

720874



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*"FORMACIÓN COMO INTERVENTOR EN CRISIS A VÍCTIMAS
DE DESASTRES NATURALES Y PSICOSOCIALES"*

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL (IPSS)
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

ALVAREZ VARGAS BELEM NASHIELY

DIRECTOR: MTRO. JORGE ÁLVAREZ MARTINEZ

REVISORES: DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

DR. SAMUEL JURADO CARDENAS

LIC. LIDIA DÍAZ SAN JUAN

DR. JOSE FRANCISCO FERNANDEZ DIAZ

CD. UNIVERSITARIA, MEXICO, D.F. ENERO 2013.



Facultad
de Psicología



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNAM-150
2013

M.-

TPs.

ÍNDICE

RESUMEN	6
DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL.....	7
CONTEXTO DE LA INSTITUCION Y DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL.....	8
SOPORTE TEORICO METODOLOGICO.....	9
- <i>¿Que son los desastres naturales y socio-organizativos?</i>	9
- <i>Tipos de desastres</i>	10
- <i>Impacto de los desastres</i>	11
- <i>Ciclo y fases del desastre</i>	12
LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN SITUACIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES	13
- <i>El estrés</i>	13
- <i>Reacciones ante factores de estrés</i>	14
- <i>Clasificación de estrés</i>	17
- <i>Estrés Agudo</i>	18
- <i>Criterios para el Diagnóstico por Trastorno de Estrés Agudo</i>	18
- <i>Estrés crónico</i>	20
- <i>Estrés postraumático (Trastorno de Estrés Postraumático, TEPT)</i>	20
- <i>Ansiedad</i>	22
- <i>Angustia</i>	23
- <i>Trastorno de Angustia</i>	23
- <i>Criterios para el diagnostico de F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia</i>	23
INTERVENCIÓN EN CRISIS.....	24
- <i>¿Qué es la Intervención en Crisis?</i>	24
- <i>Crisis</i>	24
- <i>Krenien e Intervención en crisis</i>	25
- <i>Tipos de Crisis</i>	26
- <i>Crisis externas o situacionales por eventos impredecibles</i>	27
- <i>Crisis en las etapas de desarrollo</i>	27
- <i>Crisis estructurales o permanentes</i>	28
- <i>Modelo de Intervención en crisis</i>	28
- <i>Primeros Auxilios Psicológicos</i>	30
ATENCIÓN PSICÓSOCIAL.....	31

- El concepto de Atención Psicosocial	31
-Clasificación de víctimas según Taylor y Frazer (1982) y según Cohen (1999).....	31
-Clasificación de víctimas de Taylor y Frazer (1982)	32
-Clasificación de sobrevivientes de Cohen	32
-Víctimas ocultas	33
TECNICAS APLICADAS A LA INTERVENCION EN CRISIS PARA EL DESAHOGO PSICOEMOCIONAL....	34
-Debriefing	34
-Defusing	35
-Respiración diafragmática.....	35
-Escritura emocional autoreflexiva	36
-Imaginería guiada	37
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL	38
PROPUESTA: GUÍA BÁSICA PARA LA LÍNEA TELEFÓNICA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS.....	55
RESULTADOS OBTENIDOS	67
CONCLUSIONES	70
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	72
REFERENCIAS	73
ANEXOS	77

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo representa el cierre de un ciclo, de una etapa trascendental en la vida estudiantil, la culminación de sus estudios universitarios. La formación dentro de esta Facultad me ha marcado y ha dejado una profunda huella, buenas reminiscencias, buenos compañeros y excelentes profesores.

Quisiera comenzar agradecimiento a los integrantes de mi comité: Mtro. Jorge Álvarez Martínez, Dra. Mariana Gutiérrez Lara, Dr. Samuel Jurado Cárdenas , Lic. Lidia Díaz San Juan y al Dr. José Francisco Fernández, por su tiempo y valiosa colaboración en la realización del presente trabajo, a través de sus correcciones y comentarios.

De manera muy especial quiero agradecer al Profesor Jorge Álvarez, por brindarme la oportunidad de formar parte de su equipo profesional y musical. Por confiar en mí, por sus consejos, por su apoyo, por su amistad sincera. Muchas gracias Prof.

De igual forma quiero agradecer a la Dra. Mariana Gutiérrez Lara, por su profesionalismo y la asesoría recibida para la presentación de este trabajo. Gracias.

Gracias a mis compañeros del Servicio Social, por los buenos momentos, la mejor de la suerte a todos y cada uno.

A mi terapeuta Cecilia Quero Vásquez por su orientación, porque me puedo conocer mejor ahora, por su compromiso hacia la psicología y su labor psicoterapéutica cien por ciento profesional, ética y humana. Gracias Ceci.

A los Alvarez y a los Vargas, ambas familias grandes y hermosas. A mis tías y tíos; a mis primas y primos, con los que crecí y compartimos muchas aventuras. En especial a mis abuelos por sus cuidados y su infinita bondad. A mis padres por su apoyo, paciencia, confianza y amor. A mis hermanos: Pancho por ser un aventurado de la vida, por su valentía a arriesgarse y por su generosidad, a Omar y Liz por su empeño y dedicación en su trabajo y con su familia, por permitirme compartir con ellos momentos especiales, a mis hermosas sobrinas Jarah y Aura, a Aarón con el que compartí nuestra tierna infancia

y quien me ha apoyado todos estos años de la carrera, por su paciencia, su amor, su dedicación y su nobleza, su devoción al trabajo y a causas nobles, siempre agradecida hermano. A mi tía Consuelo por compartir sus vivencias, por su cariño, sus porras y su consuelo. A mi primo Alejandro por sus consejos y su generosidad.

A min Älskling por ser paciente en esta etapa, por querer superar juntos los obstáculos de la vida, por creer en mí, por su confianza y amor, a su familia quien fue generosa y tierna conmigo. Con amor y respeto. Gracias!

A los profesores del CCH y la Facultad que compartieron sus conocimientos, y que me brindaron el gusto por aprender de los libros pero también de las vivencias humanas, por su gusto por la razón y la grandeza del sentimiento.

A los que están aquí y a los que partieron mil gracias por anclar sus tesoros en mi corazón.

A mis amigos, la familia que uno elige a través de diferentes etapas y que me acompañaron, con su solidaridad, cariño y respeto, a Zaida, Wendy, Liliana, Lilian, Ruth, Hansonsito, Hugo, Diana, Elizabeth, Jessica, Felix, Romina, Cesar, Silvia, Al Foforofo, Chucho, Guadalupe, Mario, El Ale, Abraham, Cinthia, Alonso, Walaya, Beto, Vicente, David, Ernesto, Fabiola, Frida, Albert, Gaby, Karla, Goura, Israel, Jacki, Jafet, Jerry, Jorge, Marta, Miki, Miriam, Montse, Perla, Ravin, Ricardo, Sonia, Teresa, Vane, Lupita, Paul, Irving, Mariana, al Fandangas, a Carlitos, a Conchita.

Para cerrar con broche azul y oro, a el alma mater de los universitarios la UNAM, por abrirme las puertas de su casa, mi segundo hogar, y entre tus instalaciones y sus trabajadores encontré la calidad científica y humana. Por haberme llevado de la mano por los caminos de la lógica y la razón y al mismo tiempo de la emoción y el corazón. Este es un pequeño reconocimiento a ti.

RESUMEN

El objetivo del presente Informe Profesional de Servicio (IPSS) tiene como finalidad exponer y documentar las actividades, la metodología y los resultados obtenidos por parte del prestador de Servicio Social, realizado del 01 de marzo al 15 de septiembre de 2011, en el Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres de la Facultad de Psicología, UNAM; así mismo se explicaran sus fundamentos teóricos, ya que el Programa lleva una trayectoria dentro y fuera de la Institución. Concretamente el objetivo que persigue esta reciente forma de titulación es la de recuperar la experiencia de quien lo sustenta, partiendo de un análisis sistemático y reflexivo de los resultados obtenidos en las actividades realizadas durante la prestación del servicio social, vinculando los elementos de formación teórico metodológica recibida durante la trayectoria académica.

Como objetivo personal el presente trabajo tuvo motivaciones intrínsecas de un acercamiento con la vida profesional debido a los nuevos retos y escenarios donde debe haber una clara respuesta y responsabilidad del impacto psicológico en la vida individual y social.

Los resultados obtenidos de las principales actividades fueron la participación como observadora en las sesiones de desahogo psicológico a un brigadista de la UNAM, asistencia a cursos de entrenamiento en primeros auxilios integrales, psicológicos de emergencia e intervención en crisis, elaboración, materialización y participación de un Call Center para jóvenes. Como contribución al Programa, se realizó la propuesta de un Manual de Atención Telefónica en el cual participamos algunos prestadores del Servicio, que puede ser utilizado como un apoyo y una herramienta para el desarrollo de habilidades y competencias del prestador de servicio social.

DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

El programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socioorganizativos tiene entre sus principales objetivos el estudio, la investigación y el desarrollo y difusión de un modelo de atención psicológica dirigido a víctimas directas e indirectas de acontecimientos catastróficos, promoviendo así una cultura de prevención por lo cual otro de sus ejes primordiales es la capacitación sistemática de personal en el área de salud mental.

La gran ocurrencia de desastres, ha resultado en la investigación de las reacciones psicológicas que estas provocan, en este sentido el "Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socioorganizativos", ha desarrollado técnicas de atención psicológica como son los Primeros Auxilios Psicológicos. La labor que se realiza en dicho Programa incluye estrategias de contención, detección, seguimiento y en casos particulares, de canalización de personas a instituciones u organizaciones especializadas.

Una de sus finalidades es que por medio del modelo de intervención se fortalezcan redes y vínculos con organismos sociales que puedan alcanzar de igual manera los objetivos y las metas promovidos por el Programa que no es otra que la pronta recuperación de la homeostasis psicológica y social.

CONTEXTO DE LA INSTITUCION Y DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

La creación del Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socioorganizativos surge como una solicitud a la Facultad de Psicología de la UNAM de una respuesta necesaria y urgente a partir del terremoto de 1985, su principal eje la protección del estado psicológico de sus habitantes en casos de emergencia y desastre. Se requería contar con el apoyo de profesionales con conocimientos y experiencias del comportamiento humano a eventos desafiantes de gran impacto a nivel psicológico.

Es de esta manera como se integra a los diversos Centros y Programas con que cuenta la Facultad de Psicología a través de la Coordinación de Centros de Servicios a la Comunidad y al Sector Social en beneficio de la comunidad, dando respuesta de forma expedita y responsable en momentos críticos.

En esta línea, una de las principales tareas que se realizaron por parte del Programa fue precisamente la de brindar capacitación en el modelo de Intervención en Crisis a los nuevos colaboradores del Servicio Social, voluntarios y personal de salud.

El servicio social se llevó a cabo principalmente dentro de las instalaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM, en el cubículo asignado a dicho Programa ubicado en el Edificio C tercer piso, sobre todo cuando se trataba de actividades de investigación o de planeación para los proyectos del programa o la realización de materiales didácticos para los cursos que se llevaron a cabo. Cuando se dio el caso de proporcionar ayuda terapéutica, las sesiones tuvieron lugar en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad. En ocasiones se tuvo que asistir a otras instalaciones para recibir capacitación, como por ejemplo Centros de Salud de la Ciudad de México.

SOPORTE TEORICO METODOLOGICO

- *¿Que son los desastres naturales y socio-organizativos?*

La palabra desastre etimológicamente tiene su origen en los vocablo latin "des" = a negativo o contrario y "astro"= a estrella o astro signo bueno y feliz. Calamidad, desgracia grande, accidente funesto, ruinoso y deplorable.

Los desastres naturales y/o socio-organizativos constituyen eventos de carácter agudo, que ocurren en forma repentina, que son de corta duración y tienen un efecto devastador importante. Cohen (1999) define los desastres como eventos extraordinarios que originan destrucción considerable de bienes materiales y pueden dar por resultado muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano. Estos sucesos pueden ser causados por el hombre o ser naturales.

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

Los desastres y catástrofes donde estas últimas atañen a la naturaleza, son eventos concentrados en tiempo y espacio, en los cuales la sociedad o una parte de ella sufren un severo daño o incurre en pérdidas, es decir que hay un desajuste social, impidiendo el cumplimiento de actividades esenciales de la sociedad, afectando el funcionamiento vital de la misma. Estas se dividen generalmente, de acuerdo a sus causas, en dos categorías: los naturales y los provocados por el hombre o socio-organizativos (Álvarez, 2010).

Los desastres naturales son más frecuentes en países tercermundistas. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002), cuando acontecen las pérdidas tanto materiales como humanas son aún mayores comparadas con los del primer mundo.

La definición de un desastre natural hecha por la Organización Mundial de la Salud y que es la más utilizada nos dice:

"Un acto de la Naturaleza, de tal magnitud que da origen a una situación catastrófica en la que súbitamente se alteran los patrones cotidianos de vida y la gente se ve hundida en el desamparo y el sufrimiento; como resultado de ello, las víctimas necesitan viveres, ropa, viviendas, asistencia médica y de enfermería, así como otros elementos fundamentales de la vida y protección contra factores y condiciones ambientales desfavorables" (OMS, 1990, pag.9).

-Tipos de desastres

El Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED, 2011) nos habla del estudio de los desastres como un conjunto de elementos que interactúan entre sí.

A continuación describiremos las dos categorías de desastres que han sido clasificados en nuestro país y se dividen en: desastres naturales y aquellos provocados por el ser humano (Álvarez, 2011).

- Desastres Hidrometeorológicos: ciclones, tifones, huracanes, tornados, granizadas, tormentas de nieve y sequías.
- Desastres Topográficos: deslizamientos de tierra, avalanchas, deslizamientos de lodo e inundaciones.
- Desastres Geológicos: sismos, erupciones volcánicas y tsunamis (olas nacidas de sismos oceánicos).
- Desastres Químico-Tecnológicos: epidemias de enfermedades contagiosas y plagas de insectos (langostas).

Los desastres provocados por el hombre o también llamados Socio-Organizativo es decir todos aquellos donde haya una clara intervención humana, incluyen:

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

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

Esta clasificación tiene limitantes, la diferencia entre estos tipos de desastres se desdibuja ya que algunos de ellos pueden ser predecibles.

-Impacto de los desastres

Los desastres son eventos catastróficos de estrés, que amenazan la vida de un individuo o de su comunidad, que dejan a su paso devastación, destrucción de bienes materiales y muertes inesperadas de familiares y amigos.

Ante una situación de desastre un individuo puede reaccionar de acuerdo a varios factores que hacen que su estructura de personalidad se vea alterada, estos factores son según Cohen (1985):

- ✓ La personalidad
- ✓ La edad, sexo, grupo étnico y posición económica
- ✓ Los mecanismos usuales de hacer frente a los problemas (defensa y adaptación)
- ✓ La intensidad de la fuente de estrés
- ✓ La correspondencia entre la necesidad individual y las redes de apoyo
- ✓ El grado de la perdida personal experimentada
- ✓ La disponibilidad de socorro y recursos comunitarios de asistencia

-Ciclo y fases del desastre

Para fines prácticos se hace un análisis sistemático a cerca del ciclo o etapas secuenciales relacionales de los desastres, que se agrupan en tres fases: antes, durante y después (Arumir, 2008).

Este sistema de organización llamado el ciclo de los desastres, está constituido por siete etapas, las cuales comprenden:

- ❖ Prevención
- ❖ Mitigación
- ❖ Preparación
- ❖ Alerta
- ❖ Respuesta
- ❖ Rehabilitación
- ❖ Reconstrucción

Fases del desastre

✓ *Antes del desastre*

En esta fase previa las actividades correspondientes van encaminadas a las etapas de:

- **Prevención:** Para evitar que el impacto y los daños que causa el desastre sean menores.
- **Mitigación:** algunas veces es imposible la ocurrencia de esto eventos, en esta etapa se busca amincrar el impacto del desastre.
- **Preparación:** en esta etapa se requiere organización y planificación de las acciones de respuesta.
- **Alerta:** aquí se hace un aviso formal a la población de una amenaza inminente.

✓ *Durante el desastre*

Es la fase donde se ejecutan las actividades de respuesta durante el periodo de respuesta de emergencia o inmediatamente después de ocurrido el evento. Las actividades que comprenden esta etapa de respuesta incluyen: la evacuación, la asistencia, la búsqueda y el rescate.

✓ *Después del desastre*

En la última fase encontramos todas aquellas acciones que se realizan posteriori al desastre, orientadas a la recuperación a largo y mediano plazo. Esta fase se divide en:

- **Rehabilitación:** se busca restablecer los servicios mínimos indispensables y el sistema de abastecimiento de la comunidad afectada.
- **Reconstrucción:** reparar y restaurar la infraestructura y el sistema productivo para revitalizar la economía.

LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN SITUACIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

-El estrés

El termino estrés proviene de la física y de la arquitectura refiriéndose a la fuerza que se aplica a un objeto, que puede deformarlo. En psicología lo utilizamos para referirnos a algunas situaciones que demandan fuertes implicaciones para una persona o la comunidad (Álvarez, 2011).

La definición de este término ha sido controvertido, es hasta 1930 donde el fisiólogo Seyle menciona el término estrés para detallar los acontecimientos de la vida cotidiana. En 1956 este investigador la importa a la psicología.

De esta manera podemos entender al estrés como:

- Reacción o respuesta del individuo (cambios fisiológicos, reacciones emocionales, cambios conductuales, etc).
- Como estímulo (provocando una reacción de estrés).
- Como interacción entre las características del estímulo y los recursos del individuo.

La palabra estrés designa la respuesta psíquica que es manifestada por emociones, pensamientos y acciones ante la situación de la amenaza y que se expresa a través de comportamientos como estados de perplejidad, de ansiedad, de humor o de agresión. Lazarus (1991) define al estrés psicológico como una relación particular entre el individuo y su entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Se produce por el desequilibrio entre las demandas del ambiente y los recursos personales.

-Reacciones ante factores de estrés

Los factores estresantes a nivel individual son eventos que provocan reacciones físicas o psicosociales variables. Estas reacciones son respuestas biológicas, psicológicas y sociales de una persona o grupo ante diversos factores, las cuales varían en intensidad, eficacia e idoneidad. Las reacciones frente a los eventos estresantes dependen de las características de los sucesos, los recursos del individuo, la tarea requerida y las características del ambiente social. El resultado puede ser el crecimiento, una dificultad temporal o un trastorno mental leve o profundo y depende de la ubicuidad y persistencia del factor estresante (Cohen, 1999).

El resultado de un evento estresante puede exacerbarse por muchos acontecimientos de la vida como:

- Etapa de la vida
- Recursos para reaccionar
- Sistemas de apoyo
- Oportunidad o capacidad para influir en el ambiente
- Significado o simbolismo concedido a la vivencia
- Interpretación de la situación

El estrés puede relacionarse en un momento dado con el estado psicofísico de la persona. Una variedad de estímulos ambientales pueden producir estrés; diferentes individuos responden de un modo distinto frente a los mismos estímulos. Por ejemplo algunas personas pueden ser inmunes a altos niveles de estrés, mientras que otras parecen ser más vulnerables a condiciones de desequilibrio personal (Cohen, 1999)

Nos referíamos a que los estados de estrés producen reacciones de duración variable, determinadas por la frecuencia, el número, intensidad, duración y prioridad de las exigencias a las cuales se ven sometidos los mecanismos de solución de crisis personal.

Algunas de las reacciones de un individuo frente al estrés son variantes dependiendo de:

- La situación
- La fuerza del factor estresante (trauma)
- El estado de salud del individuo
- Los tipos de sistemas de apoyo en la comunidad
- La red de apoyo familiar
- Los modos habituales de interacción humana de la persona

Por ejemplo, los sistemas de apoyo social facilitan el desarrollo de estrategias de resolución de crisis que ayudan a la gente a manejar los problemas dentro de límites

tolerables, mantener su autoestima, preservar sus relaciones interpersonales y satisfacer los requisitos de nuevas situaciones mediante el ensayo. Un mecanismo que nos resguarda de un desequilibrio psicológico o físico en la conducta de enfrentamiento que suele incorporar respuestas de acción, pero también procesos de evaluación cognoscitivos, emocionales y perceptuales. Para resolver la crisis, la persona puede tratar de cambiar la fuente de estrés o redefinir la situación de amenaza en función del significado o gravedad del problema (Cohen, 1999).

En 1972 la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) publica un manual de "Primeros Auxilios Psicológicos", en donde describen las reacciones individuales esperadas en situaciones de desastre:

- a) *Reacciones normales* como son: temor, inquietud, sudoración, sorpresa y estupor inicial.
- b) *Reacciones reactivas*, que se caracterizan por ráfagas de actividades sin sentido, como son el habla acelerada y las bromas inapropiadas.
- c) *Reacciones paralizantes*, que se observan en sujetos que se quedan paralizados, tienen la mirada perdida, son dóciles, vulnerables y no son capaces de ayudar.
- d) *Reacciones somáticas*, estas se presentan como: náuseas, incontinencia urinaria, diarrea, hipertensión, taquicardias y dolores en el pecho.
- e) *Pánico individual*, se caracteriza por carreras alocadas, gritos, llantos incontrolados, en ocasiones provoca suicidios.

Para Erickson (1976) nos habla de cuatro fases psicológicas que ocurren después del impacto de un desastre y son las siguientes:

- 1) La *fase heroica*, muchas personas desarrollan actitudes heroicas para salvar la vida y la propiedad, se habla de un aumento de altruismo y la solidaridad.
- 2) La segunda fase llamada *luna de miel* y su periodo puede extenderse hasta seis meses después de ocurrido el desastre, se llama así porque hay un fuerte

sentimiento de solidaridad y tienen buena disposición frente a los apoyos de las autoridades.

- 3) *El periodo de desilusión* que comprende de dos meses y dos años, en esta fase aparecen sentimientos de frustración, fracaso, rabia y enfado.
- 4) En la cuarta fase se conoce como *periodo de reconstrucción*, es cuando las comunidades y los individuos asumen la responsabilidad de recibir ayuda

Casi todos aprenden formas peculiares de enfrentar el estrés y si bien estas varían, es usual que correspondan a pautas de conducta de:

- Evitación
- Alteración
- Manejo
- Prevención
- Control de la expresión emocional inapropiada

La conducta de enfrentamiento de crisis es una reacción frente al estrés y la tensión que sirve para defender al individuo contra daños emocionales incapacitantes. Este recurso se mezcla con los recursos sociales y emocionales de los individuos, es decir con la red de relaciones interpersonales como son parientes, amigos, vecinos, compañeros de trabajo pueden facilitar o incluso dificultar o impedir un resultado benéfico (Cohen, 1999).

-Clasificación de estrés

Comúnmente se habla del estrés como algo perjudicial para la salud y vida humana, pero diversos estudios nos indican que existe un tipo de estrés beneficioso para el organismo y que representa una fuerza motivadora y la falta de este estrés representaría un estado depresivo. El estrés positivo se llama *Eustrès* y el negativo *Distrès* (Tellez, 2001). El *eustres* representa beneficios placenteros de bienestar, equilibrio y alegría para nuestro

funcionamiento óptimo. Por el contrario si las demandas son intensas y superan la capacidad de adaptación y resistencia para el organismo entonces hablamos de estrés negativo o *distres*.

-Estrés Agudo

Es una forma más común de estrés que encontramos en las personas. Es el tipo de estrés con temporalidad corta y por ello causa menos impactos dañinos.

Los síntomas más comunes son:

- ✓ Distres emocional, es decir una combinación de irritabilidad, enojo, ansiedad y depresión
- ✓ Problemas musculares, dolores de cabeza, dolor de espalda, mandíbula, problemas de tendones y ligamentos
- ✓ Problemas estomacales e intestinales: acidez, diarrea, estreñimiento, flatulencia
- ✓ Elevación de la presión sanguínea, ritmo cardiaco acelerado, migrañas, mareos, palpitaciones, dificultad de respiración y dolor de pecho (Álvarez, 2011)

Considerado por el DSM IV como un trastorno asociado, cuya característica esencial es la presencia de ansiedad, síntomas disociativos y de otro tipo que tienen habitualmente lugar durante el primer mes que sigue a la exposición de un acontecimiento traumático de carácter extremo.

-Criterios para el Diagnóstico por Trastorno de Estrés Agudo

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

- (1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
- (2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

- B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres o más de los siguientes síntomas disociativos:
- (1) sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
 - (2) reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
 - (3) desrealización
 - (4) despersonalización
 - (5) amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)
- C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia y malestar de exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
- D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
- E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo o interfieren de manera notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios, o explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
- G. Estas alteraciones duran un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
- H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por

la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los ejes I ó II."

-Estrés crónico

Cuando el estrés tiene una exposición prolongada o crónica a factores estresantes externos, como pasa cuando el organismo se siente sobreestimulado, a diferencia del estrés agudo que ocurre dentro de un periodo menor a seis meses, el crónico sigue presentándose después de de seis meses o más.

Surge cuando una personas no puede ver una solución a una problemática, debido a las exigencias y presiones, durante periodos aparentemente interminables, sin aparentes señales de esperanza las personas desisten (Miller y Smith, 2007).

-Estrés postraumático (Trastorno de Estrés Postraumático, TEPT)

El trauma psíquico se inicia con un evento catastrófico al que se ve sometida una persona, considerada como una posible amenaza para la propia existencia.

Cuando ocurren este tipo de eventos inesperados y devastadores el sistema nervioso central pierde la capacidad de controlar los efectos de desorganización, perdiendo así el equilibrio.

La característica principal de este trastorno es la aparición de síntomas típicos después de experimentar un evento psicológico traumático donde se ve amenazada su integridad física (Álvarez, 2011).

El TEPT puede aparecer meses o años después de haber ocurrido el evento traumático (Cohen, 1997).

El DSMIV-TR (2002) clasifica a este trastorno dentro de las clasificaciones de los trastornos mentales, y lo definen así:

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

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

“Los individuos con trastorno por estrés postraumático pueden sentirse amargamente culpables por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida. En otras ocasiones las actividades que simulan o simbolizan el trauma original interfieren acusadamente con sus relaciones interpersonales, lo que puede dar lugar a conflictos

conyugales, divorcio o pérdida del empleo. Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (p. ej., abusos sexuales o físicos en niños, peleas familiares, secuestros, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, torturas), puede aparecer la siguiente constelación de síntomas: afectación del equilibrio afectivo; comportamiento impulsivo y autodestructivo; síntomas disociativos; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad; vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de perjuicio permanente; pérdida de creencias anteriores; hostilidad; retraimiento social; sensación de peligro constante; deterioro de las relaciones con los demás y alteración de las características de personalidad previas”.

-Ansiedad

La ansiedad es una emoción humana normal subjetivamente experimentada por todos cuando estamos enfrente o en presencia de situaciones que consideramos difíciles o que representan una amenaza física o psicológica, que puedan generar aprensión, tensión, inquietud, temor indefinido, inseguridad o miedo. El estado de ansiedad es también un sentimiento de anticipación a un peligro, ya que tiene la importante función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes, es decir que puede ser causada por situaciones externas como eventos traumáticos o enfermedades o por estímulos internos como pensamientos, impulsos o necesidades (Tellez, 2001).

Es por ello que los síntomas de la ansiedad han sido clasificados en tres tipos:

- ✓ Trastornos somáticos. Tiene periodos de remisión y reactivación. Su base es neurovegetativa, llegando a inhabilitar al individuo, como son: irregularidades del ritmo cardíaco, sensación de constricción precordial, trastornos hipogástricos.
- ✓ Trastornos psíquicos. Las personas refieren una sensación de peligro inminente o preocupaciones sin motivo.
- ✓ Trastornos conductuales. Este se caracteriza principalmente por irritabilidad, inquietud motora, perturbaciones en el sueño y trastornos de alimentación.

-Angustia

La sensación de angustia es muy parecido al estado que denominamos comúnmente como miedo sin embargo podemos diferenciarlos claramente, el miedo es una reacción normal frente a peligros o amenazas que provienen del exterior y son claramente identificados por el individuo mientras que la angustia aparece como un sentimiento sin aparente motivo, aquí no se reconoce concretamente el objeto, es un miedo indefinido.

-Trastorno de Angustia

Para el DSMIV (2000, pag. 405) "una crisis de angustia inesperada (espontanea, no precipitada por desencadenantes ambientales) se caracteriza como es lógico, por su no asociación a desencadenantes ambientales. Para efectuar el diagnóstico de trastorno de angustia se requiere haber presentado por lo menos dos crisis de angustia inesperadas."

-Criterios para el diagnostico de F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia

A. Se cumplen (1) y (2):

(1) Crisis de angustia inesperadas recidivantes

(2) Al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

(a) Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis

(b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")

(c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Ausencia de agorafobia

- C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p.ej., hipertiroidismo).
- D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés traumático, o trastorno por ansiedad de separación.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

-¿Qué es la Intervención en Crisis?

Karl Slaikeu (1996, pag.110) define la intervención en crisis como: "Un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida) se incremente".

Una de las reacciones frente a una catástrofe o desastre es un estado temporal de shock, es decir que se actúa con aturdimiento, desorientación y confusión persistiendo desde minutos hasta horas. Desde una mirada psicológica los eventos que crean más estrés, los que generan mayor impacto por su nivel de violencia parecen producir efectos tan desorganizativos y desestabilizadores que temporalmente imposibilitan comprender e interpretar adecuadamente la realidad.

-Crisis

Dado que a lo largo de la historia la humanidad se ha enfrentado a varios desastres, se ha podido estudiar e identificar las características de las formas de reaccionar del

individuo, sus síntomas, así como las formas de intervención en el momento de la crisis y las secuelas psicológicas que provocan.

Los desastres provocan crisis a quienes son víctimas de éstos, a continuación se expondrán diferentes definiciones de crisis:

Según Cohen (1999) una crisis es un proceso crucial o momento decisivo en la vida de una persona que tiene consecuencias físicas y emocionales, también se trata de un periodo limitado de desequilibrio psicológico precipitado por un cambio súbito y significativo en la situación vital del individuo. Este cambio da lugar a la necesidad de ajustes internos y al uso de los mecanismos de adaptación externa que rebasan temporalmente la capacidad del individuo.

-Krenien e Intervención en crisis

Crisis se deriva del griego *krinein* que significa "decidir" de la cual se derivan término como decisión y discernimiento. Definido también como *un momento crucial durante el cual habrá un cambio para mejorar o empeorar*.

Slaikeu (1996) define crisis como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas.

A la intervención de crisis la define como: Un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos se aminore y la probabilidad de crecimiento se incremente.

Por otro lado Parad y Parad (1990) nos dice que la intervención en crisis facilita un proceso interno que puede influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un periodo de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades

latentes y manifiestas, así como los recursos sociales de las personas afectadas directamente por la crisis para afrontar de forma adaptativa los efectos del estrés.

"Para la mayoría de las personas, la sola exposición a un evento crítico no es suficiente motivo para producir un estado de confusión emocional, este estado dependerá de cómo se valora tal situación, la reacción de los afectados y su habilidad para manejar este suceso. La finalidad primordial de la intervención en crisis es ayudar a la persona a que tome las medidas concretas hacia el enfrentamiento de la crisis, que incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación, e iniciar el proceso de solución de problemas.

La intervención psicológica en situaciones extraordinarias es dirigida y enfocada, para entre otras cosas, apoyar al individuo, que se encuentra bajo la confusión de un suceso precipitante o catastrófico, para restablecer, adaptarse y poder solucionar el o los problema(s) más urgente dentro de un periodo de una a doce semanas". (Álvarez 2011, pag 33)



Figura 2. Diagrama de la crisis, propuesto por la OPS (2006).

-Tipos de Crisis

- A. Externas o situacionales por eventos impredecibles;
- B. Las que se presentan en las diferentes etapas del desarrollo
- C. Estructurales o permanentes

-Crisis externas o situacionales por eventos impredecibles

Para Karl Slaikeu (1996) este tipo de crisis circunstanciales son accidentales e inesperadas, su rasgo más marcado es que se apoyan en un factor ambiental, como son los desastres de tipo natural y los desastres violentos cometidos por el hombre.

Estos son algunos ejemplos de Situaciones de Riesgo o crisis, que por su tipo y magnitud y lo sorpresivo de su ocurrencia, constituyen un peligro para el individuo y la comunidad:

- ✓ Ser víctima de una violación o abuso sexual
- ✓ Ser golpeado o herido por un miembro de su familia
- ✓ Ser víctima de un asalto con violencia
- ✓ Estar en un accidente aéreo o automovilístico
- ✓ Un huracán, tornado o incendio
- ✓ Estar en una guerra
- ✓ Estar en una situación en la que pensó que lo iban a matar (secuestro)
- ✓ Después de haber presenciado cualquiera de los eventos anteriores.

-Crisis en las etapas de desarrollo

Para Erik Erikson quien describe ocho etapas del ciclo vital o estadios psicosociales que son las crisis o conflictos a los que deben de enfrentarse las personas en ciertas etapas o momentos de su vida.

Este estado de crisis está limitado por el tiempo, manifestado por un suceso que lo precipita, puede esperarse que se siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tienen el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o más bajos.

Un claro ejemplo lo podemos encontrar en las transformaciones tanto físicas como psicológicas de la niñez a la adolescencia. Es decir que son aquellas que tienen que ver con el desplazamiento de una etapa del crecimiento a otra. Cada etapa está comprometida a desarrollar ciertas tareas propias, muchas de estas crisis son esperadas o predecibles.

-Crisis estructurales o permanentes

En este tipo de crisis hay un estado de desorganización caracterizado por la incapacidad de las personas para manejar situaciones que rebasan el empleo de métodos probados. Por lo regular son personas continuamente en conflictos, con pocos recursos psicológicos caracterizados como: desorganizados, indecisos, irresponsables e informales (Arumir, 2009).

-Modelo de Intervención en crisis

Con este modelo se pretende ofrecer a las personas y comunidades el apoyo emocional reduciendo el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos sociales de ayuda, esto con la finalidad de fortalecer las redes sociales de apoyo y promover la organización de grupos autogestivos en la comunicación afectada. Describiremos brevemente a continuación los pasos del modelo de intervención en crisis.(Álvarez, 2009)

1.- Evaluar al usuario y su problema

a) Definir el problema

- Buscar puntos clave
- Investigar sobre el tema
- Se usan técnicas de entrevista y observaciones

- Enfocarse sobre el problema específico, no se debe entrar a la historia pasada profundamente.

b) Definir la percepción que el individuo tiene del evento.

- Investigar el significado que tiene para él.
- Como le afecta en su vida futura
- La percepción real e irreal del problema
- El grado de tensión que causa

c) Investigar sobre los apoyos que tiene

- Investigar que personas puede ayudarlo
- Con quien vive
- Que amigos tiene
- En quien confía
- Que familiares tiene

d) Que hace la persona cuando tiene algún problema

- Investigar cuáles son sus mecanismos de enfrentamiento
- Como maneja estas situaciones
- Como enfrenta la depresión, la tensión, la ansiedad etc.

f) Definir si es peligroso para el mismo o para los demás

- Se deben preguntar específicamente si ha pensado o planeado matarse o matar a alguien mas

Cuando el participante ha sido debidamente evaluado y su problema, el siguiente procedimiento es:

2.- Planear la intervención

a) Determinar que tanto ha afectado la vida de la persona

- Investigar si sigue haciendo sus actividades normales.
- Averiguar cómo afecta a las personas que lo rodea

b) Planear alternativas de solución

- Determinar los factores internos y externos que pueden favorecer o bloquear las posibles soluciones.

Después de la planeación, el siguiente paso es:

3.- Intervención

- a) Definir el problema ante la persona a partir de exposición para clasificar su situación
- b) Examinar posibles soluciones
 - Orientar en lo que pueda ensayarse como posibles soluciones

Por último realizamos:

4.- Planeación anticipada

- a) Evaluar en sesiones subsecuentes los resultados
 - Examinar los resultados de la solución que se han puesto en practica
 - Buscar nuevas soluciones si las anteriores no han funcionado.

-Primeros Auxilios Psicológicos

Una de las estrategias utilizadas en la Intervención en Crisis son los Primeros Auxilios Psicológicos: Estos se refieren a la intervención psicológica en el momento de Crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para restablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal (Álvarez, 2009).

Los objetivos de esta atención son:

- Alivio en lo inmediato de los síntomas de reacción.
- Restauración de un nivel de funcionamiento CASIC mínimo: (*Cognitivo, Afectivo y Somático, Interpersonal y Conductual*)
- Cierta comprensión de los eventos precipitantes relevantes que condujeron al desequilibrio.
- Identificación de los recursos de ayuda y rescate que se pueden utilizar: Personales, familia, profesionales, comunidad, etcétera.

- Iniciar nuevas formas de *Percibir, Pensar y Sentir* lo hasta ahora sucedido,
- Desarrollar habilidades de *afrentamiento efectivo, autoestima, asertividad y solución de conflictos*.
- Dar seguimiento a la intervención o asegurar su atención especializada posteriormente.

ATENCIÓN PSICÓSOCIAL

- El concepto de Atención Psicosocial

“Es el proceso de acompañamiento personal, familiar y comunitario, que busca restituir el equilibrio psicoemocional de las personas en momentos críticos, así como el establecimiento de las redes sociales de apoyo para superar un evento catastrófico”.
(Álvarez y cols., 2011, pág. 55).

-Clasificación de víctimas según Taylor y Frazer (1982) y según Cohen (1999)

Una **víctima** es todo aquel que sufre daño por acción u omisión propia o ajena, o por causa fortuita (Rodríguez, 1988), a diferencia del término **damnificado** que son aquellas personas y familias afectadas por un evento inesperado y estresante.

La clasificación más general agrupa a los tipos de víctimas en dos: la población directamente afectada y la indirectamente afectada, aunque algunos organismos como la OPS (2006) o la OMS (2006), han subrayado a los grupos de mayor vulnerabilidad (mujeres, ancianos, niños, adolescentes, discapacitados).

-Clasificación de víctimas de Taylor y Frazer (1982)

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

-Clasificación de sobrevivientes de Cohen

La Dra. Raquel Cohen graduada por la Universidad de Harvard, es una reconocida experta internacional en la intervención y asistencia a sobrevivientes de desastres, esta investigadora hace la siguiente clasificación para sobrevivientes de desastres:

- Sobrevivientes de primer nivel: víctimas primarias
- Sobrevivientes de segundo nivel: son los parientes cercanos de las víctimas primarias.
- Sobrevivientes de tercer nivel: es el personal de rescate o recuperación o lo que llamamos personal de primer contacto.
- Sobrevivientes de cuarto nivel: es la comunidad afectada por el evento (periodistas, funcionarios públicos).
- Sobrevivientes de quinto nivel: son los individuos que experimentan estados de estrés y perturbación luego de ver u oír informes periodísticos.

-Victimas ocultas

"El personal de primer contacto o que provee ayuda humanitaria (bomberos, paramédicos, rescatistas, médicos, policías, personal de defensa civil, voluntarios, psicólogos y otros), son víctimas ocultas que de alguna u otra forma se afectan ante una situación de emergencia o desastre.

El tipo de trabajo que realizan, los expone a demandas extraordinarias de tiempo, a condiciones especiales propias del trabajo y a emociones intensas por su labor con personas en situaciones difíciles, apremiantes o llenas de horror (Álvarez, 2006).

Por su parte Cohen (2003) nos menciona la importancia de la salud mental de los rescatistas después de ocurrido una catástrofe. Debido al área donde desempeñan su labor, estos profesionales son expuestos a escenas, hirientes y dolorosas, aun capacitados y entrenados el impacto no deja de ser devastador.

Estas son algunas recomendaciones básicas de intervención:

-Dejar que el sujeto establezca el ritmo. No apresurar a la persona.

-Hablar de varios temas. En orden siempre en relación al problema.

-No prometa lo que no sea posible. Ya que esto puede provocar que se pierda la credibilidad y la confianza ante la persona.

-Usar un sentido de esperanza. Esto puede ser mencionando frases como "que otras cosa hay para usted." o "que otras posibilidades tiene."

-Mantenga la conversación enfocada a la persona afectada. Evite las preguntas personales.

-Pedir los datos personales al final de la intervención. Al inicio la persona puede no sentirse cómoda como para proporcionarlos y probablemente al final coopere y resulte más fácil darlos.

-Establecer un compromiso de búsqueda de ayuda. Dicho compromiso puede ser tan solo hacer una llamada telefónica, o bien acudir a alguna institución que le brinde la

ayuda adecuada. Se intenta regresar el control de sus actos a la persona, así como la posibilidad de que reciba ayuda especializada (García, citado en Álvarez, 2011).

TECNICAS APLICADAS A LA INTERVENCION EN CRISIS PARA EL DESAHOGO PSICOEMOCIONAL

Estas técnicas han sido estudiadas y aplicadas dentro del Programa, son un recurso preponderante para una intervención integral. A continuación se describirá brevemente el modo de aplicar este tipo de técnicas.

-Debriefing

Esta técnica breve ayudará a trabajar en momentos críticos de la pérdida sufrida. Lo más conveniente es realizarla en las primeras 48 a 72 horas. Es un primer paso para apoyar al proceso traumático del personal de primera respuesta, de hecho el significado o traducción de esta palabra es "sesión de recuperación" o interrogatorio después de una misión, por lo tanto se dice que es una reunión formal individual o grupal (Álvarez, 2011)

Sus objetivos más importantes son:

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

- Detectar las personas más afectadas, facilitándole la ayuda y el seguimiento que se requería.

-Defusing

Esta técnica al igual que el debriefing consiste en estructurar una sesión de desahogo o descarga emocional pero éste se hace antes de abandonar el escenario o el fin de turnos, es más inmediato de corta duración y un tanto más informal.

En general, podemos decir que esta técnica, estabiliza emocionalmente al personal antes de partir a descansar, les ayuda a reflexionar sobre los posibles síntomas y para hacer una ruptura entre el trabajo y su vida personal.

-Respiración diafragmática

El objetivo de esta técnica es instruir al usuario una nueva forma más adecuada para respirar de manera más conciente, lenta y profunda que si es practicada diariamente se puede mejorar el patrón de respiración deformado (Domínguez, et al, 2002).

Instrucciones.

Siéntese con los brazos relajados y mantenga la columna derecha pero no tensa. Respire de manera suave y natural, dejando entrar el aire por la nariz y sacándolo suavemente a través de la boca. Trate de ubicar cómo se ensanchan las costillas al llenarse de aire y la sensación al exhalar. (5').

La respiración diafragmática lo ayuda a usar el diafragma correctamente para poder:

- Fortalecer el diafragma
- Disminuir el trabajo de respiración al disminuir la tasa de respiración
- Disminuir la demanda de oxígeno
- Utilizar menos energía para respirar

-Escritura emocional autoreflexiva

Su objetivo es que la persona a través de un ejercicio reflexivo pueda escribir libremente sobre una situación o tema particular, se requiere lograr una apertura emocional (Arumir, 2009).

Instrucciones generales.

Escriba la experiencia más dolorosa, traumática, perturbadora y/o conflictiva, reciente o pasada; especialmente aquella que nunca haya hablado con nadie o lo haya hablado superficialmente o en pocas ocasiones. En este 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 de ello.

Mientras escribe, hágalo con la confianza y seguridad de que su escrito no será divulgado, no se preocupe por la ortografía, sintaxis y/o gramática. Si no recuerda nada por el momento, espere un poco, después recordará.

Ejercicio A

En este ejercicio escriba con libertad utilizando exclusivamente la primera persona del singular (yo, mi, a mí, etc.).

Ejercicio B (combinada)

En este ejercicio escriba nuevamente sobre el acontecimiento traumático (como lo hizo anteriormente), antes de finalizar trate de buscar una o varias situaciones de aprendizajes que le haya dejado esta experiencia.

Ejercicio C

En este ejercicio haga un escrito de su historia original en tercera persona del singular, por ejemplo, a él, a ella le ocurrió, ella consideró, etc.

-Imaginería guiada

A través de la historia antiguas civilizaciones y religiones han utilizado la imaginería con propósitos terapéuticos. En los tiempos modernos, el término "imaginería guiada" puede utilizarse para referirse a varias técnicas, dentro de las que se cuentan la metáfora, relatos de historias, fantasía, juegos, interpretación de sueños, dibujar, visualización, imaginación activa o sugestión directa a través del uso de imaginería (Álvarez y Cruz, 2007).

Indicaciones y contra indicaciones para su uso.

Este ejercicio requiere que la persona posea la capacidad de pensar en imágenes (pensamiento de tipo eidético), no es recomendable cuando se observa inatención, cuando no tiene noción de espacio y/o tiempo o cuando el individuo se encuentra con niveles de estrés postraumática elevados (Dominguez, et al, 2002; Romero, 2005).

Instrucciones.

Cierre los ojos y comience a respirar lenta y profundamente intentando relajarse. Evoque algún lugar que sea de su agrado que lo haga sentirse tranquilo y relajado. Visualice el lugar, descubra detalles, colores, perfumes, sonidos. Se siente relajado y disfruta de ese espacio. (10').

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

La descripción de las actividades más relevantes encaminadas a la adquisición de herramientas y mecanismos para coadyuvar en la prevención y mitigación del impacto psicológico frente a los desastres y situaciones de emergencia se presentan a continuación.

✓ CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS INTEGRALES

El primer curso recibido fue el de Primeros Auxilios Integrales, dirigido a la comunidad de la Facultad, a cargo de la Psicóloga Yammel Morales, impartido en 4 sesiones los días martes de 9 a 12, cubriendo un total de 16 horas. El contenido del curso se dividió en siete bloques, teóricos y prácticos, relacionadas con aspectos técnicos y de intervención médicos básicos. Se tocaron temas como los principios de actuación ante una situación de desastre o accidente, la forma adecuada de pedir una ambulancia, el modo de evaluación de un paciente, la forma de actuar ante situaciones como el desmayo, el síndrome convulsivo, la insolación, las heridas etc. Se trató de un curso teórico-práctico.

Definiendo los Primeros Auxilios Integrales como cualquier acción o medida realizada por el primer respondiente en Urgencias Medicas o cualquier persona con un adiestramiento previo y que es la primera persona que hace el primer contacto con un paciente antes de la intervención dentro de las instalaciones de un hospital (Atención Prehospitalaria).

El Programa que se siguió fue el siguiente:

BLOQUE I: Generalidades

BLOQUE II: Signos Vitales

BLOQUE III: Emergencias

BLOQUE IV: Procesos Patológicos

BLOQUE V: Tratamiento

BLOQUE VI: Botiquín

BLOQUE VII: Soporte Vital Básico (RCP, Teórico-Práctico) Reanimación Cardiopulmonar.

CIERRE: Evaluación

Dentro de los signos vitales encontramos la frecuencia ventilatoria, la frecuencia cardiaca, el llenado capilar, la temperatura, la reacción pupilar y la tensión arterial.

Para el tercer bloque revisamos los casos de emergencia como son el síncope o pérdida brusca de la conciencia, el síndrome compulsivo, insolación, heridas y hemorragias, mordeduras, picaduras, y quemaduras.

En el cuarto revisamos los procesos patológicos que son lesiones musculoesqueléticas como esguinces, luxaciones y dislocaciones, fracturas, vendajes, torniquetes, la aplicación correcta de inyecciones.

En el penúltimo bloque se tocó el contenido básico y contenido complementario de un botiquín que es un elemento físico indispensable, que contiene medicamentos y material sanitario destinado a los primeros auxilios.

Por último en el séptimo bloque se abordó la introducción al SVB (Soporte Vital Básico), mejor conocido como RCP (Reanimación Cardiovascular) que se define como la secuencia de acciones que se realizan para asegurar la oxigenación y circulación de la sangre a todo el organismo.

Los resultados de la capacitación fueron favorables, dado que en cada una de las sesiones se abordaban paralelamente aspectos teóricos y prácticos, al final se hizo una

evaluación escrita con una calificación total de 9.2 y la entrega posterior de una constancia.

✓ **CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS**

Para el segundo curso de igual manera estuvo al frente la psicóloga Yammel Morales, con el tema "Primeros Auxilios Psicológicos", integrados por la revisión teórica como son:

- Las emergencias
- Los niveles de emergencia
- Desastres y catástrofes
- Ciclo de emergencia y desastres
- Fases del desastre
- Ansiedad
- Estrés
- Teoría de la crisis
- Primeros Auxilios Psicológicos

Este último tema fue abordado con más detenimiento e inclusive complementado con dinámicas grupales. En este curso no hubo una evaluación escrita ni práctica.

Los resultados fueron satisfactorios, el curso fue más teórico, lo cual contribuyó a tener una introducción concreta a propósito de los contenidos del Programa, es por ello que en este segmento no se abordarán de manera explícita ya que en el marco teórico quedan más detallados.

✓ **CURSO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS**

Estos cursos fueron impartidos por el Mtro. Jorge Álvarez Martínez, por medio de la de DEC (División de Educación Continua) de la Facultad de Psicología, para la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, a este curso acudieron psicólogos y otros profesionales de la salud mental como parte de una capacitación que el Gobierno les está

dando para que sepan actuar cuando salen en brigadas, en caso de un desastre e incluso para sus acciones diarias que son la asistencia a la población que se acerca a estos centros en busca de apoyo o contención psicológica.

El curso estuvo enfocado en principios básicos en Intervención en Crisis y del desarrollo de técnicas en atención psicológica a víctimas de emergencia y desastre.

El contenido fue explicado con mas detenimiento en la parte de soporte teórico del Programa.

✓ **OBSERVACIÓN INDIRECTA (RESCATISTA DE JAPÓN)**

Tsunami es una palabra japonesa, *tsu* que significa puerto o bahía y *nami*= *ola*, lo que literalmente significa ola de bahía. Este fenómeno complejo es en el 90% de los casos ocasionados por terremotos, en cuyo caso se reconoce el nombre de maremoto tectónico.

El tsunami que azotó las costas de Japón con un sismo de 8.9 en la escala de Richter En marzo de 2011 es el escenario de estos rescatistas, que mas tarde serian canalizados a la Facultad de Psicología para una breve intervención. Según la clasificación descrita en el marco teórico de este trabajo, el tipo de desastre en sus inicios fue de tipo geológico (temblor) y paso a uno hidrometeorológico (tsunami), finalmente a uno socioorganizativo de tipo sanitario (radiación).

Los desastres reúnen a los trabajadores de los servicios de urgencia de diversas disciplinas. Algunos llegan de inmediato con cometidos claros y de gran prioridad. Otros llegan con diferentes niveles de experiencia previa y habilidades y se les asigna a puestos de socorro.

Cada tipo de trabajador se desempeña en diferentes organizaciones que guardan relaciones mutuas con el objetivo común de atender a los damnificados.

Centrarse en las repercusiones emocionales de estos factores estresantes en los trabajadores de socorro y en sus reacciones, conducta, sentimientos, guiara los métodos para ayudarlos a realizar su deber. Dichas reacciones pueden variar desde una adaptación satisfactoria y el crecimiento hasta las secuelas patológicas y crónicas que vuelven disfuncional a un individuo.

Las variaciones, complejidad y gravedad de las reacciones ante la crisis que hallan los consejeros después del desastre plantean un desafío cuando se elaboran los planes de intervención.

A continuación se presenta una Bitácora, que el Profesor Jorge nos invita a redactar, para que al final de cada sesión hiciéramos un recorrido y un análisis de cada una de las sesiones.

❖ **Bitácora**

El rescatista se enfrenta a una situación de crisis no solo por la naturaleza de su labor sino añadiendo el contexto estresante del evento, convirtiéndose potencialmente en un desastre de tipo geológico a uno químico tecnológico, el participante está incluido dentro de las víctimas de tercer nivel o "víctimas ocultas", siendo estas las que tienen el primer contacto con las víctimas en este caso sin vida, por lo que se encuentran expuestos a situaciones inusuales de estrés, por la naturaleza de su trabajo pueden enfrentar experiencias de muerte al ver muy de cerca el sufrimiento humano (Condori, 2002).

Estas condiciones propias del trabajo de personal de primer contacto, puede producir una serie de reacciones físicas, emocionales, conductuales y cognitivas que potencialmente pueden interferir en las habilidades para actuar en el lugar de las operaciones en forma inmediata, así como en el posterior retorno a la vida familiar y laboral, o experimentar síntomas que se reflejan en una interacción negativa con el lugar de trabajo, el equipo y las víctimas a las cuales tiene que atender (Condori, 2002).

El rescatista quien tiene una formación de rescate con perros entrenados para dichos fines en la UNAM, se dedica al adiestramiento de caninos a particulares, a mascotas que sus dueños quieren alistar como rescatistas en desastres, "se entrena sin afán de lucro, con el requisito de sentir cariño por los animales".

Nos narra un viaje caótico y desconcertante, salen de México un par de horas después del aviso, salen grupos pertenecientes a varias organizaciones como: Cruz Roja, Protección Civil, Bomberos, preparando en un periodo de tiempo corto trámites pertinentes como tramitar pasaportes. El avión hace escala en China, en donde no los dejan bajar por no tener visa para este país, después de 26 horas de vuelo había que verificar que los perros estuvieran en buenas condiciones, así que después de hablar con autoridades del aeropuerto le dan permiso solo a una persona para bajar, así que mandan a una persona que los representaba diplomáticamente, pero que no sabía bien que debía verificar, así que solo dispuso a darles de comer y asegurar sus jaulas.

Después de la escala, llegaron a Japón donde su estancia se convierte en cuestiones burocráticas y que en palabras del participante se tradujo en un arribo estresante, incierto y tenso.

Finalmente los momentos más estresantes es cuando se le da aviso de una posible catástrofe radiológica, lo único que pensaban es en sus familiares, en volver a regresar dentro del seno familiar.

➤ ***El proceso de intervención en crisis***

En el primer encuentro, nos presentamos todos los miembros del equipo con el rescatista, le preguntaron si podíamos participar como observadoras en Cámara de Gesell, respondiendo afirmativamente.

La primera sesión se les hizo una introducción sobre que significaba una víctima de desastre, se les explico en qué nivel de víctimas se encontraban y porque, en este

caso fueron víctimas de segundo orden o secundarias y también hablaron de los beneficios de una terapia de intervención breve o emergencia.

En breve se les pidió que llenaran una solicitud o registro como expediente para la Facultad.

➤ **El Procedimiento Biofeedback**

La evaluación adecuada del impacto emocional, es a través de observaciones sistemáticas a propósito de las respuestas de las personas ante situaciones adversas, que desafían su funcionamiento "normal". Las evaluaciones psicofisiológicas constituyen una de las técnicas más útiles, conocidas más reciente como "Perfil Psicofisiológico del estrés", para trabajar con este perfil es prioritario una entrevista durante la cual se observan indicadores conductuales, y fisiológicos del sujeto en periodos alternados de reposo y desafío (Dominguez *et al.* 2002).

El Profesor Jorge y la Co-terapeuta Mtra. Angelina Romero Herrera, le explican que utilizarán ahora un software que mide la potencia cardíaca con el fin de registrar como está el Sistema Nervioso, para ello lo pasan y le dan unas breves instrucciones, la técnica mejor conocida como biofeedback.

El biofeedback es el medio para ganar el control de nuestros procesos del cuerpo para aumentar la relajación, para disminuir el dolor, y para desarrollar modelos más sanos, más eficaces de hacer frente a los problemas de nuestra vida.

El entrenamiento de Biofeedback nos familiariza con la actividad en diversos sistemas de nuestro cuerpo y de esta forma podemos aprender a controlar esta actividad para disminuir la tensión y para mejorar la salud. Esta técnica nos permite saber cuándo estamos cambiando nuestra fisiología en la dirección deseada.

➤ Intervención en Crisis por parte del PROGRAMA

Para evitar estas reacciones a posteriori es que se busca la atención por parte del Programa hacia el rescatista que estuvo en Japón a consecuencia del desastre. La atención recibida fue la intervención en crisis de segunda instancia o terapia para crisis esto es según Slaikeu (1996) un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento, inmediato, y en cambio, se encamina a la resolución de la crisis, lo que significa asistir a la persona (expresión de sentimientos, adquirir dominio cognoscitivo sobre la situación, etc.) de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida; se desea que el individuo emerja listo mejor equipado para encarar el futuro.

Las primeras cuatro sesiones, se dedicaron al desahogo psicoemocional, la técnica utilizada fue el *Debriefing* cuyo objetivo es iniciar la recuperación psicoemocional, haciendo una revisión detallada de los acontecimientos y reacciones frente a los eventos estresantes al que son sometidos el personal de rescate.

Además de esta técnica, se hicieron mediciones de la variabilidad de la frecuencia cardíaca con un aparato llamado Fresse Frame, esto con el fin de conocer estas respuesta por parte de los sujetos en situación de relajación y en una posible situación de estrés, lo que permitirá saber las estrategias con las que cuentan para relajarse, así mismo para poder identificar las técnicas de relajación que se les pueden enseñar posteriormente.

En la tercera sesión el terapeuta continuo con la misma técnica de intervención, con preguntas acerca de la experiencia del participante, por ejemplo se le preguntó ¿Que le había dejado la experiencia que vivió?, a lo que él respondió, "lo vivimos como muy solos, no había gente, no hubo contacto con damnificados, por lo que no se tuvo un contacto estresante. Las personas de Japón son poco expresivas, no había signos de angustia, la gente estaba como si nada seguía haciendo su vida normal"

El rescatista mencionó que si, algo lo tensionó, fue la logística de la salida, pues el aviso de su salida del país fue muy rápido y tuvieron muy poco tiempo para preparar lo que llevarían, tenían incertidumbre si llevaban el equipo correcto, se preocupaban también por el abastecimiento de comida, ya que no podían llevar muchas cosas, se preocupaban sobre todo por el agua un recurso indispensable para sobrevivir.

Así mismo el sujeto mencionó que cuando se enteraron de la posibilidad de radiación en la ciudad, eso fue lo que los tensionó mas, pues estaban preocupados por su seguridad, y porque si este hecho resultaba real existía la posibilidad de no salir de aquel país.

El terapeuta volvió a intervenir con la siguiente pregunta: ¿La posibilidad de radiación te generó alguna crisis? El rescatista respondió que intervenir en una situación como la de Japón era algo que buscaban ya que ha sido entrenado para poder intervenir en una situación como ésta. La situación de la posible radiación fue lo que los tensionó, pues él pensaba en las posibles consecuencias de esto, como que pasaría si se contaminara, que pasaría si no podía regresar a México, se preocupaba por el futuro de su hijo. El participante menciona que cuando dejo de elucubrar acerca de la situación hizo que su tensión disminuyera, se propuso olvidar esto y resolver lo inmediato. Con esto se cerró la penúltima sesión.

En la última sesión del tratamiento se le enseñaron al sujeto algunos ejercicios para enfrentar la crisis (Álvarez, 2011), estos fueron:

- Escritura emocional autoreflexiva
- Relajación autógena progresiva

En la escritura emocional autoreflexiva se le pide al sujeto que escriba sobre el acontecimiento traumático usando únicamente la primera persona del singular, en este escrito tiene que resaltar las emociones que vivió, se le dan al sujeto 10 minutos para que realice esta tarea, después de esto se le pide que exprese como se sintió. La terapeuta le explica al paciente que al escribir, se ponen en práctica ciertos procesos que

razonamiento que permiten ver las cosas desde otro punto de vista y observar los avances que se han tenido desde que aconteció el hecho traumático, hasta el momento de la sesión. Después de la explicación la terapeuta una vez más le pide al paciente que escriba sobre la experiencia que vivió, pero en esta ocasión al relato le tenía que añadir una experiencia de aprendizaje es decir, lo que el sujeto aprendió de esta experiencia.

Después de esto, se le enseñó al paciente la técnica de Relajación autógena progresiva, para esta técnica al sujeto se le dan las siguientes instrucciones:

- ✓ Colóquese en posición cómoda.
- ✓ Estirando su brazo derecho al frente, cierre el puño, apriete fuerte, más, más, mantenga la tensión (sienta la tensión que ha logrado en el brazo y el puño); afloje lentamente, muy despacio y fíjese que ocurre, qué cambios observa, fíjese en su piel. Deje sueltos los músculos, relajados, sin fuerza y compare esta sensación con la tensión que tenía hace unos instantes.
- ✓ Repita el mismo ejercicio en el brazo izquierdo y por último hágalo con ambos brazos al mismo tiempo.
- ✓ Ahora descanse y respire profundamente.
- ✓ Vamos hacer el ejercicio de tensar y relajar los músculos de la cara. Levante las cejas, mantenga la tensión unos instantes, fíjese en esa tensión y afloje muy despacio, lentamente y fíjese en los cambios.
- ✓ Ahora cierre los ojos y haga el mismo ejercicio de tensar, mantenga la tensión, ahora vaya aflojando los músculos.
- ✓ Vamos con los músculos de la mandíbula; tense los músculos, mantenga la tensión y ahora, poco a poco, vaya aflojándolos lentamente.

- ✓ Ahora vamos con la cabeza y el cuello, dirija su cuello hacia atrás, luego hacia delante.
- ✓ Ahora levante sus hombros como si quisiera alcanzar sus orejas, observe las sensaciones de tensión que se van produciendo y deje ahora que la relajación comience dejando que los hombros regresen lentamente a la posición original.
- ✓ Repita el ejercicio una vez más, levante sus hombros, sienta la tensión y deje ahora que se relajen, mientras regresa lentamente a su posición original, respire lentamente mientras lo hace. Al dejar que el aire salga lentamente, deje que los músculos de su cuello, de su quijada y de sus hombros se relajen aún más mientras el aire sale lentamente de su boca.
- ✓ Ahora endurezca los músculos de sus brazos y cierre con fuerza sus puños,... note las sensaciones que se van produciendo y deje ahora que se relajen lentamente,... observe las sensaciones de relajación en los mismos músculos... Repítalo una vez más..... Observe la tensión y deje que comience la relajación,... afloje sus músculos..... Ahora ponga duros los músculos de su pecho y de su estómago,... note la sensación de tensión y deje ahora que se relajen lentamente....Repita el mismo ejercicio una vez más....., note la tensión y deje ahora que se relajen lentamente....., tome aire profundamente y déjelo salir lentamente por su boca.
- ✓ Nuevamente tome aire profundamente y déjelo salir lentamente por su boca, cualquier sensación de tensión que haya quedado en su pecho, en sus brazos y en sus puños, se va desvaneciendo.
- ✓ Ahora apunte con los dedos de sus pies hacia las rodillas, levante lentamente sus piernas y note las sensaciones de tensión que se van produciendo; relaje, deje que se relajen lentamente estos músculos regresando a su posición original.

- ✓ Repita el mismo ejercicio una vez más; levante lentamente sus piernas y con los dedos de sus pies orientados hacia su cuerpo, note la tensión que se va produciendo, y deje ahora que se relajen lentamente.
- ✓ Ahora, apoye con fuerza sus talones en el piso y note las sensaciones de tensión que se van produciendo en sus piernas, deje ahora que se relajen lentamente.
- ✓ Repita el ejercicio una vez más, note la tensión que se va produciendo y deje que sus músculos se relajen lentamente.
- ✓ Para terminar tome aire por la nariz cinco ocasiones y déjelo salir lentamente por la boca.
- ✓ Mueva su cuerpo lentamente. Tómese su tiempo....el ejercicio ha concluido.

Todo lo anterior fueron parte de la Intervención inducidos por el terapeuta, responde a lo que se conoce como terapia breve de urgencia con tiempo limitado es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente en el que se vieron inmersos. Puesto que la experiencia de crisis es un periodo de alto riesgo para la persona como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso (Arumir, 2009).

✓ **CALL CENTER DE APOYO PSICOLOGICO**

En nuestro país se crean líneas telefónicas de orientación a finales de los años setentas. Pero es durante los sismos de 1985 en la Ciudad de México, la Universidad Nacional Autónoma de México crea programas diversos para el apoyo de víctimas y sus familiares y para la población en general afectada por el desastre. Un programa pilar que surgió fue SAPTEL (Sistema Nacional de Apoyo Psicológico, Consejo e Intervención en Crisis por Teléfono) donde participaron profesores y alumnos de la Facultad de Psicología de esta

casa de estudios y que actualmente sigue brindando con éxito sus servicios a la población más afectada.

La atención al usuario vía telefónica tiene claras ventajas saltando obstáculos como son la distancia, el tiempo, cuestiones geográficas por tanto de desplazamiento, de tipo económico, la flexibilidad para agendar una próxima consulta, como nos menciona *"En el momento crítico de la intervención, el interventor ayuda a la persona como "amortiguador" previniendo el deterioro y desarrollo de psicopatologías"* (Slaikeu 1996, pág. 56)

-Tres formas de prevenir la crisis

La prevención de una crisis dentro del área de la salud pública abarca tres formas, Bloom y Caplan (1964) señalan:

- **Prevención primaria:** Uno de sus objetivos es reducir la incidencia de los trastornos mentales, consiste en dar asesoría psicológica en cuanto se presente, esta se puede aplicar a toda la población principalmente a pacientes que corren riesgos de perder el equilibrio. Esta no se lleva a cabo durante la crisis, sino antes de que esta se pueda presentar. El terapeuta por teléfono desarrolla gran labor en la prevención de conflictos posteriores.
- **Prevención secundaria:** Se encarga de reducir los efectos debilitantes que causa la crisis, facilita el crecimiento del paciente, la terapia breve y de emergencia juega un papel decisivo en la respuesta que presenta el paciente. Cuando se atiende a tiempo al paciente, no necesariamente necesitara intervención profunda ni a largo plazo, aunque se pueden dar casos.
- **Prevención terciaria:** Su objetivo es reparar el daño que le ha hecho al paciente la crisis y que no han sido resueltos, tiene que ver directamente con los trastornos emocionales, se requiere tratamiento mental; este tipo de intervención suele ser más profunda, frecuentemente se necesita medicación y terapia cara a cara, la crisis continua presente después del suceso.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA DEL INSTITUTO MEXICANO DE LA JUVENTUD

Joven-es Servicio, es un programa que convoco a Instituciones de Educación Superior e Instituciones de Educación Técnica Media Superior Públicas y Privadas de todo el país, para presentar proyectos de beneficio comunitario o de desarrollo social y humano sin fines de lucro. La finalidad es fomentar la participación de las y los jóvenes estudiantes en condiciones de realizar el servicio social, aplicando sus conocimientos profesionales a través de la generación de acciones que permitan elevar la calidad de vida de jóvenes de 12 a 29 años de edad, con el propósito de reducir los problemas sociales de aquellos que vivan en zonas marginadas o en condiciones de riesgo y vulnerabilidad. Por lo cual se les otorgo un apoyo económico durante el desempeño de su servicio social.

DESCRIPCION DEL PROYECTO

La creación de un Call de Center Virtual que permita atender a la población joven de las diferentes delegaciones del D.F. que se encuentra expuesta a los diferentes cambios sociales y puedan causar algún impacto emocional negativo tal como el estrés, la violencia, el uso y consumo de sustancias, así como los cambios normales en el desarrollo de los adolescentes; brindando apoyo para el control de las emociones a través de un trato profesional que les permita llegar a un bienestar emocional.

OBJETIVO DEL PROYECTO

Ofrecer un medio a la población por el cual pueda externar sus dudas, inquietudes y miedos, con la finalidad de reducir el índice de malestar psicológico en los jóvenes, brindando apoyo para el adecuado manejo emocional y comportamental, con un trato confidencial y cordial. Así como la formación de profesionistas para el apoyo a la población.

INICIO DEL PROYECTO “CALL CENTER DE APOYO PSICOLOGICO”

Para iniciar este proyecto, el cual está brindando actualmente sus servicios al Público en General se tuvo que llevar primero una investigación documental alrededor del Call Center, que tiene como principal objetivo ofrecer servicios de atención psicológica a la población en general, este proyecto fue primero solicitado por la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM, se justificó, planearon costos y se sentaron las bases teóricas del proyecto para su ejecución, aunque no se volvieron a presentar los representantes de esta Dirección para concretizarlo. Posteriormente, se nos dio aviso de que el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) lanza una convocatoria a Universidades Públicas y Privadas para dar apoyo económico a prestadores de Servicio Social, se llevó a cabo un proceso de reclutamiento y difusión para encontrar a personas interesadas en participar y realizar su Servicio Social en el proyecto de Call Center, por lo que después de tener reunidos el número de prestadores que solicitaban nos dimos a la tarea de inscribir el proyecto, actualmente el proyecto ha sido aceptado y las becas se otorgaron a cada uno de los prestadores.

Con respecto a la investigación documental para el Call Center, se comienza por los antecedentes del mismo:

El Call Center Virtual se basa en una central IP (*Internet Protocol*), una dirección IP es una etiqueta numérica que identifica, de manera lógica y jerárquica, a un interfaz (elemento de comunicación/conexión) de un dispositivo (habitualmente una computadora) dentro de una red que utilice el protocolo IP que corresponde al nivel de red, con extensiones virtuales que permite a los agentes operar desde sus propios hogares, integrados en un sistema que maneja el total de llamadas organizándolas, priorizándolas y distribuyéndolas a sus operadores ubicados en diferentes localizaciones, ya sea en delegaciones, una sede común o sus hogares. El Call Center Virtual permite reducir costos de operación, y brinda a los operadores la comodidad de trabajar desde su domicilio (Vocari, 2006 citado en Arumir, 2011).

Inmediatamente después se llevo a cabo un proceso de reclutamiento y difusión para encontrar a las personas interesadas en participar en dicho proyecto, a través de trípticos y carteles repartidos y difundidos por toda la Facultad, con apoyo del Programa de Servicio Social y Bolsa de Trabajo.

CURSOS DE ENTRENAMIENTO

Otro de los ejes principales para su realización fueron las capacitaciones encaminadas a la formación del equipo como interventores en crisis vía telefónica, fueron pieza clave las capacitaciones por parte de profesores, ex colaboradores del Programa y pasantes de la Facultad que tuvieron como objetivo la adquisición de herramientas y mecanismos teóricos y prácticos para la sucesiva intervención coadyuvando en la prevención y mitigación del estado psicológico alterado, con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes. Toda esta serie de capacitaciones fueron impartidas dentro de las aulas de la Facultad de Psicología, y dependían los tópicos o temas que se abordaban la duración de los mismos.

Para las capacitaciones se ha contado con profesores y alumnos que han tenido algún tipo de formación como terapeutas o interventores vía telefónica ,nos brindaron breves cursos dependiendo los tópicos que presentaban, problemáticas comunes más frecuentes como pueden ser las adicciones o problemas de pareja, cada uno contribuyó compartiendo sus experiencias en la vida profesional y en la parte teórica complementando información, haciéndola digerible por medio de su propia practica, además de adicionar todo esto con dinámicas donde simulábamos intervenciones vía telefónica realizando los ejercicios que servirían para algún usuario dependiendo la problemática ,nos dieron ejercicios y técnicas (la más común la de respiración diafragmática para bajar los niveles de ansiedad) necesarias para un futuro caso.

APERTURA DEL SERVICIO

Este Programa inicio en septiembre de 2011 en respuesta a una necesidad de las escuelas, facultades y bachilleratos de la UNAM y en general de la comunidad universitaria, la cual requiere de un servicio de atención psicológica para situaciones críticas derivadas del estrés a que se ven expuestos debido a su problemas familiares y personales.

Dicho Programa abarco las siguientes etapas:

1. Reclutamiento de operadores
2. Selección
3. Entrenamiento y cursos de capacitación
4. Difusión del programa a través de medios de comunicación electrónicos y escritos
5. Pruebas y operación de la central telefónica
6. Inicio de recepción de llamadas del Call Center

Actualmente las líneas de operación han sido abiertas en donde están al frente prestadores de Servicio Social previamente entrenados, además de contar para un mejor servicio con un grupo de desahogo emocional para los miembros del equipo.

**PROPUESTA: GUÍA BÁSICA PARA LA LÍNEA
TELEFÓNICA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN
CRISIS.**

Álvarez Vargas Belem Nashiely

Revisión: Mtro. Jorge Álvarez Martínez.

PROGRAMA

**INTERVENCIÓN EN CRISIS A
VÍCTIMAS DE DESASTRES
NATURALES Y
SOCIOORGANIZATIVOS.**

Introducción

Dado que en México la demanda de servicios profesionales de salud mental por organizaciones gubernamentales y sociales suele ser reducida o en algunos casos inadecuada, el Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socioorganizativos crea una línea de apoyo y orientación psicológica vía telefónica, de la Facultad de psicología UNAM, desempeña un papel importante ya que al ser un servicio gratuito, con un horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 hrs, facilita el contacto con los usuarios desprovistos de servicios psicológicos, y también siendo una línea de información y canalización a los diversos Centros y Programas con los que cuenta la Coordinación de Centros de Servicio a la Comunidad Universitaria y al Sector Social.

Justificación

La presente Propuesta de una Guía Básica de Intervención en la atención de usuarios, está destinado a las personas que necesiten una guía o soporte para impartir apoyo psicológico como prestadores o voluntarios del Servicio Social dentro del Programa de Intervención en Crisis a cargo del Mtro. Jorge Álvarez Martínez de la Facultad de Psicología UNAM.

Surge de la necesidad de un escrito que permita al prestador de Servicio Social familiarizarse y planificar las intervenciones para dar una respuesta oportuna teniendo en cuenta las necesidades de la población a la que está dirigido el servicio.

Objetivo

El objetivo general de este material es que el prestador de SS o voluntario cuente con la información necesaria para proporcionar apoyo y orientación psicológica con el fin de dar contención emocional a personas en situación de crisis de manera inmediata y profesional así como la canalización a los centros o programas que requiera.

Esta propuesta busca por medio de la Intervención en Crisis de primera instancia como son los Primeros Auxilios Psicológicos , cuya meta es resolver la crisis y recuperar el equilibrio psicológico, estableciendo la disposición del usuario para afrontar su presente, guiándolo hacia el adecuado manejo emocional inmediato y los componentes subjetivos de la situación para lograr la solución de su demanda.

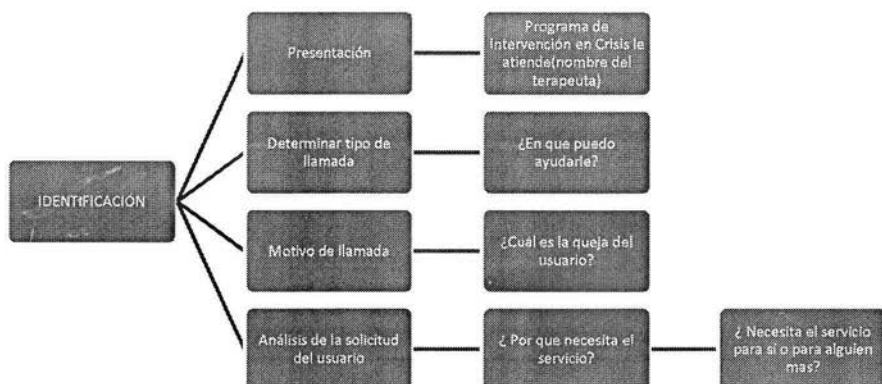
Índice Sugerido

1. Primera llamada
2. Presentación
3. Determinar tipo de llamada
4. Motivo de llamada
5. Ficha de Identificación
6. Alternativas de acción
 - Información
 - Servicio Administrativo
 - Canalización
7. Intervención en Crisis de Primera Instancia: Primeros Auxilios Psicológicos
 - Funcionamiento CASIC durante la crisis
 - Pasos a seguir en los Primeros Auxilios Psicológicos
8. Técnicas Recomendables para los Primeros Auxilios Psicológicos
 - Respiración diafragmática
 - Escritura emocional autoreflexiva
 - Imaginería guiada

Para proporcionar la atención a los usuarios de la línea telefónica única del Programa de Intervención en Crisis a cargo del Mtro. Jorge Álvarez Martínez, que llamaban al 56-22-2321, se designo a cada prestador de SS, un horario de acuerdo a la disponibilidad de sus horarios.

1. Primera llamada

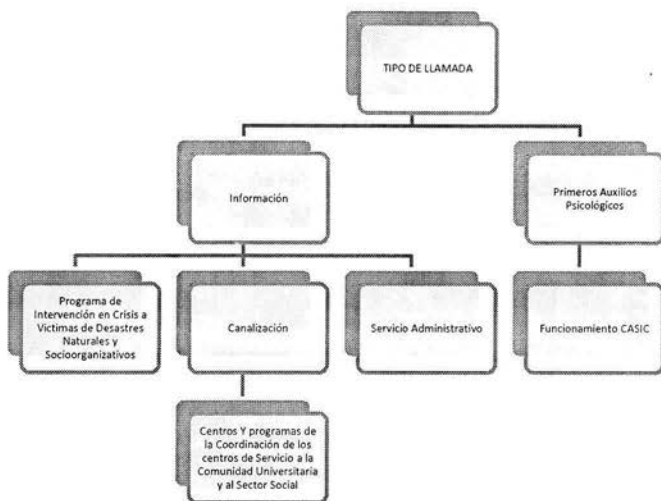
En la primera llamada que se recibe de un nuevo usuario se lleva a cabo la Fase 1. Identificación que consiste en un guión con el que el terapeuta telefónico pueda dar la misma atención a los usuarios de manera semejante, es por ello que cada uno de ellos debe ejecutar el método en esta fase.



2. Presentación

Es uno de los segmentos en los que el terapeuta debe ser capaz de mostrar su calidez y seguridad a través del tono de voz.

6. Alternativas de acción de acuerdo al tipo de llamada



➤ Información

Es probable que la persona que llama a la línea telefónica no tenga el conocimiento adecuado para hacer uso del servicio, o por otra parte, si ya tiene algunos conocimientos del mismo y desea ayudar a otra persona o requiere para sí el servicio, surgirán dudas respecto a él, es en esta parte donde amablemente le ayudaremos a aclarar todas sus inquietudes.

Si el usuario hace la petición de recibir informes sobre el Programa de Intervención en Crisis, el operador mencionará los siguientes puntos:

El operador menciona el script de inicio, si el usuario pide solo información se menciona lo siguiente:

- ✓ La línea de Intervención en Crisis vía telefónica brinda contención y apoyo psicológico, en caso de que usted deseara asistir a terapia presencial se le canalizará a uno de los Centros de Servicio Psicológico que más le sea conveniente.

- ✓ El servicio de esta línea es gratuito y se brinda en un horario de 8 am a 20hrs, durante días hábiles
- ✓ Ya que todas las llamadas son de primera vez, se trabaja con una intervención en crisis de primera instancia es decir con Primeros Auxilios Psicológicos, como apoyo y contención psicológico, para que al final de la llamada si usted lo solicitara se hara una canalización a uno de los centros con que cuenta la Facultad.
- ✓ Toda la información que brinde será confidencial y solo se utilizaran algunos datos con fines estadísticos
- ✓ Si usted está de acuerdo podemos iniciar

➤ **Servicio Administrativo**

Por ser la única línea disponible para el Programa, también se atendían llamadas dirigidas al Profesor Jorge Álvarez, de diversas organizaciones que necesitaban un asesoramiento o una posible intervención dentro de la institución como fue el caso del llamamiento por parte de la Asamblea de Representantes del Distrito Federal, para asesorar a una diputada sobre el fenómeno que comenzaba a tener fuerza *“el bullying”*.

➤ **Canalización**

La canalización es un recurso que se le brindara al usuario al final de la llamada para ello contamos con un folleto de parte de la Coordinación de Centros de Servicio a la comunidad Universitaria y al sector social de la Facultad de Psicología de la UNAM, estas canalizaciones podían hacerse a los siguientes Centros y Programas:

- ✓ Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor”
- ✓ Centro de Investigación y Servicios y Educación Especial (CISEE)
- ✓ Centro de Servicios Psicológicos “ Dr. Guillermo Dávila”
- ✓ Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los volcanes”
- ✓ Programa de Sexualidad Humana
- ✓ Programa de conductas adictivas
- ✓ Programa de Servicio Social y bolsa de Trabajo

- ✓ Centro de Prevención y atención de adicciones (CEPREAA)

7. Intervención en crisis de primera instancia: Primeros Auxilios Psicológicos

A través de la empatía y del desarrollo de la capacidad de comunicación y escucha activa, potenciar la ventilación emocional de sentimientos, reestructurando, percepciones e ideas con relación a las experiencias sobre la catástrofe, procurando un control cognitivo de la situación.

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

Valoración: Es importante que la valoración abarque tanto la fortaleza como la debilidad de cada una de los sistemas implicados en la crisis. La información acerca de qué está vulnerable en la vida de una persona se complementa con la información acerca de qué es aún funcional. Las fuerzas y recursos sociales pueden y deben utilizarse para ayudar a una persona a arreglárselas con la crisis (redes sociales).

➤ **Funcionamiento CASIC durante la crisis**

El objetivo principal es determinar el impacto del incidente precipitante en las cinco áreas del funcionamiento del individuo.

Conductual:

¿Cuáles actividades (trabajo, escuela, dormir, comer y así sucesivamente) han sido las más afectadas por el incidente de crisis?

¿Cuáles áreas no han sido afectadas por la crisis?

¿Cuáles conductas se han incrementado, fortalecido o dañado por la crisis?

¿Cuáles estrategias de afrontamiento se han intentado, y cual fue el relativo éxito/fracaso de cada uno?

Afectiva:

¿Cómo se siente la persona con las secuelas del incidente de crisis? ¿Airado? ¿Triste? ¿Deprimido? ¿Aturdido?

¿Se expresan libremente los sentimientos o se mantienen ocultos? ¿Los sentimientos expresados son los adecuados en el manejo de la persona?

¿El estado afectivo da algunas claves como para la etapa de transvaloración de las crisis?

Somática:

¿Existen molestias físicas asociados con el incidente de crisis? ¿Es esto una reactivación de problemas anteriores o es algo “totalmente nuevo”?

Si la crisis proviene de una pérdida física (pérdida de un miembro corporal, cirugía, enfermedad), ¿Cuál es la naturaleza exacta de la pérdida, y cuáles son los efectos de ésta sobre otros funcionamientos del organismo?

¿Hay antecedentes de uso de drogas o sustancias que participan en el estado de crisis?
¿Requiere medicación alguna?

Interpersonal:

¿El impacto de la crisis de la persona sobre el inmediato mundo social de la familia y los amigos resulta adaptativo o se encuentra en franca desadaptación?

¿Es posible hacer uso de la red y de los sistemas sociales de ayuda?

Valorar la ayuda disponible de la familia o los amigos

¿Cuál es la actitud interpersonal que se adopta durante el tiempo de la crisis, por ejemplo, aislamiento, dependencia, etc.?

Cognoscitiva:

Las expectativas o metas vitales perturbadas por el incidente de crisis

Las reflexiones o pensamientos introspectivos usuales

El significado del incidente precipitante en la parcialidad y totalidad de la vida

Presencia de los “debería”, tales como “yo debería haber sido capaz de manejar esto”

Patrones ilógicos de pensamiento acerca de resultados inevitables

Los patrones usuales para hablarse a sí mismo

El estado del dormir

Imágenes de una fatalidad inminente

Fantasías destructivas

➤ Pasos a seguir en los Primeros Auxilios Psicológicos

Según Álvarez y Cruz (2007), hacen mención de cuestiones que deben abordarse durante la intervención en los primeros auxilios psicológicos.

A. Contactar

- ✓ Escuchar de manera cuidadosa y refleja los sentimientos y la naturaleza de los hechos.
- ✓ Comunicar aceptación.

B. Dimensionar el problema

- ✓ Plantear preguntas abiertas
- ✓ Llevar a la persona a una mayor claridad
- ✓ Evaluar la mortalidad

C. Posibles soluciones

- ✓ Alentar la lluvia de ideas
- ✓ Trabajar de manera directa por bloques
- ✓ Establecer prioridades

D. Acción concreta

- ✓ Establecer metas específicas de corto plazo
- ✓ Confrontar cuando sea necesario
- ✓ Ser directivo, sólo si debes serlo
- ✓ Implementar alguna de las técnicas sugeridas
- ✓ Canalizar

8. Técnicas recomendables para los Primeros Auxilios Psicológicos.

Estas técnicas son recomendables por sus características prácticas, para la intervención durante la llamada del usuario, algunas características son: su brevedad, centradas en el presente y su solución y su carácter preventivo si son bien conducidas e incluso aprendidas por el usuario.

➤ Respiración Diafragmática

Instrucciones.

Siéntese con los brazos relajados y mantenga la columna derecha pero no tensa. Respire de manera suave y natural, dejando entrar el aire por la nariz y sacándolo suavemente a través de la boca. Trate de ubicar cómo se ensanchan las costillas al llenarse de aire y la sensación al exhalar. (5').

La respiración diafragmática lo ayuda a usar el diafragma correctamente para poder:

- Fortalecer el diafragma
 - Disminuir el trabajo de respiración al disminuir la tasa de respiración
 - Disminuir la demanda de oxígeno
 - Utilizar menos energía para respirar
-
- **Escritura emocional autoreflexiva**

Indicaciones para su uso.

El objetivo de este ejercicio es el que la persona pueda escribir libremente sobre el tema o situación personal que elija, lo importante es que logre una apertura emocional y siga las instrucciones generales que se presentan a continuación.

Podría ser que en el primer ejercicio se presente un sentimiento inicial de tristeza u otro de malestar emocional, sin embargo, este pasará en el transcurso de algunas horas. Los beneficios psicológicos y fisiológicos se verán de inmediato (Domínguez, et al, 2002).

Instrucciones generales.

Escriba la experiencia más dolorosa, traumática, perturbadora y/o conflictiva, reciente o pasada; especialmente aquella que nunca haya hablado con nadie o lo haya hablado superficialmente o en pocas ocasiones. En este 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 de ello.

Mientras escribe, hágalo con la confianza y seguridad de que su escrito no será divulgado, no se preocupe por la ortografía, sintaxis y/o gramática. Si no recuerda nada por el momento, espere un poco, después recordará.

Ejercicio A

En este ejercicio escriba con libertad utilizando exclusivamente la primera persona del singular (yo, mi, a mi, etc.).

Ejercicio B (combinada)

En este ejercicio escriba nuevamente sobre el acontecimiento traumático (como lo hizo anteriormente), antes de finalizar trate de buscar una o varias situaciones de aprendizajes que le haya dejado esta experiencia.

Ejercicio C

En este ejercicio haga un escrito de su historia original en tercera persona del singular, por ejemplo, a él, a ella le ocurrió, ella consideró, etc.

➤ Imaginería guiada

A través de la historia, muchas culturas han utilizado la imaginería con propósitos terapéuticos, tales como los navajos, antiguos egipcios, griegos y chinos. Las religiones tales como el hinduismo y el judaísmo también han practicado imaginería. En los tiempos modernos, el término "imaginería guiada" puede utilizarse para referirse a varias técnicas, dentro de las que se cuentan la metáfora, relatos de historias, fantasía, juegos, interpretación de sueños, dibujar, visualización, imaginación activa o sugestión directa a través del uso de imaginería (Álvarez y Cruz, 2007).

La imaginería terapéutica guiada se puede utilizar para que los pacientes se relajen y concentren en imágenes relacionadas con los asuntos personales que están confrontando. Los practicantes de la imaginería vivencial guiada pueden utilizar un estilo de guía interactivo y objetivo para animar a los pacientes a que encuentren soluciones a los problemas, al explorar los recursos internos de los cuales disponen.

Indicaciones y contra indicaciones para su uso.

Este ejercicio requiere que la persona posea la capacidad de pensar en imágenes (pensamiento de tipo eidético), no es recomendable cuando se observa inatención, cuando no tiene noción de espacio y/o tiempo o cuando el individuo se encuentra con niveles de estrés postraumática elevados (Domínguez, et al, 2002; Romero, 2005).

Instrucciones.

Cierre los ojos y comience a respirar lenta y profundamente intentando relajarse. Evoque algún lugar que sea de su agrado que lo haga sentirse tranquilo y relajado. Visualice el lugar, descubra detalles, colores, perfumes, sonidos. Se siente relajado y disfruta de ese espacio. (10').

RESULTADOS OBTENIDOS

Para poder lograr el desarrollo de competencias profesionales, fue necesario que se tuviera presente el fuerte y elemental vínculo entre el marco teórico del Programa, las actividades realizadas, y el desarrollo de técnicas y habilidades del campo del psicólogo. El desarrollo de habilidades y la integración de estas, permitió desarrollar competencias tanto básicas, como genéricas y específicas. Estas competencias indican el grado de conocimiento y experiencia profesional que el prestador de SS ha adquirido.

Antes de iniciar el SS, el prestador contaba con algunas habilidades conocimientos y técnicas en el área clínica. Durante la estancia de seis meses dentro del Programa, el número de estas se vio incrementada sustancialmente, sobre todo en el área de las genéricas y específicas. Este incremento fue producto de los cursos y capacitaciones, la participación aunque fue indirecta como observadora de las sesiones terapéuticas con rescatistas de Japón, víctimas de 3º Nivel del Tsunami, conformaron también parte de los objetivos generales del Programa como es la atención a víctimas de Desastres, brindando atención oportuna y eficaz. También de la investigación que dio como resultado la Propuesta de un Manual o Guía básica de Intervención en Crisis la elaboración de material de difusión y promoción para el Proyecto de Call Center. Los objetivos generales del Programa fueron promovidos durante la prestación del SS, capacitando a los prestadores de Servicio y personas involucradas en la atención a víctimas de cualquier índole para que puedan llevar a cabo una breve intervención en crisis, por medio de todos los cursos requeridos durante este periodo. Esto está relacionado con el impacto que tuvo la participación de los prestadores en el Programa formando parte de la planeación, desarrollo y la intervención directa que se brinda vía telefónica, la experiencia en el servicio social me ha brindado herramientas teóricas como prácticas para inmediatas y futuras intervenciones en situación de emergencia, se fortalecieron mis habilidades en el campo de la Psicología Clínica.

La experiencia obtenida producto de las actividades realizadas en el transcurso del Servicio Social dentro del Programa no solo facilitaron la conformación y fortalecimiento de estas competencias, también contribuyeron a comprender la relevancia social y el impacto que tiene la psicología clínica en la práctica profesional como es en el marco de la Salud Pública y las Políticas Sociales.

A continuación se presentará una tabla donde se explican concretamente las competencias y habilidades desarrolladas antes y después de la prestación del SS.

	Básicas	Genéricas	Específicas
Antes del SS	<ul style="list-style-type: none"> - Búsqueda bibliográfica - Iniciativa - Toma de decisiones - Adaptabilidad al medio - Autoformación y aprendizaje continuo - Análisis y síntesis - Compromiso ético 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport - Empatía - Escucha - Observación - Asertividad - Entrevista 	-No se generaron este tipo de habilidades antes de la realización del SS.
Después del SS	-No se generaron nuevas habilidades básicas, se reforzaron las anteriores.	<ul style="list-style-type: none"> -Promoción y elaboración de material de difusión -Contención - Organización y planeación -Capacidad para trabajar en equipos de carácter multidisciplinar. 	-Aplicación de modelos de Intervención psicológica (Intervención en crisis, Primeros Auxilios Psicológicos)

El desarrollo de estas competencias profesionales es el objetivo más importante de esta forma de titulación. El desarrollo de habilidades y su correspondiente integración permitió desarrollar competencias tanto genéricas como específicas. Estas competencias indican el grado de conocimiento y experiencia profesional que el prestador de servicio social ha adquirido.

Otro de los resultados tangibles fue la atención a usuarios que llamaron a la línea disponible para una breve intervención seguida de una canalización o información, además de la Propuesta de una guía Básica de Intervención para el Programa de Intervención en Crisis vía telefónica dirigido a los prestadores o voluntarios que deseen laborar dentro del Programa y que fue brevemente expuesta.

CONCLUSIONES

Una parte muy importante de la misión y visión de los Programas con los que cuenta la Facultad es ofrecer servicios de calidad, ética y compromiso social. Este principio cumple cabalmente con lo que demanda la universidad de sus estudiantes y egresados: ser cuadros sociales que contribuyan a la solución de algunas de las principales problemáticas del país, poniendo énfasis en los sectores sociales más vulnerables y en los problemas más apremiantes. Esto explica el porqué todos los servicios que ofrece la UNAM, en sus diferentes aéreas, además de tener una alta calidad, tiene costos muy bajos. El Programa de Intervención en Crisis que pertenece a la Facultad de Psicología no podía ser la excepción.

Esta visión de carácter social de la UNAM, así como de sus centros, programas e institutos que ofrecen atención al público en general, radica en el compromiso que esta institución tiene con la sociedad en su conjunto. Esta responsabilidad se deriva del hecho de ser una universidad pública, cuyos recursos provienen de las contribuciones que realizan todos los sectores sociales a través del pago de impuestos. Estos recursos permitan a la UNAM contar con un presupuesto anual para su funcionamiento como institución dedicada a tareas académicas y de investigación, pero también para el desarrollo de centros de atención a personas con gran impacto social.

Durante los seis meses de la realización del Servicio Social, el prestador participo en diversas actividades del Programa de Intervención en Crisis. El trabajo realizado permitió cumplir con la mayor parte de los objetivos planteados por la institución en que se realizo el SS y por el mismo prestador de SS, como fueron la adquisición de una base solida de conocimientos relacionados con el área clínica; integración de los conocimientos teóricos, con aquellos que aporta el trabajo practico; desarrollo de un conjunto de técnicas, habilidades y herramientas, que faciliten el fortalecimiento de la

relación terapéutica con el paciente, la adherencia al tratamiento y el proceso de intervención; así como la realización de un SS con responsabilidad y ética profesional.

Es necesario mencionar que el prestador de SS, cuyo papel resulta importante en instituciones y centros de atención de carácter público, también se beneficia ampliamente al desarrollarse en este tipo de instituciones.

Un elemento básico para que los conocimientos, capacidades y destrezas se desarrollen, se afinen y se consoliden, es la posibilidad de que los alumnos cuenten con espacios que les permitan llevarlos a la práctica. La experiencia lograda en el campo de acción, aunada a la formación académica recibida, son los elementos que permiten a los alumnos adquirir, de manera real, una serie de competencias profesionales. Mismas que le facilitaran su desempeño en otros escenarios de trabajo, complejos y en constante cambio, que demandan del profesionista una preparación sólida.

La estancia de seis meses en el Programa resulto ser muy enriquecedora y formativa en el aspecto humano y profesional. Las capacitaciones y cursos de adiestramiento, así como el estudio del marco teórico que sustenta las actividades realizadas, sumado al desempeño de las mismas, facilito al prestador de SS el alcanzar los objetivos trazados, como es la realización del presente trabajo (IPSS).

Otro aspecto que resulto relevante para el prestador de SS, fue la posibilidad de vivir una experiencia profesional muy completa y diversa. La cual permitió conocer el área clínica y social de la Psicología, así como las fortalezas y retos que presenta el profesional de la Psicología.

Esta formación contribuye a que el prestador fortalezca sus competencias, que le permitirán tener un buen papel en el campo profesional, pero también lo involucra en una tarea fundamental, constitutiva del carácter público de la UNAM: reconocer la realidad de su entorno, y convertirse así, en un actor social; en un agente de cambio.

El Programa de Intervención en Crisis sin duda realiza una importante labor de atención psicológica directa para la población del DF y el resto de la Republica Mexicana, teniendo diversas participaciones en eventos de emergencia y desastre, permite la posibilidad de recibir la atención psicológica que requiere la persona de acuerdo con las características de la problemática que presenta.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

El Programa de Intervención en Crisis ha realizado y realiza una importante labor de atención psicológica para la población en general centrándose en la formación de recursos humanos alistadas para una actuación oportuna, como interventores en crisis desarrollando técnicas dirigidas a víctimas de emergencia y desastre.

Así como es importante destacar las fortalezas y los alcances de dicho Programa, también es necesario reconocer e identificar sus limitaciones.

La sugerencia promovida iría encaminada hacia un proceso de sistematización del Programa en un nivel técnico-profesional. El establecimiento de un orden específico permitiría obtener mejores resultados para la conformación de una estructura a fin de obtener al final del Servicio Social una formación profesional solida. Seria idóneo contar con una programación formal, donde desde el inicio de la prestación de servicio se nos dieran los cursos y capacitaciones pertinentes. Si bien dado las características del programa, en el que la intervención se da a víctimas de desastre y no todo el año hay casos que requieran la participación de los brigadistas, se podrían hacer cada determinado tiempo simulacros para prever una posible actuación, es decir que se pudieran crear formas para que los miembros del programa adquirieran una mayor formación práctica en cuanto a las técnicas aprendidas.

REFERENCIAS

- Álvarez J. (2011) Curso primeros auxilios psicológicos, División de Educación Continua, Facultad de Psicología, UNAM.
- Álvarez, J. (2011). Curso de Intervención en Crisis, División de Educación Continua, Facultad de Psicología, UNAM.
- Álvarez J. (2005). Mecanismos y herramientas psicológicas para enfrentar una situación de crisis, manual del participante. (Disponible en la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, en el cubículo de la brigada de intervención en crisis).
- Álvarez J. (2006) Brigada de intervención en Crisis. Material visual de apoyo de la Brigada de intervención en Crisis de la Facultad de Psicología de la UNAM, trabajo inédito.
- Álvarez, J. M. y Cruz, C.C. (2007). Mecanismos y herramientas psicológicas para enfrentar una situación de desastre. (Manual disponible en el Programa de Intervención en Crisis de la Facultad de Psicología, UNAM).
- American Psychiatric Association (APA). (2000). DMS IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4a. ed. Madrid: Masson.
- Ampudia Rueda (1997) Taller de Manejo de Técnicas de Intervención en Crisis. Facultad de Psicología, UNAM.
- 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 Facultad de Psicología, UNAM.
- Arumir R. *et. alt* (2011) Cuadernos de Crisis y Emergencias, Revista semestral de la Psicología de las emergencias, Vol. 1

- Bellak y Small (1980). Psicoterapia breve y de emergencia. México: PAX (2ª 2004).
- Buznego R. (2008). Situaciones de emergencia. Primeros Auxilios Psicológicos. Tomado de la página electrónica: <http://www.revistafusion.com/2003/noviembre/psico122.htm>, página consultada el día 20 de Julio de 2008.
- Caballero, J. (2007). La percepción de los desastres: Algunos elementos desde la cultura. *Gestión y Ambiente*, 10 (2), 109-116.
- Carlson, N.R. (1999) Fisiología de la Conducta. Barcelona – España: Ariel.
- Caplan, G. (1993). Aspectos preventivos en Salud Mental. España: Paidós.
- Cohen, R., (1999) Salud Mental para Víctimas de Desastres. Manual para trabajadores. México: Manual Moderno.
- Cohen E, Raquel, MD, MPH (2007). Lecciones aprendidas durante Desastre Naturales: 1970-2007. En: (<http://raquelcohendisaster.com/Materials/Lecciones%20aprendida.htm>). Recuperado el 4 de septiembre de 2008.
- Condori, L., Palacios, A. y Ego-Aguirre, V. (2002) Impacto psicológico en el trabajo en emergencias y desastres en equipos de primera respuesta. Sociedad Peruana de Psicólogos de Emergencias y Desastres. Perú.
- El periódico de México (2008). Gobierno intensifica guerra contra el narcotráfico. Tomado de la página electrónica: <http://www.elperiodicodemexico.com/nota.php?sec=Nacional-Seguridad&id=75905>, consultada el día 01 de Octubre del 2008.
- Erikson Erik H. (1985) El ciclo vital completado. Edición. Paidós
- Espinoza L. (2009) Propuesta de Capacitación en Intervención en Primeros auxilios Psicológicos para el personal que brindara atención a Víctimas de tercer nivel, Tesis de licenciatura UNAM.

García, J. (s/f). Primeros Auxilios Psicológicos para intervenir con personas en Crisis Emocional. En: www.uaq.mx/psicologia/lamision/primeros_auxilios.html Recuperado el 17 de junio de 2008.

Gutiérrez, C., Quaas, R. (2005). *Sismos*. Centro Nacional de Prevención de Desastres. México: SEGOB.

Hernández, A. (2002) Conducta Altruista vs Conducta Prosocial: ¿Por que a veces ayudamos a las personas y otras veces no? *Revista de psicología social*. 52(1), 103-110.

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

Ley de Protección Civil para el Distrito Federal, (2007). *Gaceta Oficial del Distrito Federal del 8 de noviembre del 2007*.

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

Mitchell, J. T. (1989). *Apoyo psicológico para el personal de rescate en: Consecuencias Psicosociales de los Desastres: La Experiencia Latinoamericana*. Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental "Simón Bolívar". México.

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

OMS, (1990). *Organización Mundial de la Salud: La Introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*. España: Gráficas Reunidas.

OPS, (2002). *Organización Panamericana de la Salud. Protección de la Salud Mental en situaciones de desastre y emergencias*. Guía sobre desastres No. 1. Washington.

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

Robles, J.I., & Medina, J.L. (2002) *Intervención Psicológica en las catástrofes*. España: Síntesis.

Rueda, A. (1997) *Taller Manejo de Técnicas de Intervención en Crisis*. Facultad de Psicología de la UNAM.

Slaikue K., (1996) *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. México. Editorial Manual Moderno.

Sociedad Mexicana de Psicología (2005), *Código Ético del Psicólogo*. México: Trillas.

Urzua, S. (2009) *Modelo de Atención Telefónica con Enfoque en Terapia Gestalt*. Tesina de Licenciatura UNAM.

ANEXOS

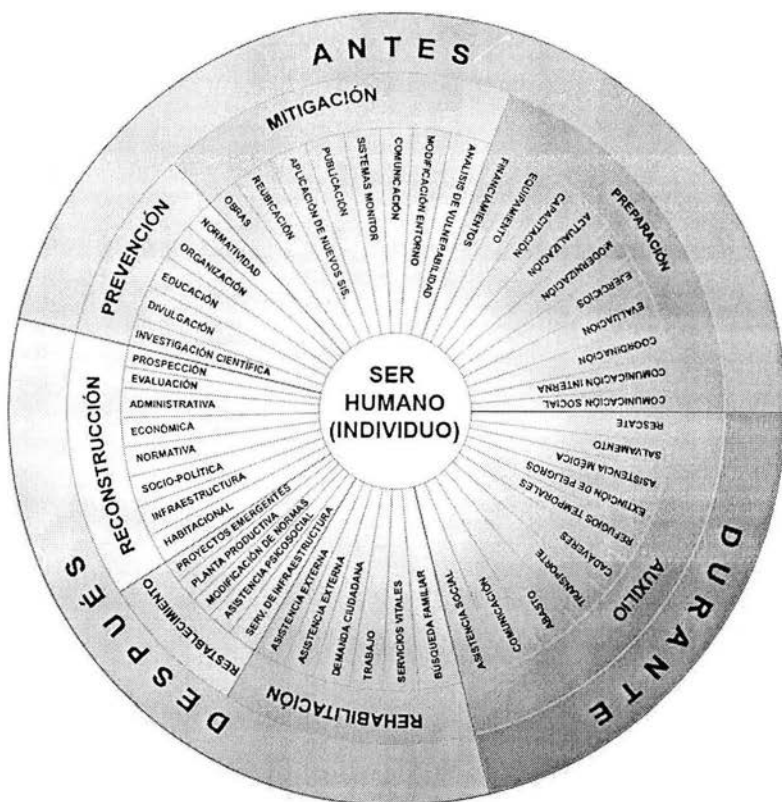


Figura 1. Modelo continuo de desastres, Miliani S.R. (comunicación personal, 2003). Tomado de la Tesis de Licenciatura (Arumir, 2009).

MANUAL GENERAL DE PROCEDIMIENTO DEL
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS A
VÍCTIMAS DE DESASTRES NATURALES Y
SOCIORGANIZATIVOS

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

Detección de personal que pueda brindar primeros auxilios psicológicos

Objetivo:

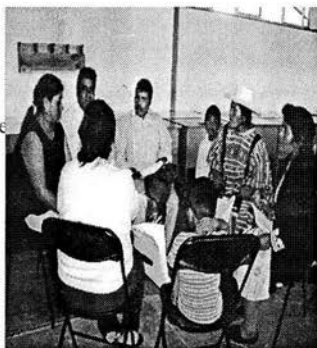
Detectar a líderes comunitarios, personal docente de diversos niveles educativos, personal de ayuda humanitaria

que puedan y deseen

capacitarse en

Primeros

auxilios psicológicos.



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

Objetivo:



Capacitar al personal de ayuda
humanitaria, previamente detectados,



Cuando se identifique a personal que
tenga estudios comprobados y formales



Modelamiento en campo



Conformar
Brigadas
Mixtas de
Intervención

Mostrar
cómo se
trabaja con
la población
afectada

Llevar a
cabo el
desahogo
emocional,
dirigir las
técnicas de
relajación.

Empleo y
uso del
directorio de
canalización
verificando
en qué
momento se
emplea.

Entrega de informes

Se informa
sobre el
desastre
atendido

Motivo de
consultas

Número de
personas
atendidas

Número de
personas
capacitadas

Seguimientos
realizados

Seguimiento



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

Seguimiento

Objetivo:

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



Personal que interviene

Se convoca a:

Personal docente de la Facultad de Psicología de la UNAM

- Alumnos de licenciatura de semestres intermedios y avanzadas
- Alumnos de posgrado
- Tesistas
- Prestadores de servicio social y prácticas profesionales
- Ex alumnos de la facultad que participaron en el programa de intervención en crisis.
- Docentes y alumnos de otras universidades.
- Voluntarios

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