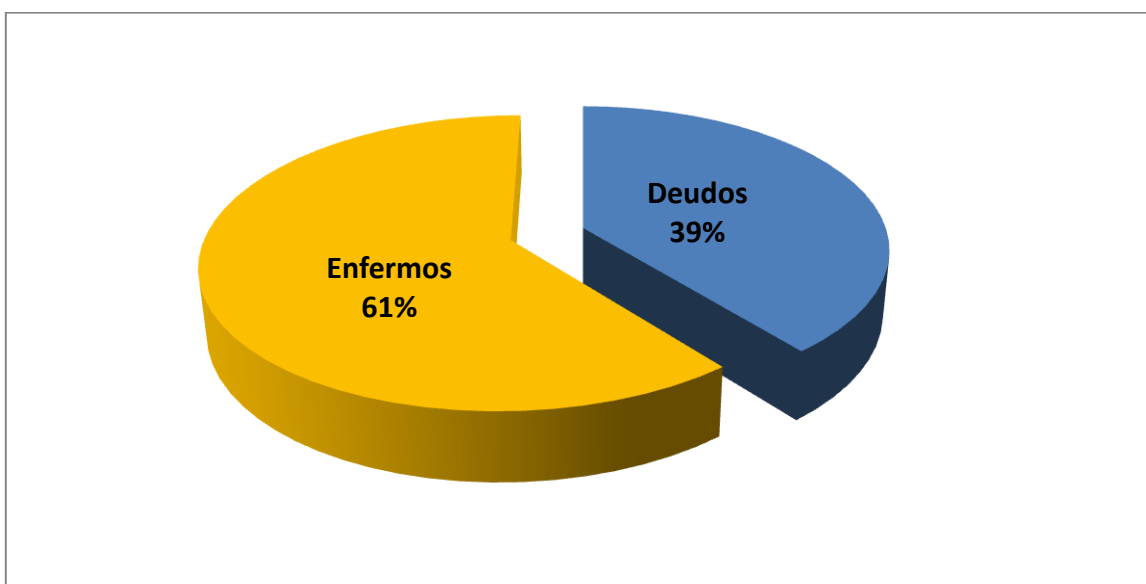


Figura 19. Gráfica de casos atendidos.





En algunos casos, cuando el impacto emocional no cedía y se continuaba con la sintomatología de estrés traumático, aun después de proporcionar la contención y los primeros auxilios psicológicos, se aplicaba la técnica de debriefing para las personas que requerían la atención y la psicoeducación.

El debriefing fue aplicado en 15 personas de las cuales 9 fueron deudos y 6 fueron personas contagiadas.

De los 105 casos que se les brindó atención inmediata sólo 43 casos fueron canalizados a terapia individual de los cuales, 31 eran deudos y 12 personas enfermas y/o familiares (ver figura 20).

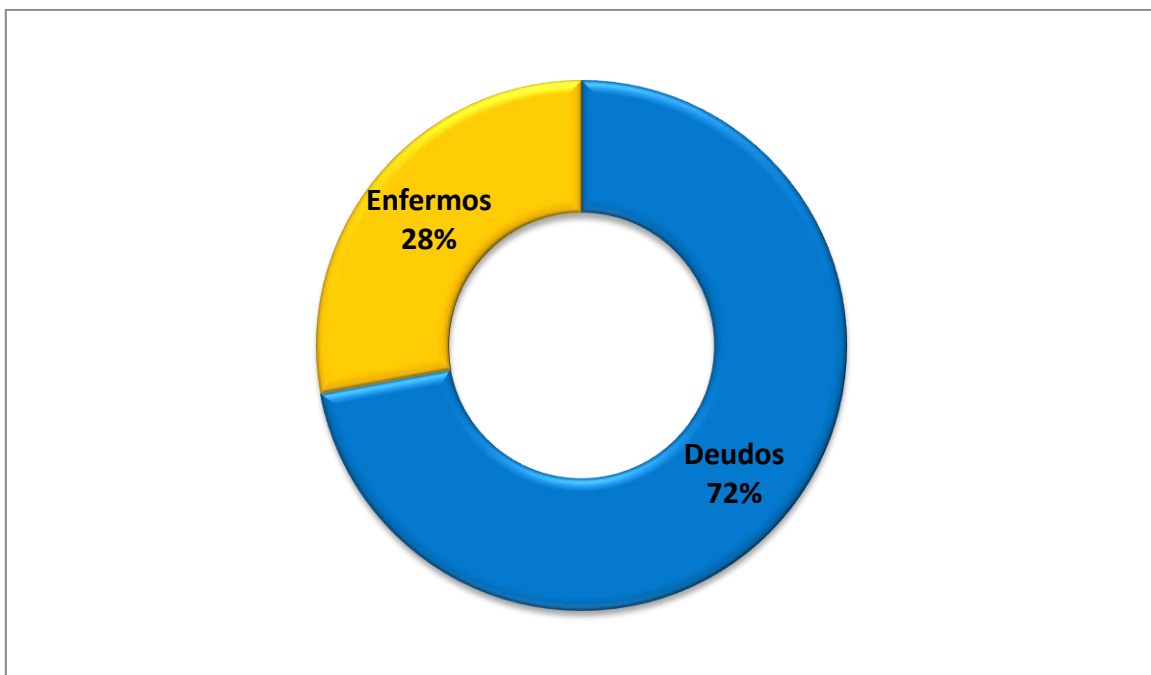


Figura 20. Gráfica de casos canalizados a terapia individual.

En la gráfica anterior podemos ver que la mayoría de las personas canalizadas a terapia individual después de brindar la atención inmediata fueron los deudos, este resultado se atribuye a que el impacto psicológico era mayor por la pérdida de un ser querido que por contraer el virus de influenza A (H1N1).

Uno de los indicadores de los cuales partimos para demostrar que la aplicación del presente modelo de intervención en crisis dirigido a personas afectadas por el virus de influenza A (H1N1) logró su objetivo es que se disminuyó el estado crítico en personas afectadas, mediante la atención inmediata (ver figura 21).





Es importante resaltar que se canalizó a terapia individual únicamente a las personas que después de 30 días continuaban con sintomatología postraumática: ansiedad, reexperimentación, consumo de sustancias, aplanamiento afectivo. O que requerían atención para la elaboración del duelo o duelo traumático. Por lo tanto, podemos visualizar en la grafica que aparece en la figura 21 la diferencia entre las personas que se les brindó la atención inmediata y no requirieron canalización a terapia individual y los que comenzaron a presentar Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) y se canalizaron a terapia.

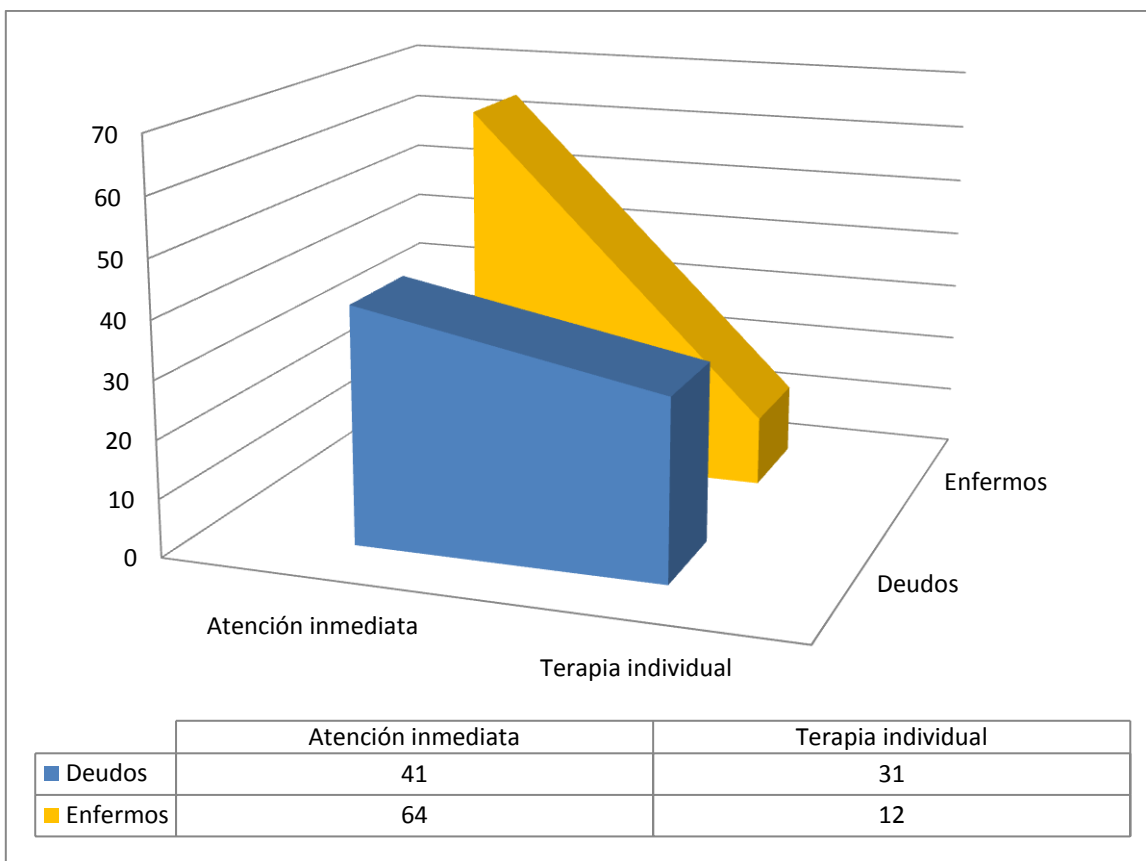


Figura 21. Gráfica comparativa de la atención inmediata y terapia individual.

En la gráfica anterior podemos observar que de los 41 casos de deudos a los cuales se brindó la atención inmediata, que abarca la contención emocional, los primeros auxilios psicológicos y el debriefing, solo 31 casos fueron canalizados a terapia individual lo que corresponde al 72% de los deudos, siendo más de la mitad por lo que el modelo no fue tan favorable para esta población lo cual atribuimos a la diferencia entre lo que es trauma y duelo. Sin embargo, el acompañar a esta población durante este proceso de perdida sensibilizó a las personas en cuanto a la importancia de recibir atención psicológica además de sentirse acompañadas durante un proceso difícil de asimilar.





Contrariamente en el caso de las 64 personas contagiadas por el virus de influenza A (H1N1) sólo 12 de los casos se canalizaron a terapia individual lo que corresponde únicamente al 19% de la población afectada por lo que el resultado fue favorable.

APOYOS SOCIALES

Dentro de los apoyos sociales que se otorgaron se incorporó al programa de Educación Garantizada a 10 menores, este programa consistió en otorgar un apoyo económico mensual a todos los menores de edad que estudian y ha fallecido alguno de sus padres como una forma de solventar su educación.

De la misma forma se canalizaron 4 casos a la Secretaría del Trabajo y Fomento al Empleo con la finalidad de ser integrados a la bolsa de trabajo que dicha Secretaría Coordina, los casos que requirieron esta canalización fue debido a que las personas contagiadas fueron discriminadas y despedidas y otras al no presentarse a trabajar por la misma enfermedad fueron despedidos.

Se atendieron 5 casos de asesoría legal, debido a que se detectaron despidos injustificados, propiedades intestadas, negligencias médicas y trámites para adquirir la patria potestad de un menor.

Se entregó apoyo para gastos funerarios de parte de la Secretaría de Finanzas, con la finalidad de apoyar a las familias que no contaban con el recurso suficiente para subsidiar el gasto.

Se brindó atención médica integral a través de la Secretaría de Salud del GDF a 17 familias, de los cuales 8 eran deudos y 9 personas contagiadas por el virus dándoles la apertura a los afectados y sus familias de prevenir y atender el contagio por el virus de influenza A (H1N1).

Estos apoyos sociales proporcionaron mayor estabilidad emocional además de sentirse atendidos, valorados y acompañados, debido a que los afectados cubrían algunas de sus necesidades y se les facilitaba en cierta medida el proceso crítico. Por lo que este apoyo social contribuía para disminuir el impacto del estrés postraumático.

FACTORES QUE INFLUYERON DURANTE LA INTERVENCIÓN

Dentro de las complejidades que observé durante la intervención fue que la población afectada se sentía estigmatizada y discriminada por algunos de sus vecinos y por los compañeros de trabajo, además de que en los hospitales se



seguían protocolos de suma higiene y áreas aisladas y en cuarentena, lo cual influía en de manera directa en el estado emocional, creando conductas de aislamiento, exclusión social, ansiedad y sentimientos de enojo.

Es importante señalar que todas las personas que habían perdido un familiar debido a la enfermedad, narraban este proceso como súbito, confuso y sumamente perturbante por la sintomatología presentada, ya que la enfermedad que comenzaba como una gripa cotidiana que desaparecería con una aspirina, finalmente encubría la sintomatología hasta volverse una enfermedad compleja y totalmente desconocida. Los deudos al hablar de esta etapa la visualizaban como un intenso sufrimiento debido a que uno de los síntomas predominantes era la asfixia. Por lo tanto, vivir este proceso generaba duelos traumáticos con altos niveles de impacto psicológico.

Debido a que algunas de las medidas preventivas del contagio de la enfermedad era no saludar de beso, mantenerse a una distancia de 1.8 metros de ser posible, reducir la interacción al menor tiempo posible y utilizar cubreboca o mascarilla, éstas, eran medidas preventivas que repercutían de manera considerable en el afrontamiento de la enfermedad, ya que aparte del estrés y la ansiedad que generaba la enfermedad junto con la incertidumbre de la recuperación y tratamiento, las personas afectadas manifestaban que la falta de contacto afectivo con sus seres queridos dificultaba el proceso de recuperación ya que requerían sentirse amados y aceptados durante esta fase crítica.

Otro de los factores que influyó en la intervención fueron las medidas preventivas, ya que si bien la persona enferma debía utilizar cubrebocas y mascarilla además de seguir las medidas de higiene recomendadas, uno como profesional, debía seguir estas medidas, por lo que para cada visita nos presentábamos con cubrebocas, guantes y la aplicación de gel antibacterial. Durante las visitas domiciliarias estas medidas eran percibidas por las personas afectadas como una forma discriminativa, ya que no solo lo habían vivido durante su hospitalización, sino ahora durante su recuperación; por lo que a pesar de saber que era un riesgo de contagio el no llevarlas a cabo, sí las disminuimos al detectar este factor, lo cual beneficio las posteriores visitas en donde las personas se percibían menos estigmatizadas favoreciendo la intervención realizada.

Es importante visualizar estos factores ya que tanto los beneficios como las repercusiones influyeron directamente en la aplicación del presente modelo de intervención en crisis.





CONCLUSIONES

La aplicación del modelo de intervención en crisis para personas afectadas por el virus de influenza (A H1N1) nos permite observar que al llevar a cabo una intervención inmediata ante una situación crítica, se posibilita la estabilidad emocional previniendo el trastorno de estrés postraumático.

Este modelo tiene también como finalidad sensibilizar en la importancia de contar con un programa a nivel gubernamental para atender este tipo de emergencia emocional; ya que se carece de estrategias adecuadas para enfrentar situaciones de crisis.

Además, el generar programas de forma emergente por cada situación crítica que se enfrenta ocasiona una intervención desorganizada que no permite contar con una evaluación como tal, ya que la premura en la atención realizada muchas veces no permite la sistematización porque la operación sobrepasa el vaciado de datos o la generación de formatos; también, la realización del seguimiento deja de contemplarse como prioritaria debido a que generalmente la institución lo que requiere son datos del número de personas atendidas en el momento. Por lo tanto, es de suma importancia que a nivel gubernamental se cuente con programas que atiendan la emergencia emocional ya que no solo se incidiría en la prevención, sino que se podría disminuir el impacto emocional que genera una situación de crisis.

Si bien, la mayor parte de las veces que se realiza una intervención de este tipo evalúa sus resultados a partir de la comparación entre el número de personas atendidas de forma inmediata mediante las diferentes técnicas de la intervención en crisis, y el número de personas que requirieron una canalización a la atención especializada, es importante que se pueda contar con indicadores más precisos para evaluar la intervención por lo que se propone el instrumento que aparece en el anexo 2.

Como podemos observar, este instrumento consta de 7 rubros, llenados a lo largo de nuestra intervención durante tres momentos. A partir del primer contacto se llenarán los rubros del I al VI (sin estar frente al paciente), el rubro VII será llenado en los siguientes dos momentos: una vez terminada la atención se le solicita a la persona atendida su opinión acerca de la intervención realizada y posteriormente al mes del cierre se finalizará con las observaciones globales de la persona que realizó la intervención. A continuación se describe la finalidad de cada uno de los siete rubros:





- I. Datos del afectado/a.- Este rubro abarca la ficha de identificación de la persona a la que se atiende así como la fecha de la atención y la persona que atiende, esta última es la que finalizará el llenado del instrumento después de un mes de finalizar la atención.
- II. Tipo de crisis.- Permite identificar el tipo de crisis por la que pasa la persona, la fecha del suceso y la denominación de éste como una forma de tener un indicio de la afectación.
- III. Urgencia.- Nos permitirá priorizar en la atención así como la forma de la atención. Si hay riesgo suicida la atención debe ser más directiva.
- IV. Nivel de severidad.- Este rubro es muy importante ya que no todas las personas sufren el mismo impacto ante una crisis similar ya que dependerá la severidad, la resolución de sucesos traumáticos vividos con anterioridad, su forma de afrontamiento y la resiliencia de la persona.
- V. Presencia de recursos.- Nos permite tener un panorama de los recursos con los que cuenta la persona, los cuales pueden ser favorables para nuestra intervención.
- VI. Afectación.- Este rubro abarca el estatus de la persona afectada, la presencia de pérdidas, sucesos traumáticos anteriores y la sintomatología presentada durante el suceso crítico y posterior a él, como una forma de visibilizar la presencia de TEP y el tipo de atención que requerirá la persona afectada.
- VII. Evaluación de la atención.- El instrumento se cierra con este rubro en el que se le solicita a la persona atendida una opinión de la atención realizada y las observaciones que pudiera tener la persona que atiende. Este rubro deberá ser llenado una vez que se finalice la atención y su seguimiento, esto es cuando se da por cerrado la atención al caso.

Los indicadores que contiene el instrumento nos permitirán identificar el impacto de cada persona ante la situación crítica y la evaluación posterior que indique los efectos directos de la atención.

Estos resultados variarán respecto a la gravedad del suceso precipitador, los recursos personales con los que la persona cuenta y los contactos sociales, lo que potenciará un punto de cambio para el afrontamiento o todo lo contrario.

Por otra parte, también es importante resaltar que todo el personal de primer contacto que realiza este tipo de intervención debe contar con:





➡ **Contención**

Por el tipo de atención que se realiza es importante y necesario se brinde un espacio terapéutico en el cual exprese los sentimientos evocados durante el trabajo de intervención y así trabajar con ellos. Esto evitará la acumulación de estrés, la generación del síndrome de Burnout y la generación de trauma vicario.

➡ **Actualización**

La actualización en el campo psicosocial, de intervención en crisis y trauma es importante porque es un tema de vanguardia y constantemente se renueva la información, lo que permitirá dotar de mayores herramientas.

➡ **Especialización**

La especialización nos permitirá homogenizar la información y de esta manera brindar una atención adecuada en las diversas situaciones traumáticas que puedan suscitarse.

➡ **Supervisión**

La supervisión de los casos permitirá no perder la objetividad, ni fomentar la contratransferencia en cada uno de éstos, ni la victimización; además de ampliar el panorama de atención.

➡ **Compartir experiencias**

La retroalimentación con otros especialistas en crisis nos ayudará al fortalecimiento del modelo de intervención en crisis, además de que por medio de publicaciones se podrá compartir la forma de intervención ante diversas poblaciones atendidas.

Lo anterior permitirá continuar con una atención profesional, de calidad y autocuidado, previniendo para sí el síndrome de burnout y el trauma vicario además de todas las reacciones que se pueden generar después de atender casos de trauma psicológico gracias a la especialización y la actualización constante.



Finalmente me gustaría concluir mencionando que esta experiencia además de dotarme de conocimiento acerca de la temática de crisis y las diferentes técnicas aplicadas en situaciones traumáticas me ayudó a desarrollar diversas habilidades desde el ámbito profesional para el trabajo con personas en crisis. Mejorando así mi escucha, la forma de abordar a las personas, mi capacidad de analizar situaciones difíciles sin perder de vista el contexto en que se desarrollan, a mejorar mi autocuidado y desarrollar sensibilidad, empatía, observación, organización y asertividad. Así mismo, a nivel personal me hizo valorar más a mi familia y a todas las personas importantes en mi vida.





REFERENCIAS

- Álvarez, J. M. y Cruz C. C. (2007) *Mecanismos y herramientas psicológicas para enfrentar una situación de desastre*. (Disponible en el Programa de Intervención en Crisis de la Facultad de Psicología, UNAM)
- American Psychiatric Association (1995) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson S.A. (Texto revisado)
- Arango M.C. (2005) Curso taller sobre el derecho a la no discriminación de las personas con VIH/SIDA. *Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación 2005*. México: CONAPRED. 1-163
http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/CT_VIH.pdf
- Arumir, R. (2009) *Protocolo para el desahogo psicoemocional del personal que atiende emergencias y desastres en el área de protección civil del Distrito Federal*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bastos J.L., Eduardo F., Celeste R.K. & Barros A. (2012) Explicit discrimination and health: development and psychometric properties of an assessment instrument. *Revista de Saúde Pública*, 46 (2), 269-278. doi: 10.1590/S0034-89102012000200009.
- Bloqué, M. C. & Rello J. (2009) Puntos clave para la orientación y manejo terapéutico de los casos graves de gripe A (H1 N1) en urgencias. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 21 (5), 370-375.
- Bourhis, R., Gagnon A. & Moïse L. (1996). Discriminación y relaciones intergrupales. En R. Bourhis & J. Leyens (Ed.) *Estereotipos, discriminación y relaciones entre grupos* (cap. 8 pp.139-145). España: Mc. Graw-Hill.
- Carbó, T. (2010) La visibilización de un enemigo invisible: La influenza A (H1N1) En fotografías de prensa. *Desacatos*. 32, 1-2.
- Chinchilla, A. (2003) *Manual de urgencias psiquiátricas*. Barcelona España: MASSON.
- Conz, C. A., Barbosa M. A. & Pinto M.C. (2009) Promoting affective attachment at the neonatal intensive care unit: a challenge for nurses. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43 (4), 849-855.
- Domínguez, B., Valderrama, P., Olvera, Y., Pérez, S. L., Cruz, A. & González L. M. (2002). *Manual para el taller teórico-práctico de manejo de estrés*. México: Plaza y Valdés.



- Dzib, J. P., Moo J. & CHAN J. G. (2010) Técnicas psicoterapéuticas para proteger la confidencialidad y la responsabilidad legal: implicaciones del Biofeedback y Eeasp en el contexto jurídico. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 6 (2), 441-448.
- Fernández, L. A. & Rodríguez V. B. (2002) *Intervención en Crisis*. Madrid: Síntesis S.A.
- Ferrari, H. A. (2008) *Salud mental en medicina* (2a. ed.) Rosario: Corpus Libros Médicos y Científicos.
- Galimberti, U. (2002) *Diccionario de psicología*. (1a. ed.). México: Siglo veintiuno editores, s.a. de c.v.
- Gobierno del Distrito Federal, GDF (2009, 4 de mayo). *Acuerdo por el que se constituye la comisión de apoyo a las víctimas de la influenza causada por el virus H1N1 en el Distrito Federal*. Gaceta Oficial del Distrito Federal, Décima Séptima Época 581 p. 2-4.
- López M., Laviana M., Fernández L., López A., Rodríguez A. M. & Aparicio A. (2008) La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*. 28 (1), 48-83. doi: 10.4321/S0211-57352008000100004.
- Martínez, C., Alonso, C., Castro, P., Álvarez, P., Oviedo, C. & Ellwanger, J. (2004) *Efectividad de la técnica de intervención en crisis en un servicio de urgencia de un Hospital General*. *Terapia Psicológica*, 22 (002), 177-184.
- Menossi, M. J. & Zorzo, J. C. (2012) The dialogic life-death in care delivery to adolescents with cancer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 20 (1) 126-134.
- Morrison, V. & Bennett, P. (2008) *Psicología de la salud*. Madrid: PEARSON EDUCACIÓN.
- O'Connor N. (2007) *Déjalos ir con amor: la aceptación del duelo*. (2a. ed.). México: Trillas.
- Olivares, J. & Méndez, F. (2005) *Técnicas de modificación de conducta* (4a. ed.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Organización Panamericana de la Salud (2004) *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington, D.C.: OPS.



- Ortiz-Hernández L. & García M. (2005) Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales en la ciudad de México. *Cuadernos de Saúde Pública*. 21 (3), 913-925. doi: 10.1590/S0102-311X2005000300026
- Parada E. (2008) *Psicología y emergencia: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. España: DESCLÉE DE BROUWER.
- Perren-Klingler, G. (2003) *Debriefing: modelos y aplicaciones*. Suiza: Institut Psychotrauma.
- Pineda, M. C. & López-López, W. (2010). Atención Psicológica Postdesastres: Más que un "Guarde la Calma". Una Revisión de los Modelos de las Estrategias de Intervención. *Terapia Psicológica*, 28, 155-160.
- Rubin B. & Bloch E. (2000). *Intervención en crisis y respuesta al trauma*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Santacruz, E. J. (2008) Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37.
- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF-DF (2013), de <http://www.dif.df.gob.mx/dif/quienes.php>
- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF-DF (2012a), de http://www.dif.df.gob.mx/dif/atribuciones_02.php
- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF-DF (2012b), de <http://www.dif.df.gob.mx/dif/quienes.php>
- Slaikeu, K. A. (2000). *Intervención en Crisis: Manual para la práctica e investigación* (2a. ed.). México: Manual Moderno.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código Ético de Psicología* (4a. ed.). México: Trillas
- Solórzano, F. & Miranda, M. G (2009). Influenza. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. 66 (5), 461-473. Recuperado en 18 de octubre de 2012.
- Sosa C. & Capafóns J. (2005) *Estrés Postrumático*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Vázquez M. I. (2001) *Técnicas de Relajación y respiración*. Madrid: Síntesis.
- Vinaccia S. & Quiceno J. (2011) Calidad de vida relacionada con la salud y factores psicológicos: Un estudio desde la enfermedad pulmonar obstructiva crónica – EPOC. *Terapia Psicológica*, 29 (1), 65-75.



ANEXOS

ANEXO 1. Formatos aplicados por la Subdirección de Atención Directa.

- A. Entrevista Hospitalizados
- B. Ficha general de expedientes
- C. Ficha de identificación del caso

ANEXO 2. Propuesta de evaluación.



ENTREVISTA

I. DATOS DEL AFECTADA/O

Nombre

Primer Apellido Segundo Apellido Nombre – s

Sexo M ___ H X **Edad** 45 07
Años Meses **Fecha de Nacimiento** 17 10 1963
Día Mes Año

Estado civil :

Lugar de Nacimiento: Guadalajara Jalisco

1. Soltero/a ___
2. Casado/a X Régimen _____
Bienes: Separados Mancomunados
3. Concubinato ___
4. Divorciado ___
Otro _____

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Radio Operador en la Dirección de comunicaciones en la SSP

II. DOMICILIO

Calle **Núm.**

Colonia **Tlalpan Delegación**

Teléfonos:

Casa : _____
Cel: _____
Pertenece a _____
_____ (esposa)

Calles de referencia : A una cuadra de la Iglesia Cristo Salvador

III. ESTRUCTURA FAMILIAR. (Personas con las que vive el afectado y/o vivió el finado(a) sin contar al mismo)

	Nombre completo	Parentesco	Edad	Sexo H ó M	Estado Civil	Escolaridad Concluidos ó inconclusos. Grado y escuela	Ocupación y lugar de desempeño	Aporta al Ingreso Familiar
1	_____	Esposa	42	M	Casada	Licenciatura	Analista Jurídico	\$ 6,000.00 (ella y su esposo)
2	_____	Hija	14	M	Soltera	3ro. Secundaria	Estudiante	
3	_____	Hija	12	M	Soltera	1ro. Secundaria	Estudiante	
4	_____	Hijo	7	H	Soltero	2do. Primaria	Estudiante	
5								

*Si es estudiante o trabajador ubicar lugar

TOTAL DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA : 5

NIVEL SOCIOECONÓMICO FAMILIAR: Medio



IV. PROGRAMAS DE APOYO

¿CUENTA CON ALGÚN PROGRAMA DE APOYO GUBERNAMENTAL? (NO) (SI)	
PROGRAMA	BENEFICIARIO
No cuenta con ningún programa	

V. VIVIENDA

Tipo de vivienda:	OBSERVACIONES DE LA VIVIENDA
<input checked="" type="checkbox"/> Casa sola <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> *Vivienda independiente <input type="checkbox"/> Cuarto	Solo pagan gastos dentro de la vivienda

*TOTAL DE VIVIENDAS EN EL PREDIO ___1___ TOTAL DE PERSONAS QUE HABITAN EN EL PREDIO : ___5___

VI. INGRESO DEL AFECTADO(A) AL SISTEMA DE SALUD

1. FECHA DE INICIO DE LOS SÍNTOMAS. 07/05/2009	
2. PRINCIPALES SÍNTOMAS: Temperatura, ojos llorosos, dolor de cabeza y cuerpo	
3. FECHA DE HOSPITALIZACIÓN: 12/05/2009	5. LUGAR DE HOSPITALIZACIÓN: INER
4. FECHA DE ALTA DEL HOSPITAL:	6. SITUACIÓN DE SALUD ACTUAL: HOSPITALIZADO
OBSERVACIONES DE LA ATENCIÓN: La familia primero asistió al Hospital Darío Fernández del ISSSTE en donde no lo recibieron y lo mandan a su casa, ese mismo día lo llevan al INER. Para trasladarlo se le llamó a la ambulancia quien proporcionó un mal servicio. En el INER la atención ha sido de calidad y la familia está satisfecha.	
6. SEGURIDAD SOCIAL: IMSS ___ ISSSTE <u>X</u> SERVICIOS DE SALUD DEL GDF ___ PARTICULAR ___ OTROS ___	

¿ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA HA PRESENTADO SÍNTOMAS? Se le proporcionó antiviral a toda la familia para prevenir.

Nombre	Parentesco	Síntomas	Ha sido atendido	
			SI	NO
██████████████████	Esposa	Fiebre, dolor de huesos, escurrimiento nasal y fiebre (38ª)	X	

VII. ¿ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA HA PRESENTADO CAMBIOS EN SU ESTADO EMOCIONAL, ACTIVIDADES COTIDIANAS, RELACIONES INTERPERSONALES, ETC?

Nombre	Parentesco	Descripción del cambio	Ha recibido atención psicológica	
			SI	NO
[REDACTED]	Esposa	Disminuyó su alimentación y sus horas de sueño. Hay angustia.		X
[REDACTED]	Hija	No duerme bien, hay preocupación por su padre.		X
[REDACTED]	Hijo	Se levanta llorando, hay preocupación y no ha dormido bien.		X

VIII. RED SOCIAL Y/O FAMILIAR DE APOYO

EL AFECTADO HA RECIBIDO APOYO POR PARTE DE:

LA FAMILIA (NO) (SI) ¿Quiénes lo proporcionan? Familia nuclear y extensa (cuñados, hermanos, etc.)	AMIGOS/VECINOS/OTROS (NO) (SI) ¿Quiénes lo proporcionan? Por parte del trabajo
CARACTERÍSTICAS DEL APOYO: Se han estado turnando para quedarse en el hospital acompañándolo.	CARACTERÍSTICAS DEL APOYO: Les han dado las facilidades tanto al afectado como a su esposa de faltar a su trabajo con goce de sueldo.

IX. CANALIZACIONES

CONCEPTO	NOMBRE DEL SOLICITANTE	PARENTESCO	DESCRIPCIÓN BREVE DE LA SITUACIÓN	ATENCIÓN URGENTE	
				SI	NO
ATENCIÓN PSICOLÓGICA	Toda la familia nuclear	Hijos y esposa	Han vivido mucha angustia por la misma enfermedad del Sr. [REDACTED]. La familia decide esperar a que se le dé de alta para recibir este apoyo.		X
ATENCIÓN MÉDICA					
ASESORÍA LEGAL					
OTROS	[REDACTED]	Esposa	Requiere apoyo económico, ingresar al programa oportunidades de Gobierno Federal y un justificante para su trabajo.		

OBSERVACIONES GENERALES: El caso se nos canaliza directamente por parte de la SSP y del Dr. [REDACTED].

Entrevista concluida (SI) (NO)

Motivo de la próxima visita: completar cedula y recoger documentación

Fecha propuesta 02/06/2009

¿Quiénes realizaron la entrevista? [REDACTED] Teléfono [REDACTED]
Berenice González Teléfono [REDACTED]

Fecha de aplicación: 28 de Mayo de 2009

Persona entrevistada: [REDACTED] (esposa del afectado)

ANEXO 1 APARTADO B.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del Afectado: [REDACTED]

Caso: Influenza (fallecido)

Fecha de fallecimiento: 17/04/2009

Tipo de Apoyo: Económico

Comprobante:

Hospital donde se atendió: Hospital General de Iztapalapa

Descripción del caso:

El Sr. [REDACTED] falleció a causa del virus de la influenza, la familia se encuentra muy molesta debido a que mencionan hubo negligencia médica por no haber recibido la atención en el Hospital Belisario Domínguez a pesar de la gravedad con la que se presentaron en este hospital. De aquí se trasladaron al Hospital General de Iztapalapa donde es pasado a consulta, le mandan tratamiento médico y lo mandan a casa. Dos días después lo llevan nuevamente al Hospital General de Iztapalapa en donde por fin es internado y fallece al siguiente día. Cabe destacar que el afectado no contaba con seguridad social.

Al ser éste el único proveedor económico deja a su esposa de 33 años y sus tres hijas de 7, 6 y 3 años de edad respectivamente.

Aunque la familia vive en la misma casa de los suegros tienen un cuarto en la parte de atrás de la casa en donde al realizar la visita domiciliaria, por las condiciones precarias de la vivienda, se percibió que ésta podía ser un factor de riesgo de contagio además de que apenas cuentan con los servicios básicos para mantener las condiciones de higiene y prevención del contagio.

Por otra parte a la familia se le brindó la atención psicológica debido a la afectación emocional que hubo en los integrantes de la familia.

Responsables de la Atención: [REDACTED] y Psic. Berenice González Valencia

Nombre y Firma

ANEXO 1. APARTADO C. FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

NOMBRE [REDACTED] **SEXO** Hombre **FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO** 01/09/1980 Iztapalapa D. F. **OCUPACIÓN** Transportista Particular **ESTADO CIVIL** Soltero

FECHA 06/04/2009 **DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO** [REDACTED] **COLONIA** [REDACTED] **DELEGACIÓN** GAM **CODIGO POSTAL** 7760 **CALLES DE REFERENCIA** [REDACTED] **TELEFONOS: CASA** [REDACTED] **CELULAR** [REDACTED] **PERTENECE A** [REDACTED] (hermana)

Emocional

CONDUCTUAL	La familia tiene la disposición de asistir con un especialista en tanatología para poder sobrellevar la pérdida (esta idea fue sugerida por la misma familia). Durante la entrevista la familia coopero y proporcionó la información requerida. Las actividades cotidianas de la familia se han visto afectadas debido a la misma asistencia al médico y el dejar de laborar temporalmente para asistir a los familiares enfermos.
AFECTIVO	La familia presenta miedo a perder otro integrante de la familia y angustia debido a la posibilidad de contagio. También experimentan un sentimiento de rechazo por parte de los vecinos quienes han estigmatizado a la familia y hay mucho enojo por la atención médica no recibida.
SOMATIZACIÓN	Posiblemente en algunos de los integrantes de la familia que están presentando los mismos síntomas que el afectado (principalmente tos y gripa) se deba a una somatización.
INTERPERSONAL	Las relaciones familiares son muy fuertes y estables debido a que la familia es muy unida (padres del afectado, hermanos y tíos) apoyándose tanto emocionalmente como en lo económico, sin embargo las relaciones sociales se han visto limitadas y muy debilitadas por la misma estigmatización que viven por parte de los vecinos.
COGNITIVO	La familia tiene conciencia de la perdida que ha vivido y por lo mismo piensa en lo vulnerable que son y en la posibilidad de enfermar. Hay ubicación en tiempo espacio y lugar.

ANEXO 1. APARTADO C. FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Médico

En la vivienda habitan un total de 11 personas de las cuales cuatro han presentado algún síntoma (madre, hermana y dos sobrinos del afectado) han sido tratados medicamente en la clínica 20 y actualmente los tres se encuentran estables.

La familia muestra enojo debido a la atención médica que no recibieron oportunamente, además de que en el Hospital Rubén Leñero refieren no haber recibido información del paciente en ningún momento en el que éste estuvo hospitalizado.

En la Clínica 20 del IMSS en donde se le está dando seguimiento y tratamiento médico a la Sra. [REDACTED] (madre del afectado) la Dra. [REDACTED], epidemióloga de dicha institución, se niega a la atención.

Descripción del caso:

El joven fallecido de 28 años de edad tenía un mes de vivir en unión libre con [REDACTED] y los dos hijos de esta, de los cuales, el menor de 6 años de edad es autista.

Debido a que toda la situación de la enfermedad fue de manera inesperada, la familia tuvo que realizar diversos gastos, tanto médicos como funerarios, por lo que tuvieron que pedir prestado a diferentes familiares y amigos.

El afectado era transportista de tres camionetas, a raíz de su fallecimiento los clientes que ya tenía se han negado a contratar nuevamente los servicios por la causa de su fallecimiento, ya que temen contagiarse. Quien se está encargando actualmente de estas camionetas es el Sr. [REDACTED] (padre del afectado).

Canalizaciones

Atención Médica	A tres integrantes de la familia: [REDACTED] de 52 años (madre), [REDACTED] de 30 años (hermana) y [REDACTED] de 2 años (sobrino).
Atención Psicológica	Canalización para [REDACTED], de preferencia por las mañanas.
Atención Sociales	El Sr. [REDACTED] (padre del afectado) pide apoyo para seguir trabajando, solicita que se les contrate en alguna dependencia en la que puedan llevar a cabo sus servicios de transportista.
Atención Legal	Canalización a la Consejería Jurídica para hacer denuncia de la posible negligencia médica al negar la atención a la Sra. [REDACTED] la cual continúa en tratamiento por presentar un cuadro de neumonía. La institución es la clínica 20 del IMSS, siendo la Dra. [REDACTED] quien niega la atención.
Atención Económica	Aproximadamente \$13,500

ANEXO 2. EVALUACIÓN DEL SUCESO CRÍTICO



I. DATOS DEL AFECTADO/A

Nombre

Primer Apellido _____

Segundo Apellido _____

Nombre - s _____

Sexo M ___ H ___

Edad _____
Años Meses

Teléfono _____

Fecha del primer contacto: ____/____/____ Hora: ____:____ hrs.

Persona que realiza el primer contacto: _____

II. TIPO DE CRISIS

Circunstancial: SI NO De Desarrollo: SI NO Fecha del suceso: ____/____/____

Denominación del suceso: _____

III. URGENCIA

Peligra la vida: SI NO Presencia de conducta violenta: SI NO Incapacidad física o psicológica: SI NO

IV. NIVEL DE SEVERIDAD (Dependerá de cómo lo vive cada persona)

Muy severo _____

Severo _____

Poco severo _____

V. PRESENCIA DE RECURSOS

Internos _____

Externos _____

Comunitarios _____

¿Cuáles? _____

¿Cuáles? _____

¿Cuáles? _____

VI. AFECTACIÓN

Estatus del afectado/a:	Perdida de alguna persona:	Otros sucesos:
Directo _____	Familia nuclear _____ ¿quién? _____	Suceso traumático anterior SI NO
Indirecto _____	Familia extensa _____ ¿quién? _____	¿Cuál? _____
Comunidad _____	Amigo/a _____	_____
	Conocido _____	_____

**ANEXO 2.
EVALUACIÓN DEL SUCESO CRÍTICO**



Sintomatología presentada durante el evento crítico:	Sintomatología presentada después de 30 días:
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Presencia de TEPT:SI NO Canalización a atención especializada: SI NO Tipo de atención:_____

VII. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN

La atención recibida me fue: Favorable _____ Desfavorable _____

Opinión de la atención recibida: (este rubro es llenado por la persona atendida)

Observaciones finales: (este rubro es llenado por la persona que realiza la intervención a 30 días de terminar la intervención)

Fecha de cierre de caso: _____

Nombre de la persona que realiza la intervención: _____

Firma: _____

