



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Tesina

PSICÓLOGO EN DESASTRES:
ALCANCES, LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS

Que para obtener el título de
Licenciado en Psicología

Presenta
Fredy Tadashi Damián Dorantes

Asesor

Lic. Jorge Montoya AVECÍAS

Dictaminadores

Mtro. Isaac Pérez Zamora
Mtra. Ángela María Hermosillo García



Los Reyes Iztacala

Tlalnepantla, Edo. de México

Mayo, 2017





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.

AGRADECIMIENTOS



A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi *Alma Mater*, por la formación humana que permea mi vida profesional, personal y espiritual, dándome la oportunidad de ser parte de esta... la *Máxima Casa de Estudios*.

Al Movimiento Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja, por darme cabida y permitirme brindar ayuda humanitaria en mi país cuando más lo ha necesitado, porque sus principios convergen al cien por ciento con los míos y sus mandatos son los necesarios para el ejercicio de la psicología.

Al Programa de Atención Psicológica en Desastres (*APSIDE*), su Comisión Consultiva, sus *Vacas Sagradas* y sus Voluntarios, por abrirme la puerta al mundo profesional en esta apasionante carrera, por la oportunidad de llegar a ser Coordinador Ejecutivo Nacional.

A Vinland Solutions, por darme su incondicional confianza, considerarme parte de la empresa, por la oportunidad de desempeñarme en tantas instituciones a nivel nacional e internacional y proyectarme como el profesional que ahora soy.

DEDICATORIAS



Dedico esta obra a todas aquellas personas que por algún infortunio del destino sufrieron los embates de un incidente, quienes me dieron la oportunidad de aprender de sus historias y tuvieron la confianza de poner en mis manos sus emociones y sentimientos.

A Omara Damián Cruz, gracias hija mía, mi muñequita hermosa, gracias preciosa por existir, sin ti esta vida simplemente no valdría la pena vivirse así, porque en todo momento has sido el principal motor que me mueve a seguir adelante.

Edith... gracias mi vida por estar aquí siempre, por decidir estar conmigo, por sacrificar nuestro tiempo juntos cuando estoy fuera pretendiendo ayudar a alguien más, por creer en mis proyectos y tenerles paciencia.

A mis padres, gracias por apoyarme siempre, aún en aquellos momentos en los que han estado en desacuerdo con mis decisiones, porque sé que podrían dar su vida por defender mis ideales.

Sobrinos, si algún día leen este mensaje: crean en ustedes mismos, sigan sus ideales, luchen por ellos, materialicen sus sueños. Sobrevivan a sus padres.

Ana María Zellhuber y Juan Carlos Segarra, gracias por las responsabilidades delegadas, la confianza absoluta, el respaldo en los momentos más difíciles y de mayor riesgo, por monitorear mis pasos, darme crédito y creer en mi.

Hermanas y Compadres de toda la vida: Wendy, Janet, Israel, Selene y Fernando por ser mi escucha en los momentos en los que más he querido gritar, la luz cuando más oscuridad tengo, el remanso cuando más paz necesito.

A mis nuevos viejos amigos Juan, Cony y Cristy, porque sin saberlo ni pretenderlo han sido el alivio en momentos tortuosos, porque el pretexto ha sido siempre lo de menos para disfrutar los efímeros momentos de descanso entre jornada y jornada, por los viajes y proyectos por venir.

Finalmente... Gracias Jorge Montoya, porque un día me dijiste que no estaba preparado aún para esto de la Psicología en Desastres y con ello me alentaste a prepararme, gracias por arrojarme al ruedo y darme el valor y las herramientas para enfrentar las adversidades.

ÍNDICE



Resumen.	5
Introducción.	6
Capítulo I. Aspectos generales de la Atención psicológica en Desastres	16
1.1 Psicología y Desastres.	17
1.2 La Atención psicológica Mundial en desastres.	28
1.3 La Atención psicológica en Desastres en México.	36
Capítulo II. El psicólogo en Desastres	44
2.1. Limitaciones.	45
2.2 Alcances.	51
2.3 Perfil y caracterización (profesionalización)	62
Capítulo III. Propuesta: El Perfil del Psicólogo en Desastres en México	69
3.1 Justificación.	70
3.2 Guía Metodológica de la Formación de los Psicólogos en Emergencias, Crisis y Desastres.	72
3.3 Comentarios Finales.	99
Conclusiones.	102
Bibliohemerografía.	104

RESUMEN



Dentro de la atención que se proporciona a la población afectada por situaciones de desastres, es importante brindar atención psicológica ante tales circunstancias, para ello es de suma importancia que se cuente con psicólogos capacitados para realizar tal trabajo, ya que dicha atención implica contar con conocimientos amplios y gran sensibilidad en el ámbito. En la mayoría de ocasiones, será necesario brindar Primeros Auxilios Psicológicos ante una condición de Emergencia Psicológica, en otras iniciar con procedimientos de Intervención en Crisis para reducir la sintomatología inherente a Crisis Emocional o aplicar protocolos de atención a Trastorno por Estrés Post Traumático que pueden presentar las personas que se encuentran inmersas en estos desastres, en otras situaciones será necesario detectar y referir o canalizar a atención psiquiátrica.

Para ello es imprescindible contar con la información y habilidades necesarias para intervenir con la mayor efectividad y el mayor impacto positivo posible. En el Capítulo I se revisa los aspectos generales de la atención psicológica en desastres. Esto se logrará realizando una revisión sobre psicología y desastres, la atención mundial y nacional que se ha brindado en situaciones de desastre. En el Capítulo II se revisan los alcances, limitaciones y perfil de los psicólogos que intervienen en situaciones de desastres. Finalmente en el capítulo III se propone el perfil que debe cumplir el psicólogo en desastres en México, pues es necesario centrarnos en nuestra población, para ello se propone la guía metodológica de la formación de los psicólogos en emergencias, crisis y desastres para terminar con los comentarios finales de esta propuesta.

INTRODUCCIÓN



En el último decenio los desastres naturales se triplicaron, y el costo que implican se ha multiplicado por nueve y las ciudades, que albergan a la mayoría de la población, se encuentran en las zonas más expuestas a desastres naturales.

El campo de la psicología aplicada a los desastres es relativamente nuevo, no sólo en México sino para América Latina y en general el mundo entero, aunque es importante señalar que el estudio sistemático de un desastre, así como sus efectos individuales y grupales, se remonta a la década de los años 50, cuando un grupo de investigación sobre desastres de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos realizó un estudio de campo (Fritz, 1961)

Lo prioritario a atender en una situación de desastre es resolver las necesidades básicas de la población directamente afectada; como es: alimentación, cobijo, refugio e información respecto del estado físico en que se encuentren sus familiares. Desafortunadamente y como si ello no bastara, no son estas las únicas necesidades a atender, existen también las de apoyo o atención psicológica, mismas que atraviesan por un enorme vacío en tanto su atención, como menciona Montoya (2000), “la atención general se centra en atender el déficit socio-organizativo -básicamente materiales-”

Considerar que después de atendidas dichas necesidades básicas; la situación ha sido resuelta y que después de ello quedaría poco o nada por hacer, representa el primer obstáculo que deberá enfrentar el profesional de la Atención Psicológica en Desastres.



Los *desastres* han traído muchas calamidades a lo largo de los años; nunca sabremos con exactitud el número de muertos, de discapacitados, afectados psicológicamente ni mucho menos el costo real en el aspecto económico social y familiar; sin embargo, en la mayoría de los reportes; por lo general, sólo se mencionan las pérdidas humanas, heridos, pérdidas económicas, etcétera, dejándose a un lado el tema de los daños psicológicos que deja un *desastre*, no sólo a las víctimas directas y sus familiares y amigos, sino a toda la población en general, puesto que sólo se habla de “crisis nerviosas” y no del impacto real que tienen estos a nivel psicológico.

Asimismo los programas que se diseñan para asistir a los damnificados se centran principalmente en apoyos tangibles (ropa, comida, medicinas, etc.), mostrándose así un déficit cultural en cuanto al tema de la psicología en situaciones de desastres, porque al parecer ni a las autoridades ni a las personas les interesa saber sobre este tema (Salgado, 2003)

Montoya (1997), Revel (1999) y Comfort (2000) refieren que a pesar de que en América Latina son muy frecuentes los *desastres* y con consecuencias muy graves, muy pocas veces se tienen programas de emergencia enfocados en el plano psicológico, lo que trae como consecuencia que la población afectada no cuente con los elementos necesarios para su restablecimiento psicológico, tanto a nivel individual como colectivo, ya que no en todos los casos las personas pueden superar con sus propios recursos los efectos de un desastre.

Montelongo (2001) enfatiza en la necesidad de mejorar la implementación de comunidades preparadas ante los desastres y la necesidad de agregar medidas de prevención para lograr, reducir las pérdidas tanto humanas como materiales; y sobre todo mitigar los daños ocasionados, garantizando el bienestar de la comunidad afectada.





Las agencias de socorro; dice Montelongo (2001), generalmente prestaban atención a la resolución de las necesidades físicas y materiales de los damnificados, sin embargo en los últimos años se ha visto un incremento en la participación de programas y proyectos que contemplan el apoyo psicológico como parte importante de la atención en desastres.

Una situación de desastre, además de los daños materiales, trae consigo una serie de repercusiones que desorganizan los aspectos cognoscitivos y emocionales de los individuos. Al momento del desastre se deteriora la capacidad de atención y concentración, hay una fuerte sensación de ansiedad y de impotencia mezclada con sentimientos de ira y tristeza. Esos sentimientos en ocasiones pueden permanecer encubiertos por algún mecanismo de defensa, por ejemplo: la negación, que provoca una disminución en la capacidad de sentir o enfrentar las circunstancias extremas desagradables.

Una vez que se presenta la destrucción, existe un desequilibrio material y emocional enfocado principalmente hacia la muerte; la pérdida de vidas y bienes materiales, que genera sentimientos de aislamiento, depresión, desesperanza y desesperación. Además, suelen presentarse trastornos psicosomáticos, entre los que se encuentran los digestivos, neurológicos de hipertensión, síntomas cardiopáticos e insomnio, síntomas normales ante una situación anormal (Cohen y Ahern, 1989)

En nuestro país se inició la atención a nivel individual y a grupos de personas afectadas por estos fenómenos desde los sismos de 1985 en la Ciudad de México, donde se vio la necesidad de la atención a población afectada además de grupos e individuos que laboraban en las tareas de socorro ante dichas situaciones.

No es un secreto que dicho sismo marcó un antes y un después en el ámbito de la Protección Civil y el reconocimiento de la necesidad de dar alivio emocional a los afectados, tampoco es un secreto que impactó fuertemente a toda la población del país y



que tomó por sorpresa a todos los sectores responsables en su momento y a los profesionales que desde sus áreas hoy están involucrados en la atención y prevención a este flagelo de la humanidad.

Campuzano y colaboradores (1987), hacen referencia a la sintomatología que presentaron brigadistas, personal de albergue y terapeutas (durante los sismos de 1985, Ciudad de México) donde los primeros mostraban cuadros de hiperactividad. Trabajaban sin descanso; estaban mal alimentados y sin poder dormir, algunos incluso terminaron desplomándose por la fatiga. Muchos se resistían a descansar, no obstante las indicaciones de los médicos. El personal de los albergues estuvo abrumado por exceso de trabajo y por las demandas de los “huéspedes” quienes los contagiaban de su angustia respecto de familiares desaparecidos, pérdidas de bienes, la situación económica incierta, etc.

Entre el personal hubo fricciones por la distribución de poder y responsabilidades; excitación provocada por el impacto emocional del contacto con los damnificados, etc.

En lo que atañe a los psicoterapeutas predominó un estado depresivo, mismo que fue más notorio y claramente visible al retirarse de las actividades a causa del cansancio y el agobio por recibir impactos dolorosos y escuchar relatos escalofriantes.

Actualmente ha ido proliferando en todo el mundo la preocupación por los efectos psicosociales de las emergencias y desastres, así como los grupos de psicólogos que se interesan por intervenir en estas circunstancias, conformando los equipos de primera respuesta, organizando sociedades o grupos de intervención locales, creando redes nacionales de ayuda psicológica.





Cohen (1999) considera la incursión de profesionales y personal especializado en situaciones de desastres como *Intervención de Salud Mental Después de desastre*, y lo define de esta manera:

...”La intervención consiste en proporcionar asistencia en crisis para aminorar las reacciones postraumáticas de los damnificados después del desastre. Es un servicio de procedimientos planificados que facilitan el proceso dinámico de los damnificados para resolver la crisis y adaptarse al nuevo entorno, mejorando su capacidad de lidiar con la multiplicidad de problemas que se presentan en la etapa posterior a un desastre” (P.7)

Cohen propone centrarse en los mecanismos de adaptación psicológica de los afectados por los desastres. Orientando los métodos que complementan las intervenciones somáticas y las funciones más tradicionales de los profesionales a quienes el consejero en crisis (Psicólogo en desastres) puede enviar a los damnificados para que reciban este tipo de tratamiento, sirven para prevenir de manera oportuna las secuelas psicopatológicas. Los programas de intervención en crisis para damnificados pueden agregar una nueva dimensión a los servicios que prestan los organismos de socorro en urgencias. El personal puede mejorar el programa de atención de urgencias a la población damnificada, proporcionando un plan apropiado para cada víctima en riesgo en la etapa posterior al desastre; en tales programas proporcionan un tipo de servicio que enseña a las víctimas a reconstituir sus métodos de solución de crisis en el entorno en el cual se encuentran y disminuye las posibilidades de disfunción y los trastornos mentales. La capacitación alienta al consejero a confeccionar un plan sistemático para fortalecer los mecanismos de adaptación del damnificado. Para el personal de socorro, las consecuencias de este plan pueden ser: 1) comprender mejor las respuestas normales al estrés en un desastre; 2) sentir más compasión por los damnificados; 3) adquirir aptitudes de resolución de crisis y





comunicación: 4) volverse más capaces de dominar las situaciones problemáticas; y 5) adquirir aptitudes de solución de problemas. Todas estas aptitudes ayudan a mejorar en los damnificados su capacidad de pasar por el proceso de pérdida y duelo en un mundo destruido por el desastre.

Todo lo anterior va vislumbrando la necesidad de implementar y/o mejorar grupos bien preparados que proporcionen de manera específica la atención adecuada a cada situación de desastre.

Como menciona Montelongo (2001), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en colaboración con diferentes organizaciones, socias del Decenio Internacional para la Reducción de Desastres Naturales (DIRDN), ha desarrollado diferentes programas sobretodo en Centroamérica, a raíz de los daños ocasionados por el huracán Mitch, como ejemplo se tiene el proyecto “El Retorno a la Alegría” el cual contempla actividades dirigidas a niños que tiene como objetivo la recuperación emocional. El Movimiento Internacional de Cruz Roja, a través de la Federación Internacional y de otras Sociedades Nacionales, como la Cruz Roja Americana y La Cruz Roja Española, realiza actividades de tipo psicológico en la región desde 1999; sin embargo se considera que no existe hasta el momento una metodología que unifique criterios de intervención psicológica para casos de desastre; ya que cada cual trabaja con diferentes poblaciones y estableciendo sus propias metodologías de intervención, o incluso adaptando trabajos ya aplicados, como ejemplo se tiene el antes mencionado proyecto “Retorno a la Alegría”, que es un proyecto aplicado en Colombia con damnificados del terremoto en 1999, mismo que posteriormente fue aplicado en otros países (Nicaragua y Venezuela) teniendo que adaptar en algunos casos modismos colombianos a un contexto social distinto o al menos con términos lingüísticos distintos.

La experiencia de trabajo psicológico posterior a un desastre en la Cruz Roja Mexicana la ha tenido el Programa de Atención Psicológica en Desastres (APSIDE) por





parte de profesionistas en esta área, que han efectuado trabajos de manera organizada para ofrecer atención psicológica para la población.

A pesar de ello, actualmente existe la necesidad de contar con grupos y equipos especiales que den intervención o apoyo psicológico a las comunidades afectadas por un desastre –“natural”, tecnológico o socio –organizativo -, es necesario también hacer hincapié en lo oportuno que resulta observar los procesos que atraviesa el personal que proporciona dicha atención y que de no ser atendido; pero sobre todo preparado emocionalmente, ha de convertirse en una estadística más a la cual hay que atender en una operación de desastre, convirtiéndose así en una carga para las instituciones u organismos que converjan a la *zona afectada*.

Todas las situaciones de Desastre -ya sea natural o tecnológico- generan diversos efectos en la población, que dependen entre muchas cosas de sus habilidades personales, los apoyos sociales disponibles, la experiencia misma, el grado de afectación emocional, entre otras cosas; empero, la atención a los conflictos emocionales que viven las víctimas muy pocas veces forman parte de los servicios de asistencia locales (Montoya, 2000)

Hyman (1990) considera cuatro tipos de víctimas de un desastre, a los cuales hay que prestar atención psicológica, estos serían: personas con graves lesiones físicas, supervivientes no dañados (refiriéndose a daños físicos), familiares de las víctimas y miembros de rescate.

En el contexto teórico metodológico existen algunas aproximaciones en tanto a cómo abordar el fenómeno psicológico ante los desastres; como ejemplo, en España existe un Grupo especializado con el nombre de Grupo ISIS el cual capacita a personal para atender psicológicamente a personas afectadas por un desastre. Dicha capacitación consiste en llevar a un equipo a una casa de campo y durante un fin de semana abarcan un contenido





amplio de temáticas que plantea ser una carga excesiva de conceptos que concluyen en un modelo de atención denominado *Focalización Antagónica*.

En México se han desarrollado tres diplomados por parte del programa de Atención Psicológica en Desastres (APSIDE) colaborador de Cruz Roja Mexicana (C. R. M.), estos diplomados abarcan cada uno de ellos un programa académico de más de 120 horas, cumplimiento de diferentes servicios en horarios de guardia como son atención clínica a la comunidad aledaña al centro, visitas a comunidades afectadas por desastres o en situación de marginación para implementar proyectos que pretenden mitigar en medida de lo posible la situación que prevalece en esa zona, etc.

En ambos casos dichas instituciones consideran -por medio de algunos informes- que son punta de lanza en este plano de los desastres y la psicología, en Perú y otros países latinoamericanos existen reportes o trabajos independientes en investigación respecto de temas específicos, pero en ninguno de todos estos casos existe contacto constante y abierto que permita intercambiar experiencias y sobre todo mejoras a la preparación tanto teórico-metodológica como emocional al personal que en ellas se desempeña.

Ante situaciones de desastres, las personas suelen pasar por un estado de *Emergencia Psicológica* y se encuentran en un momento de vital importancia para continuar el curso de su desempeño inmediato y de futuro. No importa qué tipo de fenómeno sea, el evento puede ser emocionalmente significativo, avasallante e implica una desorganización y un cambio radical en todas direcciones para los participantes.

El individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos psicológicos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales generalmente no funcionan. El problema rebasa sus capacidades de resolución y afrontamiento y por ese hecho se encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de todo esto la persona experimenta una





mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución ante los hechos que vive.

Cuando se produce un desastre, la necesidad de intervención psicológica se suele cubrir con voluntariado, pero su preparación y experiencia resultan; en las más de las ocasiones, insuficientes para responder adecuadamente en estas situaciones y la buena voluntad nunca puede suplir a la formación especializada y al entrenamiento. Los voluntarios, no solo no pueden prestar la ayuda necesaria, sino que sufren trastornos psicológicos como consecuencia del impacto afectivo, así lo confirman los estudios publicados por la revista del Colegio Oficial de Psicólogos (Papeles del Psicólogo, N° 68, 1997). El 56% de los profesionales que intervienen en desastres sufren también trastornos psicopatológicos posteriores, según pone de manifiesto la investigación de Kuper realizada en 1999 (Kuper, 2001)

En el Informe Mundial sobre desastres de 1999, elaborado por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y Media Luna Roja (FICR) (2000), se advierte que los fenómenos naturales amenazan cada vez más a la humanidad, planteándolo de la siguiente manera:

... "nunca antes el mundo estuvo tan expuesto a tal riesgo... Los cambios graduales de las medias de temperatura, así como del nivel del mar y las precipitaciones, provocarán cambios radicales, en cuanto a los riesgos de fenómenos climáticos, devastadores por su extrema violencia (P. 4)".

En el Informe Mundial Sobre Desastres de 2004, dicha federación remarca que en la última década, el número de desastres "naturales" y tecnológicos aumentó; entre 1994 y 1998, la media anual fue de 428, mientras que entre 1999 y 2003 acusó un aumento de dos tercios, cifrándose en 707. El mayor aumento fue de 142 por ciento y se registró en países de bajo desarrollo humano (BDH)





Como se puede observar; frente al dolor, la impotencia por pérdidas materiales y de vidas humanas, el costo emocional derivado de situaciones de emergencias y desastres y la falta de instituciones con personal suficiente y capacitado para proporcionar Atención Psicológica en Desastres es necesario fortalecer la participación y organización de profesionales que faciliten el progreso de los procesos psicológicos y emocionales, junto con la autogestión en la reorganización en las comunidades, la prevención y la reducción del impacto y consecuencias sociales, económicas y psicológicas.

Es necesario realizar una investigación de tipo documental sobre los alcances, limitaciones actuales y perspectivas del profesionista denominado *Psicólogo en Desastres*, enfatizando en sus habilidades y metas de intervención que permita generar una crítica propositiva de su desempeño.



I

A spectos Generales de la Atención Psicológica en Desastres

“La relación de ayuda en una situación de emergencia implica un encuentro entre los afectados y el personal de ayuda, en el que ambas partes emiten comportamientos.”

-Enrique Parada Torres-

A lo largo de la historia el mundo ha experimentado la fuerza de la naturaleza y la magnitud de los desastres que causan los repentinos cambios ambientales y que no solamente afectan económica, social y físicamente un territorio sino a quienes se convierten en víctimas sobrevivientes de estos eventos inesperados.



Un desastre es entendido como un evento o conjunto de eventos, causados por la naturaleza (huracanes, terremotos, inundaciones, etc.) o por actividades humanas (incendios, accidentes de transporte, etc.), durante el cual hay pérdidas humanas y materiales tales como muertos, heridos, destrucción de bienes, interrupción de procesos socioeconómicos y daños en la salud mental; además este tipo de emergencias tienen la particularidad de sobrepasar la capacidad de respuesta local y obligar a quienes la enfrentan a pedir ayuda a entidades externas (Figuroa, Marín y González, 2010). Respecto a los daños en la salud mental, la psicología hace su aparición y es quien se encarga de ser el soporte para aquellos que han sido afectados psicológicamente tras el suceso, acompañando a las personas en el proceso de recuperación del trauma y en el apoyo social.

1.1 Psicología y Desastres.

La palabra psicología procede de las palabras griegas *psyche* (mente, alma, espíritu) y *logos* (discurso o teoría). En sentido etimológico, la palabra psicología significa *teoría de la mente*. La psicología en sus inicios, al independizarse de la filosofía, hecho que suele situarse en 1879 (fecha de la fundación del primer laboratorio de psicología por W. Wunt), podía realmente definirse como teoría o ciencia de la mente, pero poco a poco esta definición ha ido cambiando y actualmente se puede afirmar que la psicología es una ciencia que intenta construir teorías y modelos que permitan explicar, predecir y controlar la conducta (Ballesteros y García, 1995) y los procesos mentales (Grzib y Briales, 1996) aplicando el método científico.

En este sentido y habiendo mencionado que la psicología es la encargada del estudio del comportamiento humano, se debe prestar atención importante a la interpretación e





intervención de los procesos biológicos, cognitivos, comportamentales, afectivos y sociales que interactúan entre sí durante una situación de emergencia o desastre.

Actualmente, el mundo se enfrenta a los desastres a una escala sin precedentes. Entre los años 1993 y 2003, los desastres cobraron cada año 58 mil vidas, afectaron a 255 millones de personas y costaron 67 billones de dólares. En el año 2003, una de cada 25 personas fue afectada por algún desastre. Desde la década 1950-59 el costo económico asociado a éstos se ha incrementado 14 veces. Las estimaciones indican que los desastres naturales podrían aumentar su frecuencia producto del cambio climático. El crecimiento poblacional, la urbanización y la pobreza podrían aumentar la vulnerabilidad poblacional (Figueroa, Marín y González, 2010).

Valero, (2009) define la Psicología en Emergencias y Desastres como una rama de la Psicología orientada al estudio de las reacciones de individuos y grupos en el antes, durante y después de una situación de desastre o emergencia. Se orienta hacia la implementación de estrategias de intervención psicosocial con el objetivo de prevenir, optimizar la alerta y reducir las respuestas disfuncionales durante el impacto del desastre, posibilitando la posterior rehabilitación y reconstrucción.

De igual manera podemos citar a Zellhuber (2005) quien considera que la Psicología de Emergencias y Crisis como la Rama de la psicología que se orienta al estudio de las reacciones de los individuos y de los grupos humanos en el antes, durante y después de una situación de emergencia o desastre, así como de la implementación de estrategias de intervención psico-social orientadas a la mitigación, preparación y facilitación posterior de la rehabilitación psicológica, emocional y social.

Las crisis que se han generado por estos eventos y desastres dan la oportunidad para desarrollar nuevas formas de resolver problemas, potenciar la personalidad y habilidades de





las personas en la situación y adquirir mayor capacidad para enfrentarse con éxito en el futuro a situaciones semejantes, sin embargo, experimentar un desastre es uno de los eventos traumáticos más severos que una persona puede soportar y sus efectos sobre la salud mental se pueden ver reflejados a corto, mediano y largo plazo.

Desde hace muchos años distintos especialistas saben que las situaciones violentas pueden desencadenar secuelas psicológicas negativas. A partir de ahí, es que surgió el concepto de trauma psicológico, realizando una analogía con el trauma en sentido físico, que denota una lesión causada por un agente externo.

No obstante, hace relativamente poco tiempo que los psicólogos y psiquiatras comenzaron a estudiar en forma sistemática el tema, a raíz de constatar los efectos devastadores de ciertas experiencias en el sujeto, sobre todo las de la guerra. No es casualidad que los informes sobre este tipo de traumas hayan aparecido en el periodo de las dos guerras mundiales y que se hayan incrementado notablemente durante el conflicto de Vietnam.

En la Primera Guerra Mundial aparecieron los conceptos de *choque por bombardeo*, *neurosis de guerra* y *fatiga de combate* para denotar un estado psíquico caracterizado por la pérdida de visión y de memoria como resultado de las tensiones de la lucha armada. Otros términos usados con frecuencia para designar este síndrome son *neurosis traumática* y *neurosis de ansiedad*. La primera definición moderna del ahora llamado trastorno por estrés postraumático apareció en el DSM-III en 1980, como resultado de la gran cantidad de estudios sobre los veteranos de la guerra de Vietnam. A partir de ese año empezó a generalizarse el uso del vocablo para describir un síndrome producido no sólo por las situaciones de combate, sino también por otro tipo de sucesos violentos de menor o mayor envergadura.





Hoy se sabe que la mayoría de los afectados por un desastre no desarrollará psicopatología, sin embargo, un grupo significativo sí lo hará. Dentro de las consecuencias psicológicas más frecuentes se ha encontrado el distrés subclínico, el trastorno por estrés agudo, el trastorno por estrés post traumático (TEPT), la depresión mayor, el aumento del consumo de alcohol y drogas, otros trastornos de ansiedad y los síntomas de somatización. Los factores moderadores de riesgo más importantes para el desarrollo de psicopatología, especialmente TEPT, son el nivel de percepción de amenaza vital, el nivel de apoyo social después del trauma, el tipo de respuesta emocional peri-traumática y el nivel de disociación peri-traumática (Figueroa et. al., 2010).

Anteriormente, la atención a los efectos psicológicos de los desastres era mínimo, sin embargo, las situaciones actuales han ido cambiando, ya que en los últimos años se ha visto un incremento en la participación de programas y proyectos que contemplan el apoyo psicológico como parte esencial en los desastres (Ortiz y García, 2011).

La psicología en emergencias y desastres se sustenta en un amplio bagaje de investigaciones y constructos teóricos que datan desde principios del siglo XX y que han ido evolucionando desde los estudios eminentemente descriptivos e individuales hasta trabajos de corte sociológico y estadísticamente significativos hasta la propuesta de técnicas específicas de intervención (Valero, 1998).

Por ejemplo, el 11 de marzo de 2004, entre las 7:39 y las 7:42 horas la ciudad de Madrid fue escenario del peor ataque terrorista ocurrido hasta esa fecha en Europa occidental, durante el cual varias bombas explotaron en los trenes que comunican la capital española con sus alrededores. Ciento noventa y un personas murieron y mil 800 quedaron heridas. En los días siguientes fueron encontrados otros explosivos, lo cual aumentó la incertidumbre y el malestar de la población. Estos acontecimientos crearon un clima de inseguridad y miedo que fue estudiado por los psicólogos españoles Caño, Iruarrizaga,





González y Galea (2004) quienes reportan los siguientes resultados de sus observaciones efectuadas en las primeras cinco semanas posteriores al ataque:

- Población de Madrid que fue testigo de algún aspecto relevante del atentado: 6.7%.
- Vio un efecto directo por la televisión: 71.9%.
- Conocía a alguien que resultó herido: 9.6%.
- Tenía relación con alguien que falleció: 7.8%.
- Conocía a personas que resultaron heridas y a otras que fallecieron: 3.3%.
- Población que experimentó síntomas que en su conjunto cumplen los criterios de diagnóstico de ataque de pánico o crisis de angustia: 10.9% (14.6% mujeres y 6.8% hombres).
- Proporción de personas que se sintieron horrorizadas o aterrorizadas: 66.6%.
- Experimentó miedo o quedó asustado: 58.2%.
- Percibió que el tiempo pasó demasiado rápido o con demasiada lentitud: 54.8%.
- Se sintió indefenso: 52.9%.
- Sintió como si no estuviera viviendo la realidad: 40.4%.
- Sufrió temor o agitación: 18.8%.
- Experimentó palpitaciones: 18.3%.





- Se sintió indiferente, como si fuera un sueño: 15.8%.
- Tuvo miedo de morir: 14.4%.
- Adicionalmente, 9.5% de los madrileños dijo sentir síntomas de depresión o de estrés postraumático luego del suceso.

Cinco semanas después del atentado, los autores observaron la siguiente prevalencia de perturbaciones:

- Ataque de pánico: 10.9%.
- Depresión mayor: 8%.

Trastorno por estrés postraumático (TEPT):

- Desde el atentado: 4%. • Relacionado con la agresión: 2.3%.

Depresión y TEPT conjuntamente:

- Desde el atentado: 2%. • Relacionados con el evento: 1.4%.

Efectos semejantes ya habían sido observados después del ataque del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York (Pyszczynski, Solomon y Greenberg, 2002: en Galindo, 2010). Afortunadamente, la mayoría de la población es capaz de recuperarse rápidamente de un desastre. Este efecto es resultado de la llamada resiliencia, término tomado del inglés *resilience*, que denota la capacidad del individuo para resistir sin perturbaciones situaciones de riesgo estresantes. No obstante, una parte de la población, considerada vulnerable, no es capaz de lidiar adecuadamente con los efectos de la catástrofe y puede presentar una perturbación.





En este caso, vulnerabilidad se refiere al hecho de que algunas personas son especialmente sensibles a los factores estresantes y acaban por no manejarlos en forma apropiada. Este concepto surgió del modelo *diathesis-stress*, utilizado en la psicología clínica para explicar la aparición de la esquizofrenia y otras perturbaciones (Nietzel, Bernstein y Milich, 1998). En estos casos, el desastre provoca en las personas cambios importantes en su vida que pueden desencadenar problemas cognitivos, emocionales o sociales y eventualmente, alteraciones psicológicas. Las más frecuentes son el trastorno por estrés postraumático (TEPT), la perturbación aguda de estrés y las depresiones.

Los eventos traumáticos, en sentido psicológico, han sido definidos como incidentes que aniquilan los mecanismos habituales de adaptación y ponen en peligro al individuo, debido a que desencadenan alteraciones en los niveles conductual, cognitivo, emocional y fisiológico, rompiendo la homeostasis con la cual cuentan las personas y la sociedad. Existen varios efectos de estos eventos. Uno de ellos es el estrés postraumático, caracterizado por un sentimiento de ausencia de paz interior que afecta la productividad del sujeto y la calidad de sus relaciones interpersonales y de su vida. La definición actualmente en uso apareció en la edición americana del DSM-IV-TR en el año 2000 (APA, 2000).

López y Valdés (2002) mencionan que, según la acepción actualmente reconocida por personal en salud mental, hablamos de trastorno por estrés postraumático cuando se reúnen las siguientes condiciones:

El individuo ha estado expuesto a un acontecimiento traumático en el que:

- 1) 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) Ha respondido con temor, desesperanza o un horror intenso.

El acontecimiento traumático es *reexperimentado* persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

- 1) Recuerdos del acontecimiento, recurrentes e *intrusivos*, que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones perturbadores.
- 2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que producen malestar.
- 3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo.
- 4) Malestar psíquico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- 5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del suceso traumático.

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

- 1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- 2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- 3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.



- 4) Reducción importante del interés o de la participación en actividades sociales o laborales.
- 5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- 6) Restricción de la vida afectiva (por ejemplo, incapacidad para experimentar sentimientos de amor).
- 7) Sensación de un futuro desolador (por ejemplo, no tener esperanzas respecto de encontrar pareja, formar una familia, hallar empleo o llevar una vida normal).

Síntomas persistentes de aumento del *estado de alerta* (ausentes antes del trauma), tal y como lo indican dos o más de los siguientes síntomas:

- 1) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
- 2) Irritabilidad o ataques de ira.
- 3) Dificultad para concentrarse.
- 4) Respuestas exageradas de sobresalto.

Estas alteraciones duran más de un mes y generan un malestar significativo o deterioro de las relaciones sociales, la actividad laboral o de otras áreas importantes de la vida de la persona.

Las evidencias muestran que cuando el evento traumático es causado por una intención humana, los efectos son más perjudiciales y revisten una duración más prolongada que cuando no es el caso (Malmquist, 1986). Asimismo, si el causante del trauma es una persona conocida o de confianza, los sentimientos de desesperación y desamparo son mayores (Keane y Wolfe, 1990).





Everstine y Everstine (1993) señalan que no todos los individuos que pasan por sucesos traumáticos sufren trastornos, lo cual indica la existencia de factores de vulnerabilidad y otras variables que propician la aparición de perturbaciones. Entre estas variables se incluyen: si el hecho fue causado por otra persona, si la acción fue intencional, si el agresor es una persona conocida o de confianza, el periodo transcurrido desde el incidente, si el evento altera el papel desempeñado por el individuo, si ocurrió en un sitio considerado seguro, el que sobrevivir sea valorado como fuente de orgullo o de humillación, el modo como la persona se explica el acontecimiento y, finalmente, la existencia de condiciones psicológicas anteriores que potencien el efecto traumático.

Otras variables importantes son la existencia de una red de apoyo social y la edad en que se sufre el daño. La ausencia de una red social hace más probable que el individuo desarrolle claros problemas de salud física y mental. Los niños que presencian eventos traumáticos tienen mayor probabilidad de padecer alteraciones en la vida adulta. La existencia de perturbaciones psicológicas antes del trauma propicia la aparición del TEPT (Galindo, 2010).

En todos los casos de catástrofe es posible intervenir para atenuar los efectos negativos o evitarlos. Actualmente tenemos conocimientos suficientes para aplicar medidas adecuadas antes, durante y después del suceso (Myers, 2006, en Galindo, 2010).

Se debe tener en cuenta que un enfoque social define al desastre como aquello que ocurre cuando se altera o se interrumpe de manera intensa la vida cotidiana a causa de un evento de origen natural, tecnológico o provocado por el hombre que produce efectos adversos sobre personas, sus actividades, bienes y servicios, así como al medio ambiente (CENAPRED, 1996: en Ortiz y García, 2011).



En lo que respecta a los efectos adversos, en 2007, El Comité Permanente entre Organismos, (Inter-Agency Standing Committee [IASC], por sus siglas en inglés) menciona que los problemas de salud mental y *psicosociales* en emergencias están muy interconectados; no obstante, pueden ser de índole predominantemente social o predominantemente psicológica. Entre los problemas de naturaleza predominantemente social cabe mencionar: 1) Problemas sociales preexistentes, anteriores a la emergencia; por ejemplo, extrema pobreza; pertenencia a un grupo que es objeto de discriminación o marginado; opresión política; 2) Problemas sociales inducidos por la emergencia; por ejemplo, separación de los miembros de la familia; desintegración de las redes sociales; destrucción de estructuras comunitarias, de la confianza recíproca y de los recursos; mayor violencia por motivos de género; y 3) Problemas sociales inducidos por la asistencia humanitaria, como el debilitamiento de las estructuras comunitarias o de los mecanismos de apoyo tradicionales.

De manera similar, entre los problemas de naturaleza predominantemente psicológica cabe mencionar: 1) Problemas preexistentes; por ejemplo, trastornos mentales graves; abuso de alcohol, etc.; 2) Problemas suscitados por la catástrofe; por ejemplo, duelo, alteraciones emocionales; depresión y ansiedad, incluyendo al trastorno por estrés postraumático; y 3) Problemas inducidos por la asistencia humanitaria (por ejemplo, ansiedad debida a la falta de información respecto de la distribución de alimentos).

Por consiguiente, los problemas de salud mental y *psicosociales* en situaciones de emergencia abarcan mucho más que la experiencia del estrés postraumático.

La perspectiva *cognitivo-conductual* considera, por una parte, que el TEPT responde a un fenómeno de condicionamiento. Por tanto, el tratamiento consiste en aplicar estrategias de *contracondicionamiento* que implican, como primer paso, la identificación de los estímulos que controlan las respuestas inadecuadas y, como segundo paso, el *rompimiento*





del control que ejercen esos estímulos. Por otra parte, intervienen también factores cognitivos, según los cuales el trastorno es una incapacidad del individuo para asimilar e integrar el evento traumático en los esquemas cognitivos preexistentes. El tratamiento consiste, entonces, en corregir las distorsiones cognitivas que produjo el evento traumático para facilitar la acomodación de lo sucedido en los esquemas cognitivos del individuo (Galindo, 2010)

A manera de conclusión, podemos decir que a lo largo del tiempo ha cambiado radicalmente el panorama *interventivo* en lo que respecta al manejo de las situaciones de desastre por parte de personal capacitado en psicología. Asimismo, hoy en día funcionan diversas entidades internacionales de información especializada.

1.2 La Atención Psicológica Mundial en Desastres.

Como ya se ha revisado en el apartado anterior, los efectos de los desastres sobre la salud se manifiestan tanto en lo físico, lo mental y lo social. Ante cualquier situación de desastre, se presta atención principal sólo a los aspectos físicos y sociales. Los programas de salud en las emergencias se han dirigido básicamente a la atención médica inmediata, al problema de las enfermedades transmisibles, agua y saneamiento ambiental, así como los daños a la infraestructura sanitaria; sin embargo, en los últimos años, se ha comenzado a prestar atención al componente psicosocial, que siempre está presente en estas tragedias humanas, pero dimensionando lo psicosocial en un sentido amplio que abarca no sólo la enfermedad psíquica, sino también otra gama de problemas como la aflicción, el duelo, las conductas violentas y el consumo excesivo de sustancias adictivas (OPS y OMS, 2002)





Los desastres son eventos que ocasionan un gran impacto en la sociedad, por ello los servicios de salud deben estar preparados para dar atención médica y psicológica-psiquiátrica a las víctimas. Tan es así que las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han decretado el 14 de octubre como el Día Internacional para la Reducción de Desastres (Villamil, 2010)

La OMS y la OPS recomiendan diversas acciones, entre ellas: elaborar e implementar políticas y programas nacionales para la seguridad de las instalaciones de salud en casos de emergencia, elaborar un plan de respuesta en casos de emergencia en cada una de las instalaciones de salud, someter a prueba y actualizar los planes de respuesta a través de simulacros y ejercicios, capacitar a los trabajadores de salud para que puedan responder a las situaciones de emergencia, evaluar y aprender las lecciones que surjan de las emergencias y los desastres anteriores (OPS y OMS, 2002)

Esta misma colaboración entre la OMS y OPS, llevó a la realización del Manual de Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias, que responde a la preocupación e inquietud creciente mostrada por los gobiernos, organizaciones no gubernamentales y la comunidad internacional en responder mejor al impacto de los desastres y emergencias en la salud mental de la población. A lo largo del manual, el principal tema que se trata, es el de eliminar muchos de los estigmas que aún existen sobre las enfermedades mentales y otros problemas de la conducta humana como efectos de los desastres que pueden ocurrir en las poblaciones.

Es el producto de consultas intensas con más de 60 expertos en el tema provenientes de los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), de la Cruz Roja Americana, de UNICEF, del Comando Sur de las Fuerzas Armadas de EUA, así como de múltiples Universidades, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.





Su objetivo es servir de guía práctica de planificación para actuar en el período agudo o crítico de la emergencia y no incluye el abordaje de los problemas psicosociales que surgen en el mediano y largo plazo (a partir del segundo o tercer mes), porque se parte del supuesto que estos deben ser atendidos por los programas y servicios de salud regulares. Se ha orientado, sobre todo, al trabajo comunitario y promueve la coordinación entre las múltiples organizaciones que trabajan en el campo de la salud mental con enfoques, frecuentemente, diferentes (OPS y OMS, 2002)

Posteriormente, la Organización Panamericana de la Salud (2006) realizó una Guía Práctica de Salud Mental en Situaciones de Desastre, esta guía está dirigida al personal que trabaja en los equipos que deben brindar respuestas en situaciones de desastres y emergencia; en él se menciona que esta guía es esencial para los trabajadores de atención primaria en salud y los agentes de ayuda humanitaria. Puede resultar útil a las instituciones del sector salud y a otras de la sociedad civil que prestan apoyo psicosocial a las comunidades afectadas por eventos traumáticos.

Sin embargo, aunque estas dos organizaciones son pioneras en la publicación de manuales que apoyan al profesional dedicado a la atención psicológica en Desastres, existen distintos manuales y modelos que adiestran al profesional. Por ejemplo, Pereira (2005) propone un modelo de intervención con 3 momentos, a saber: 1) Restauración del dominio y funcionamiento cognitivo de las emociones; 2) Restauración del funcionamiento de las instituciones sociales y comunitarias y 3) Facilitar el reconocimiento cognitivo de lo que acontece.

Rodríguez y Terry (2003; 2005), en su experiencia sobre el sismo ocurrido en el eje cafetero colombiano, proponen: 1) Gestión del Riesgo que incluye atención en salud a las personas y atención en salud al medio ambiente; 2) Fase de sostenibilidad en salud física,



social y mental; 3) Fase de estabilización en la que se decide cómo continuar con las acciones de atención y reconstrucción.

Otro de los modelos de intervención *posdesastres* propone 5 niveles de atención, en los que se definen objetivos, beneficiarios, tareas específicas, ejecutores, lugar y criterios de derivación al siguiente nivel. Los niveles son: 1) Difusión, que consiste en poner en conocimiento de la comunidad afectada la disposición del servicio de atención psicológica; 2) Apoyo social, cuyo objetivo es la identificación de las personas que están en riesgo de desarrollar alguna psicopatología y remitirlos a la unidad médica psiquiátrica; 3) Manejo médico general, en el que se estabilizan los síntomas psicológicos invalidantes, se realiza el diagnóstico psiquiátrico y se remite a psiquiatría si es pertinente; 4) Manejo psiquiátrico general, en este nivel se profundiza en la intervención psiquiátrica y es realizada por expertos, las técnicas más utilizadas para este nivel son las cognitivo-conductuales, el Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR); y 5) Manejo psiquiátrico por expertos, este nivel incluye la administración de fármacos inhibidores del tipo monoaminooxidasa, teniendo en cuenta que este es el último recurso para la atención y debe hacerse en centros especializados en Trastorno por Estrés Post Traumático (Figuroa et al., 2010)

Reyes y Elahi (2004) presentan 5 tipos diferentes de intervención para la atención en desastres: 1) La Atención en Crisis centrada en mitigar el estrés emocional, vincular a los sobrevivientes con los recursos disponibles en la comunidad y ayudar en la creación de un plan de recuperación a corto plazo en el que se aseguren las necesidades básicas para procurar un bienestar futuro; 2) la *Psicoeducación*, como herramienta de prevención para el actuar *postdesastre*, se propone preparar a las poblaciones en riesgo para afrontar los desastres de manera asertiva, clara y eficaz; esta preparación se dirige a líderes comunitarios y se difunde en todos los medios posibles; 3) *Debriefing* Psicológico, cuya



intención es que por medio de un interrogatorio dirigido por un profesional las personas expresen la manera cómo vivieron la experiencia del desastre y se realiza de manera individual o en grupo; 4) El *Defusing*, se propone para desactivar el mecanismo que pueda activar la bomba de la psicopatología, facilitándole a la víctima del desastre un espacio para la expresión emocional y 5) Primeros Auxilios Psicológicos, no necesariamente provistos por los psicólogos sino por cualquier persona entrenada, tienen la intención de proporcionar apoyo, evitar la muerte y *direncionar* a la persona hacia un servicio más profundo y especializado.

Investigadores alemanes después del tsunami en Tailandia en 2004, propusieron un sistema de intervención por equipos; las tareas de los equipos de intervención de crisis se planearon así: 1) Intervención en crisis para las víctimas y sus familiares; 2) atención psicológica a los miembros de los grupos de rescate; 3) atención para los grupos de identificación de las víctimas y también para el personal diplomático y el grupo de levantamiento; 4) Recopilación de información para la planificación de nuevas medidas de intervención en crisis y el suministro de material informativo y 5) Atención a los familiares que viajan al país a buscar a familiares y amigos por su cuenta. Aunque este modelo de intervención probó ser muy eficaz en primera instancia, se recomendó que para posibles réplicas se hiciera un seguimiento de los casos tratados. En este modelo se resalta no sólo la atención a las víctimas directas sino también la preocupación por el bienestar de quienes atienden en crisis y la intención de evaluar sistemáticamente un procedimiento de atención post-desastres (Bronisch, Maragkos, Freyer, Muller, Butollo, Weimbs y Platiel, 2006).

Giannopoulou, Dikaiakou, & Yule (2006) demostraron que la intervención grupal de tipo cognitivo-conductual dirigida a niños, posterior al terremoto del 7 de septiembre de 1999 en Atenas, resultó ser un tratamiento eficaz para los niños afectados. Entre los efectos de la intervención se resaltan la reducción estadísticamente significativa del conjunto de



síntomas del Trastorno por Estrés Post Traumático (intrusión, evitación, y excitación), así como en los síntomas depresivos. Aunque por la naturaleza del desastre y el componente ético que obliga a atender a todos quienes piden ayuda, no fue posible tener un grupo de control en la investigación, los autores reportan que no hubo cambios entre las medidas de referencia del inicio y del final de un periodo de espera en el grupo de tratamiento tardío.

Como se explicó anteriormente, las crisis también pueden ser desencadenadas por catástrofes causadas por acciones humanas directas, como en el caso del terrorismo. Después del atentado del 11 de Septiembre de 2001 dirigido a los Estados Unidos se intensificó el interés por la intervención psicológica en este tipo de desastres. Sobre la intervención en estos casos Walser, Ruzek, Naugle, Padesky, Ronell, y Ruggiero (2004) proponen al igual que Giannopoulou et al. (2006) una intervención basada en los principios de la terapia cognitiva-conductual, que actúa en el corto y el mediano plazo. En el corto plazo, la intervención tiene dos fases, la primera es la *Fase de Intervención en Emergencia*, en ella se parte de que las conductas emitidas inmediatamente después del evento de terror suelen ser *desadaptadas*, mas no síntomas de enfermedad mental, esto converge con el significado de la naturalización. En esta misma fase, se acompaña y guía a los afectados a afrontar con eficacia la situación, identificando las situaciones que le angustian y proponiéndole tareas concretas, alcanzables y realistas en el corto plazo que solucionen su dificultad; eso permite a las personas recuperar el control de su situación. En esta fase también se les enseña a los individuos a manejar las emociones y sensaciones experimentadas al recordar el evento y se entrenan en habilidades para el manejo de la ansiedad, la respiración y la relajación.

En segundo lugar se habla de una *Fase Aguda*, cuyo objetivo es la prevención e intervención de los síntomas posteriores al trauma, la mejoría en la motivación para la



búsqueda de apoyo psicológico, la reducción de la activación psicológica (La Greca, Silverman, Vernberg y Prinstein, 1996), el aumento de la capacidad de afrontamiento por medio de la especificación cuidadosa de los comportamientos deseados, el uso de auto-monitoreo y el refuerzo social frente a los esfuerzos, de igual manera el auto-control permite a las personas reconocer sus propios esfuerzos, reflexionar sobre la situación y sus posibles acciones. En esta fase también se procura la reducción de conductas de enfrentamiento que pueden no ser adaptativas en el mediano plazo o contraproducentes en la superación de la crisis, tales como el consumo del alcohol o drogas; estas actividades pueden dificultar los roles sociales y las habilidades para la recuperación (North, Tivis, McMillen, Pfefferbaum, Spitznagel, Cox, Nixon, Bunch, y Smith, 2002; Heather, 1995)

También se trabaja la reestructuración de las creencias negativas relacionadas con el trauma, pues es posible que los juicios sobre el valor de la experiencia y la incidencia en el futuro impidan la recuperación y prolonguen el sufrimiento. Por último, en esta fase se propone la facilitación del procesamiento de la emoción, es decir la exploración y exposición sistemática al trauma (Walser et al., 2004)

En el largo plazo Walser et al. (2004) formulan una Intervención Secundaria, para el tratamiento de los síntomas, siendo la terapia cognitivo-conductual la que ha demostrado mayor eficacia en el tratamiento de TEPT, desde la detección hasta la aplicación de métodos propios para el TEPT causado por acciones terroristas, pasando por la exposición básica, la exposición prolongada o gradual y la desensibilización sistemática. Para la intervención en Trastornos por Estrés Postraumático, causado por acciones terroristas. Ehlers y Clark (2000), presentan un modelo de intervención que demostró ser eficaz en el tratamiento de quienes fueron heridos, testigos o personal de emergencia del hospital, afectados por un atentado terrorista perpetrado en Omagh, Irlanda del Norte en 1998, en el que 29 personas murieron y más de 370 resultaron heridas. Los autores aplicaron un





modelo que consistía en 3 etapas: 1. Identificación y confrontación de las creencias negativas sobre los efectos a largo plazo del trauma y los síntomas; 2. Organización y recolección de la memoria sobre el trauma con el fin de integrarla en la vida de cada una de las personas expuestas al evento y 3. Superación de la conducta evitativa, de seguridad y las reflexiones que impiden la elaboración de la memoria, exacerbando los síntomas o interfieren con la resignificación de las creencias. Esto también se puede lograr con el reintegro de las personas a las actividades que realizaban antes del acto terrorista. Los autores proponen una identificación de las emociones seguida de una reestructuración cognitiva de los significados y la reinsertión de estos significados reestructurados en el recuerdo del evento traumático, esto puede mejorar de manera significativa la eficacia del tratamiento del TEPT (Pineda y López, 2010)

De igual manera el impacto emocional que ocasionan las crisis podrían generar afecciones de carácter psicosomático, siendo la razón por la cual aparecen cefaleas, dolores abdominales, entre otras molestias, que son la respuesta a un mayor nivel de sensibilidad fisiológica y una acrecentada percepción de las señales corporales. En un estudio realizado por Barra (2008) los síntomas más frecuentes reportados por los adolescentes expuestos a situaciones de estrés fueron los resfriados, el dolor de cabeza y el dolor de estómago.

De esta manera se recogen algunos de los aportes que los expertos en psicología clínica sistematizan sobre la experiencia y la intervención posterior a los desastres, que hoy por hoy son más frecuentes, dadas las condiciones ambientales que los potencializan y la evidente omisión de programas de prevención del TEPT en comunidades de riesgo.

En el marco de la ONU encontramos organismos como la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres (ISDR, por sus siglas en inglés: International Strategy for Disaster Reduction) y el Sistema Global de Coordinación y Alerta ante Desastres (GDACS, por sus siglas en inglés: Global Disaster Alert and Coordination System)



Galindo (2010) menciona que la ISDR trabaja en la promoción de la información y el entrenamiento de carácter preventivo, fomentando la investigación, el intercambio de experiencias y la colaboración entre diversas instancias interesadas en el tema. Con este fin, combina los esfuerzos de dos agencias clave de la ONU: la Unidad Especial de Trabajo Interagencial para la Reducción de los Desastres (IATF/DR, por sus siglas en inglés: Inter-Agency Task Force for Disaster Reduction) y el Secretariado Interagencial de Naciones Unidas de la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres (UN/ISDR: Inter-Agency Secretariat for the ISDR). La IATF/DR es el principal organismo de la ONU dirigido a la aplicación de estrategias para reducir los efectos de los desastres a nivel mundial. Reúne a especialistas y organizaciones para analizar temas relacionados con su prevención y control. El UN/ISDR promueve los vínculos y la colaboración entre los organismos que trabajan para reducir los efectos de los desastres, distribuye información y realiza campañas en diversas partes del mundo.

Hasta aquí, se ha revisado cómo se han propuesto modelos de atención y las organizaciones encargadas de realizar manuales para la prevención y atención psicológica ante desastres naturales y humanos, sin embargo, es importante conocer la situación de atención psicológica ante los desastres en México.

1.3 La Atención Psicológica en Desastres en México.

Las afectaciones que producen los desastres en la población y en la economía demuestran la necesidad de que todo gobierno debe considerar, dentro de su agenda de desarrollo y políticas públicas, el tema de la reducción de riesgos, y particularmente el de la prevención de los desastres.





La historia de México testimonia los diversos desastres que han cobrado miles de vidas, cuantiosas pérdidas económicas y limitado el desarrollo. Los mexicanos hemos aprendido de experiencias como la erupción del volcán Chichonal en Chiapas, en 1982; las explosiones en 1984 de las plantas de almacenamiento y distribución de PEMEX en San Juan Ixhuatepec en el Estado de México; y el sismo de 1985 que alcanzó una magnitud de 8.1 en la Escala de Richter, que afectó la zona centro, sur y occidente de México, entre otros desastres más que propiciaron la necesidad de establecer un Sistema Nacional de Protección Civil y de tener una institución dedicada a generar conocimientos especializados para comprender las manifestaciones de fenómenos tanto naturales como antropogénicos, desarrollar técnicas para reducir riesgos y conocer las causas que los generan (SEGOB, 2016).

Desde la Psicología, como lo relata Galindo (2010):

...“El terremoto nos tomó a los psicólogos mexicanos totalmente desprevenidos. No había referencia inmediata acerca de qué estaba sucediendo ante nuestros ojos y la necesidad de actuar inmediatamente nos empujó a hacer lo que parecía más urgente en el momento”. (Pág. 3)

Han pasado mas de 30 años . Ahora sabemos, mucho más que en 1985, qué es una catástrofe, sus efectos y las posibilidades de actuar en todos los niveles, incluyendo la salud mental, antes, durante y después de ocurrida. Por ejemplo en 1985 no se había extendido aún el uso del concepto Trastorno por Estrés Pos Traumático tal como lo conocemos ahora en los libros de psicología y psiquiatría.

En estos más de 30 años hemos observado un interés creciente de los psicólogos por estudiar los efectos de los desastres en la población civil y por aplicar técnicas de tratamiento a las víctimas. Se ha puesto especial atención a eventos vinculados con los altos





índices de violencia como asaltos a mano armada, las violaciones, la condición de rehén, los secuestros, la violencia contra grupos y el duelo súbito.

En muchos países los psicólogos han formado grupos de trabajo para abordar el tema de la intervención en crisis y el tratamiento de las secuelas de los eventos traumáticos. Por ejemplo, la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA, por sus siglas en inglés: European Federation of Psychologists' Associations) conformó en 2005 el Comité Permanente sobre Desastres y Psicología de la Crisis. En Estados Unidos, la Asociación Psicológica Americana cuenta con una red de respuesta a desastres que ofrece los servicios de psicólogos especialmente entrenados para asistir voluntariamente a las víctimas, a sus familiares y a los rescatistas. En consecuencia, hoy en día contamos con obras como la de Lopez Ibor (2004), que proporciona una revisión de las consecuencias psicológicas, psicopatológicas, epidemiológicas, psicosociales y psicobiológicas de los desastres, las intervenciones terapéuticas posibles y la organización de servicios de salud mental para las víctimas, incluyendo importantes descripciones de experiencias reales. También contamos con obras como la de Ross (2002), que expone una minuciosa y bien documentada caracterización de los desastres naturales, ilustra cada caso con historias verdaderas y explica medidas de prevención para cada situación. Asimismo, existen textos como el de Myers (2006), que ofrece un panorama completo de aspectos como la selección y entrenamiento del personal de salud mental en situación de desastre, organización de servicios, gestión de la salud mental en emergencias, prestación de servicios después del desastre, atención a víctimas a mediano plazo y muy importante, la gestión del estrés para el personal de los servicios de salud mental.

Respecto del diagnóstico y tratamiento de las víctimas, actualmente existe una gran cantidad de bibliografía sobre el trastorno por estrés postraumático y perturbaciones





semejantes. Por ejemplo, el libro de Everstine y Everstine (1993) contiene una amplia explicación sobre el concepto de trauma y describe formas de diagnóstico y tratamiento para niños, adolescentes y adultos. Asimismo, Peterson, Prout y Schwarz (1990) ofrecen una guía eficaz para el diagnóstico y tratamiento del TEPT.

En México se han escrito muchos trabajos sobre los impactos del sismo del 19 de septiembre de 1985, algunos dedicados a los aspectos psicológicos. La mayoría de estos últimos no han sido publicadas y se conservan como informes internos de trabajo de las organizaciones de psicólogos, psicoanalistas y psiquiatras que auxiliaron a las víctimas del terremoto (Galindo, 2010). Uno de los efectos sociales procedentes del terremoto fue la organización social, que surge ante la desorganización de los organismos del Estado, por lo que miles de jóvenes asumen las tareas de rescate desde el momento mismo en que termina el sismo, y los vecinos de las zonas destruidas toman en sus manos la coordinación de los servicios de auxilio. La población de las zonas no afectadas reúne herramientas, medicinas, materiales sanitarios, pañales, biberones, mantas, etc., para donarlas a los hospitales, albergues y campamentos. También organiza la distribución de agua y alimentos entre las víctimas y las brigadas de rescate, y toma en sus manos la evacuación de los damnificados hacia albergues improvisados en diferentes puntos de la ciudad.

En este contexto, la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (antes Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala) participó con brigadas de asesoría psicológica, en donde la primera tarea de los psicólogos, fue organizar brigadas integradas por al menos un profesor y un número variable de estudiantes con experiencia práctica. La existencia de una organización académica y de una experiencia práctica acumulada en las áreas de psicología social aplicada, desarrollo y educación, psicología clínica y educación especial y rehabilitación fue de importancia fundamental en el desarrollo de los trabajos que reseña Galindo, pues le permitió a esta comisión actuar con rapidez y eficacia relativas. La





estrategia de trabajo siguió dos pasos: 1) Localizar un albergue, enviar a él una brigada de diagnóstico con la misión de evaluar sus necesidades y 2) Con base en los datos anteriores, conformar una brigada de trabajo con la misión específica de diseñar un plan de acción para el albergue diagnosticado y aplicarlo mientras fuera necesario.

La atención psicológica proporcionada en este desastre, se brindó para atender a los damnificados que sufrieran de insomnio, anorexia, trastornos psicosomáticos, agresividad, depresión, ansiedad generalizada. Se dedicaron talleres de expresión plástica, oral y escrita, dedicados a los niños afectados por la destrucción generada por el terremoto, también se incluyeron talleres en las aulas a petición de los padres (Galindo, 2010)

No obstante, la instancia que ha cambiado la visión del apoyo psicosocial en México ha sido El programa de Atención Psicológica en Desastres (APSIDE) creado por Ana María Zellhuber en 1994, realizó el más grande proyecto de capacitación de Psicólogos expertos en situaciones de desastres, al implementar tres diplomados en convenio con la Universidad Nacional Autónoma de México y vinculando el Programa por medio de un comodato a la *Sede Nacional* de la Cruz Roja Mexicana, los diplomados impartidos por APSIDE (hasta el año 2006) son: Intervención en Crisis y Terapia Breve; Manejo Psicoterapéutico de Grupos en Crisis Emocional y Terapia Psicocorporal y masaje Holístico. Con este programa la Cruz Roja Mexicana se puso a la vanguardia del apoyo psicológico y atendió a más de 30 desastres en el país y otras latitudes de la región, con su *ejército* de 200 Voluntarios en apoyo psicosocial, por mencionar algunos: Huracán Paulina, Huracán Gilberto, Sismos en Coyuca de Benítez, Inundaciones en Veracruz, Volcán de Colima y Volcán Popocatepetl, Atentados de Nueva York, Inundaciones en Venezuela y Honduras por el Huracán Mitch, Huracán Isidore, Sismos de Colima, entre otros.





El programa Actualmente mantiene la red de psicólogos y ha asistido por su cuenta a eventos recientes como el huracán Stan y Manuel además atender emergencias aéreas como primer respondiente para una de las aerolíneas más importantes de México.

También Médicos sin Fronteras en México ha desarrollado estrategias de apoyo psicosocial con Psicólogos sin Fronteras, actualmente desarrollan un magno proyecto de apoyo a la población Migrante desde Chiapas hasta la frontera norte del país.

Recientemente, se ha creado Tech Palewi, que es una organización especializada en brindar atención psicoemocional a personas, familias, grupos o colectivos mayores, víctimas de desastres para fortalecerlos con el fin de que puedan enfrentar la situación vivida y en la medida de lo posible, logren superarla y recuperar la esperanza. Esta organización brinda dos tipos de servicios de atención psicoemocional, una para situaciones críticas en emergencias y otra para situaciones dramáticas de largo plazo. El servicio va enfocado a que la víctima pueda asimilar sus pérdidas, superar el estrés post traumático y manejar la angustia. También es orientada a la toma de decisiones fundamentales. El servicio puede ser solicitado de manera directa a la organización, pero generalmente las víctimas llegan canalizadas por la policía, la Procuraduría General de la República (PGR), u otras instituciones de gobierno.

Del lado Gubernamental, la Secretaría de Salud (2006) propone que la identificación de la magnitud, naturaleza y extensión del impacto psicológico de un desastre posibilita la planificación de intervenciones pertinentes y eficaces que minimicen las consecuencias negativas en las vidas de los damnificados y permite el desarrollo de bases sólidas en qué fundar la política pública de atención en situaciones de desastre. El objetivo de las acciones personales llevadas a cabo en situaciones de emergencia como un terremoto, es la búsqueda de seguridad para sí mismo y los seres queridos, pero el sentimiento de miedo en algunas personas puede paralizar esta acción.





En momentos de desastre es imperiosa la necesidad de establecer modelos de intervención psicológica que aporten a los individuos elementos de ayuda para superar esos momentos, con el fin de no permitir que asuman roles de dependencia y que organicen de manera constructiva su experiencia, enfocándola positivamente a las soluciones prácticas. Es así como el gobierno en 2006 se dio a la tarea de crear el Programa Específico de Atención Psicológica en Casos de Desastre para que todos los sectores que intervienen en la situación de desastres, sumen esfuerzos para mitigar los efectos. En la realidad, sólo se integra a los psicólogos de diferentes dependencias y se les envía a la zona de desastre.

Igual sucede con el PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-005-SEGOB-2012, Acciones de recuperación.- Atención a la salud psicosocial en caso de emergencia o desastre, publicado en el Diario Oficial de la Federación (2013), donde se especifica que el objetivo de la intervención para el individuo debe ser el recuperar la salud psicosocial, que incluye los aspectos mental, psicológico y social de las personas afectadas por emergencias, desastres o fenómenos perturbadores, a través de protocolos que permitan restaurar y estabilizar el equilibrio previo, así como facilitarles los apoyos y enlaces necesarios para lograrlo. Por otra parte, el objetivo de la intervención para la comunidad es restablecer el tejido social para recuperar los vínculos que unen a la gente y el sentido de colectividad. Para alcanzar tal objetivo se convoca a las personas interesadas en participar en las Brigadas de Intervención en Crisis (BRIC), las personas interesadas deberán acreditar previamente un curso de adiestramiento específico. Al acreditar el curso recibirán por parte de la institución correspondiente la certificación como "Especialista en Primeros Auxilios Psicológicos e Intervención en Crisis". Para poder ser considerado aspirante a obtener la certificación se deberá ser profesionista o especialista en alguna de las siguientes áreas del conocimiento: 1. Actividades lúdicas; 2. Antropología; 3. Enfermería; 4. Fisiatría; 5. Maestro Normalista; 6. Medicina; 7. Pedagogía; 8. Psicoanálisis; 9. Psicología; 10. Psiquiatría; 11. Salud pública; 12. Sociología y 13. Trabajo social.





Es deseable que; en caso de presentarse un nuevo desastre, podamos estar suficientemente integrados y respaldados en nuestros objetivos, métodos y técnicas de apoyo psicosocial para evitar que la falta de integración, planeación y objetivos den como resultado un mayor malestar a la población atendida en lugar de beneficiarle.

Es lamentable pero en la experiencia personal he tenido la sorpresa de encontrarme en comunidades donde ya han trabajado otros grupos de psicólogos y que la población se muestre inconforme con su actuar mencionando que sólo se han enfocado en atender a grupos específicos donde se concentra toda la atención mediática como *albergues o refugios temporales*, que han realizado sesiones muy extensas con grupos de afectados pero que no les han proporcionado “consejos” de cómo lidiar con las “sentimientos” que quedan después del desastre. Peor aún, he tenido el infortunio de acudir a brindar atención de grupos de psicólogos que fueron enviados por alguna Institución Gubernamental y que ellos mismos no se encontraban preparados ante lo que habían de enfrentar, dando como resultado un malestar personal en los profesionales y la sensación de frustración ante su actuar.



II

E/1 Psicólogo en Desastres

“El miedo ante lo peligroso o amenazante es sensato y es útil. Pero hay que aprender a prevenir o defenderse”

-Martha Sialer-

El desastre es un acontecimiento peligroso que provoca una alteración cuantiosa de todos los sistemas estructurales que integran la sociedad, a nivel biológico y material (Fritz, 1961). Se trata de un evento que ocurre de inmediato, de manera inesperada e incontrolada, cuya naturaleza es catastrófica e implica la pérdida o la amenaza de la vida o propiedad, perturba el sentido de la comunidad y genera consecuencias psicológicas negativas para los supervivientes (Gómez, 1995)



Los individuos y las comunidades afectadas por este fenómeno lo perciben como un evento estresante, como una situación que implica amenaza y conflicto, que conlleva una ruptura y modificación de la vida de los afectados y del equilibrio hombre-ambiente; en una sociedad concreta pueden adoptar diversas formas tales como: naturales, accidentales y/o rediseño humano intencional. Sus características influyen de manera determinante en las reacciones de las personas y es indispensable su estudio para diseñar el perfil formativo y de intervención del profesional que intervendrá, en este caso, el psicólogo (Rodríguez, 1997)

2.1 Limitaciones.

Los esquemas convencionales de la prevención y atención de emergencias y desastres están limitados comúnmente a criterios médicos, técnicos, logísticos, sociales, administrativos y hasta económicos. No es usual encontrar descripciones fenomenológicas conteniendo información psicológica relacionada con el área y por ende, los métodos de intervención y sus resultados muestran las mismas limitaciones (García, Gil y Valero, 2007).

En el mismo sentido, una cosa es lo que los libros, protocolos, reglamentos, capacitaciones y entrenamientos indiquen sobre qué acciones seguir antes, durante y después de estos eventos, y otra muy distinta lo que las personas; incluso las entrenadas, en realidad hacen, especialmente en el momento del evento mismo (Pedreros, 2002; Weissenstein, 2002).

Quintero (2001) declara que, a raíz de su intervención en la reconstrucción de la ciudad colombiana de Pereira, también afectada por el terremoto del Eje Cafetero de 1999,





encuentra en primera instancia que han aprendido que los conceptos académicos respecto de la intervención psicológica en desastres están bastante alejados de la realidad cotidiana de los barrios y hogares pereiranos, conceptualizando desde los textos europeos y norteamericanos que han sido construidos en otras latitudes, otros climas, otros sueños y otros tiempos.

En otras palabras, la prevención es un concepto abundantemente definido y cuasi universalmente resaltado, pero en la realidad muy poco asumido (Cortés, 2000). De hecho, los informes y análisis post-impacto poseen un lugar común en la mención de que alguien no observó u observó insuficientemente una o varias medidas preventivas, incluso habiendo sido expresa y previamente formuladas (Save the Children, 2000; Cortés, 2000)

Una vez más, salta a la vista el conflicto entre lo que se piensa y planea y lo que realmente se hace. De igual manera, Garvin (2001) hace notar que los científicos, los diseñadores de políticas y el público emplean racionalidades distintas; es decir, científica, política y social respectivamente. Estas formas divergentes de racionalidad reflejan distancias epistemológicas subyacentes desde las que se pueden desarrollar considerables malentendidos y malas interpretaciones.

Algunos investigadores afirman que la gente está usualmente más orientada hacia el riesgo que hacia los beneficios (Sjöberg y Fromm, 2001), y que los accidentes, emergencias y desastres suceden no sólo a pesar, sino también por la formulación misma de medidas preventivas. Por ejemplo, Gerald Wilde (1988, En Tabasso, 2000) reporta que la literatura vial y epidemiológica es generosa en infinidad de ejemplos como instalaciones de redes de semáforos, grandes obras de ingeniería, dispositivos para mejorar el desempeño de vehículos, técnicas de manejo defensivo, cursos y campañas sanitarias y de prevención de accidentes que dan como increíble resultado final, el aumento del número de accidentes y enfermedades relacionadas. Esos conflictos y propuestas para su solución son también un





lugar común en las conclusiones y recomendaciones de los mismos informes, y de los posteriores planes a futuro (Save the Children, 2000)

Urbina (2000) y Cortés (2000) mencionan que los desastres naturales podrían ocurrir en todas partes y la población debería estar preparada para responder cuando ocurren, pero respecto al comportamiento de la población se plantean pocas explicaciones para el mismo, menos aún se exploran sus bases ni opciones para enfrentarlo. También mencionan que se ignora que las emergencias y desastres no sólo impactan en la infraestructura civil y en la integridad física de las personas, sino que también afectan la salud psicosocial de éstas.

Frecuentemente tiende a creerse que en los momentos de emergencia predominan las necesidades materiales, y que los aspectos psicológicos pueden atenderse en todo caso, en la situación posterior a la emergencia. Sin embargo, como señalan Beristain y Doná (1997), tener en cuenta desde el inicio los aspectos psicosociales puede ayudar a entender los comportamientos y reacciones de la población, desarrollar planes de acción y prevención de problemas, comprender los mecanismos y acciones de apoyo mutuo de la gente en las situaciones de emergencia, y tener una comprensión holística de la acción humanitaria teniendo en cuenta las exigencias físicas, psicológicas y sociales de la población.

En el sector académico, medio natural de exploración, debate y proposición de problemas y alternativas de solución, también se incurre en dicha limitación, pues ninguno de los varios programas de postgrado universitario latinoamericanos relacionados con la gestión del riesgo contiene propuestas sólidas respecto a la descripción y la intervención del comportamiento humano antes, durante y después del impacto, sino ocasionales y todavía muy someras referencias al tratamiento social y psicológico posterior.





En lo comunitario, Marín (2002), se limita a mencionar las etapas posteriores al desastre, además hace notar que el riesgo como concepto aún no está apropiado por nuestras culturas. Sin embargo, es de los pocos que ven las opciones de intervención en Psicología de la Emergencia en sus diferentes momentos en lo que llama la *Pre Emergencia*, *Durante la Emergencia* y la *Post Emergencia* a partir de las propuestas teóricas de Araya (1992), quien comienza a estructurar una nueva rama de la Psicología, denominada la *Psicología de la Emergencia*, ésta es entendida como aquella rama de la Psicología general que estudia los distintos cambios y fenómenos presentes en una situación de peligro, sea ésta natural o provocada por el hombre en forma casual o intencional.

En definitiva; debemos reconocer que, a pesar de los avances científicos y tecnológicos, no se ha progresado mucho en la comprensión de los aspectos comportamentales implicados en una situación catastrófica (San Juan, 2002)

Así, ese factor humano que se cruza en el camino de la prevención se seguirá cruzando con los resultados ya explicados en esta introducción. Pareciere que nuestro objeto de estudio fuese casi sólo los números, los objetos y los lugares, sin mayor relación con las personas y las comunidades que los usan y los ocupan. En este sentido Wilde (1988) recuerda que; de hecho, la seguridad está en la gente, o no está en ninguna parte y también así la posibilidad de la seguridad radica dentro del ser humano, no (únicamente) en las máquinas o ambientes hechos por el hombre.

Florig y cols. (2001), agregan que un buen método de calificación de los riesgos debería estar en función de la teoría y el conocimiento empírico disponibles en la ciencia del comportamiento social.





Algo similar afirma Zint (2001) quien habla de la necesidad de identificar los riesgos, interpretar las probabilidades, examinar la valoración del riesgo, evaluar las influencias psicológicas y sociales en el juzgamiento y la percepción de los riesgos, entender cómo son manejados los riesgos, aprender sobre las habilidades de procesamiento de la información y estimular acciones personales y sociales para minimizar los riesgos a la luz de los costos y beneficios.

Sjöberg (2000) concluye que el riesgo percibido ha sido un foco de interés de los diseñadores de políticas e investigadores por varias décadas. La percepción del riesgo parece tener una posición central en la agenda política de muchos países y es crucial para la comprensión del compromiso con el ambiente y la oposición a la tecnología, es así que la aceptación del riesgo se relaciona no sólo con las estimaciones técnicas sino también con una dimensión subjetiva como la voluntad para afrontarlo.

Ello no significa que se niegue o minimice el valor, la operatividad o la eficacia de las disciplinas convergentes de la seguridad sino que es un aporte para que se pueda ampliar la visión del problema del riesgo y el desastre. (Tabasso, 2000). Así, será probable corregir vicios tan frecuentes y de limitada visión como el encarnado por Marín (2002), en cuya producción, que contiene propuestas sobre la administración para desastres, la importancia de tener una visión integral en el manejo de desastres, el manejo de alojamientos temporales y otros importantes temas innegablemente relacionados con el bienestar humano en torno a las crisis, no incluye referencias o una propuesta de enlace disciplinario respecto a lo que las personas y comunidades hacia las que están dirigidas estas propuestas piensan, sienten, quieren y pueden hacer. Las personas son concebidas como objetos de trabajo y no como sujetos de pensamiento y acción, no es de extrañar entonces que estas propuestas resulten limitadas.





Para romper el mencionado y frustrante círculo vicioso de la recurrencia del fracaso o los resultados inesperados y hasta ingratos en las estrategias preventivas y asistenciales y aproximarnos a un mejor alcance de sus objetivos es necesario adentrarnos en el conocimiento de las razones profundas del mencionado círculo y desde ese conocimiento explorar opciones más realistas para su resolución. Estamos hablando del estudio del comportamiento humano y en éste lo relacionado con los procesos de percepción del riesgo y el desastre.

Resulta de suma importancia conocer cuál es “la percepción de riesgo”, debido a que a partir de ella podemos iniciar el análisis de la información proveniente del entorno, entendiendo qué sucede con esa información en nuestros procesos de pensamiento para que podamos entenderla o no, para que la valoremos o no como significativa de un riesgo, que ese riesgo en realidad nos importe o no y que a partir de ello actuemos en consecuencia, o en el momento de la crisis reaccionemos como supuestamente debiéramos hacerlo.

Las personas afectadas potencial o realmente por emergencias y desastres, están cobijadas por derechos fundamentales alrededor de la mitigación de los riesgos y la respuesta posterior. Wilches (1999) plantea que las personas y comunidades afectadas no se convierten automáticamente en víctimas, sino que al igual que los ecosistemas, poseen mecanismos de superación que no sólo les permiten recuperarse sino rediseñar el curso de su vida en función de aproximarse a la sostenibilidad. En consecuencia, los derechos de las personas afectadas pueden resumirse como el derecho a que toda actividad posterior al fenómeno se realice en función de activar y fortalecer esos mecanismos. Este derecho no atañe únicamente a después del evento desastroso, sino al antes, el durante y en general toda la temporalidad alrededor de dichas situaciones. Y en todo momento involucra invariablemente, de una u otra manera, el sustrato psicológico.





Cuando esto no es respetado, se notan las implicaciones políticas y gubernamentales para que el psicólogo pueda desarrollar plenamente sus actividades como interventor en las crisis después de los desastres.

2.2 Alcances.

Los desastres naturales, como lo son los terremotos, las inundaciones, huracanes, entre otros, además de causar la muerte y disminución en la salud física, son capaces de generar consecuencias psicológicas. Salazar, Heredia, y Pando (2005) establecen que, los desastres naturales desligan reacciones de estrés, cuadros depresivos y ansiedad en las personas que estuvieron presentes u observaron el acontecimiento, pues perturba el funcionamiento vital de cada una de las personas y ataca directamente al sistema biológico de sobrevivencia, de orden y de significados.

Por su parte Crocq (2002), encuentra que los desastres naturales conllevan a una sobresaliente pérdida del control con severas consecuencias como el sufrimiento psíquico y la infelicidad. Para explicar la reacción de los individuos, el autor identifica tres fases que inician al instante del desastre natural: 1) Las primeras horas después del desastre; 2) Fase post inmediata y 3) Fase crónica.

Es importante reconocer la colectividad de la escena y no olvidar que hay un comportamiento en conjunto; estas 3 fases se deben tener en cuenta en el grupo de personas, que no es sólo la suma de cada individuo sino el significado de la situación que es compartida y a la vez resaltar que no todas las personas responden de la misma manera ante un mismo hecho. Por lo tanto, los niños, las personas con estrés previo y personas con falta de redes de apoyo tendrán una mayor vulnerabilidad a afectarse psicológicamente.





En cuanto a las consecuencias específicas de los niños, se establece que sus reacciones no dependen únicamente al terror inmediato del evento, sino también a la alteración de la vida diaria normal, la angustia y la alarma que presentan los adultos que cuidan de los niños y la destrucción de todo lo que es familiar, incluida su casa, así como estructuras físicas y sociales en las comunidades. De igual manera, los niños sobrevivientes frecuentemente presentan una serie de problemas con síntomas de estrés postraumático notorio, pero comúnmente comórbidos con depresión, ansiedad y trastornos de conducta (Margolin, Ramos & Guran, 2010; Proctor, Fauchier, Ramos, Rios, & Margolin, 2007; Vernberg & Varela, 2001). Esto mismo se corrobora en Humenay, Mitchell, Witman y Taffaro (2010), que realizaron una investigación en la cual examinaron el estado de salud mental de los jóvenes en St. Bernard Parish, Louisiana, 2 años después del huracán Katrina. Sus resultados revelaron que la prevalencia de síntomas de salud mental de la juventud fue relativamente alta en comparación con las tasas que se reportaban antes del fenómeno Katrina. Según lo que los participantes informaron, la prevalencia de síntomas fue más elevada en el año inmediato posterior al huracán, pues el 79% de los jóvenes notificó la aparición de síntomas. Sin embargo, a los 2 años después del evento, el 56% de los jóvenes siguieron presentando altos niveles de síntomas depresivos, post-traumáticos y síntomas de ansiedad.

En otro estudio realizado luego del huracán Katrina (Osofsky, Osofsky, Kronenberg, Brennan, & Cross, 2009), cuyo propósito fue examinar los factores relacionados con el desarrollo del estrés postraumático, se encontró también que luego de dos años del desastre, el 40% de los estudiantes examinados aún presentaban síntomas. Dentro de los factores predictores encontraron que: a) la experiencia de un trauma previo, b) la pérdida de propiedad, c) la separación del cuidador, d) importantes pérdidas personales, e) falta de apoyo de la comunidad y f) vivir en un refugio, eran predisponentes a un aumento en la sintomatología después del desastre. Además, encontraron que las mujeres reportaban más





sufrimiento que los hombres. De igual manera, Weems, Pina, Costa, Watts, Taylor y Cannon (2007) encontraron que la presencia de rasgos de ansiedad y afecto negativo en los niños antes del desastre, así como el número de veces que han sido expuestos a un huracán, predice la aparición de síntomas postraumáticos relacionados con estrés, depresión y los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada.

En cuanto a las consecuencias en poblaciones generales, en una investigación realizada en Grecia por Livanoua, Kasvikisb, Başoğlua, Mytskidoub, Sotiropouloub, Spaneab, Mitsopouloub y Voutsab (2004), también se encontró que, específicamente la exposición a un terremoto, está asociada con el desarrollo de Trastorno por Estrés Pos Traumático (TEPT). En el estudio evaluaron a 157 sobrevivientes luego de 4 años del terremoto Parnitha de 1999 y encontraron que el 25% de los sobrevivientes presentaba al menos 10 síntomas de TEPT; aproximadamente el 22% informó presentar malestar subjetivo y el 15% presentó ajuste deteriorado debido a sus síntomas. De la misma manera Onder, Tural, Aker, Kiliç, y Erdoğan (2006), encontraron que 3 años después del terremoto de Marmara en Turquía, el perfil de salud nacional mostró que la prevalencia de los trastornos depresivo mayor, de pánico, obsesivo compulsivo (TOC), de ansiedad generalizada, fobia social y fobias especiales, eran más altos en la región afectada después del terremoto. Específicamente, el 19,2% y el 18,7% de los 683 sobrevivientes que participaron en la investigación presentaron; luego del terremoto, TEPT y trastorno depresivo mayor respectivamente.

En cuanto a los criterios clínicos que se deben tener en cuenta para diagnosticar los trastornos mencionados anteriormente, la quinta versión del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V) (American Psychiatric Association [APA], 2014) establece que para diagnosticar depresión se deben presentar al menos cinco o más de los siguientes síntomas durante dos semanas: a) sentimiento de tristeza la mayor parte del día,





b) desinterés en la mayoría de actividades que solía disfrutar, c) pérdida o aumento importante de peso, d) insomnio o hipersomnia a diario, e) agitación o enlentecimiento de lo psicomotor a diario, f) fatiga, g) sentimientos de culpa, h) disminución en la capacidad de concentración e i) pensamiento recurrente de muerte o ideación suicida.

En lo que se refiere a los trastornos de ansiedad, se necesitan de los siguientes síntomas para diagnosticar estrés agudo: a) la persona estuvo expuesta a un acontecimiento traumático en el que la persona ha experimentado acontecimientos que se relacionan con la muerte o amenaza a su integridad física y su respuesta fue de temor y desesperanza; b) durante el episodio traumático la persona presenta tres o más de los siguientes síntomas: ausencia de reactividad emocional, reducción del conocimiento de su entorno, desrealización, despersonalización y/o amnesia disociativa; c) se re experimenta el episodio traumático por medio de imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashbacks y sensación de malestar al estar expuesto a objetos o situaciones que recuerden el episodio traumático; d) evitación de ciertos estímulos que recuerden el episodio; e) activación del arousal; f) deterioro social, laboral, familiar, entre otros y g) las alteraciones deben durar mínimo dos días y máximo cuatro semanas y deben aparecer en el mes siguiente al episodio traumático. Si la persona presenta estos síntomas por menos de tres meses, ésta se verá afectada por un estrés agudo, si los síntomas insisten por más de tres meses y se convierten en disfuncionales para su vida, se habla de TEPT (DSM-V, APA 2014)

En cuanto al Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), su principal característica es el sufrimiento de obsesiones y compulsiones, las cuales generan malestar y no hay capacidad de evitación. Las obsesiones hacen referencia a ideas obsesivas que el sujeto tiene durante el día de forma persistente y repetitiva limitando su vida personal, produciendo angustia a



pesar de entender su irracionalidad. Las compulsiones son acciones que se repiten dependiendo de la obsesión y que tienen cierta finalidad (Mardomingo, 1994)

En cuanto al papel del psicólogo ante los desastres naturales, la literatura describe que puede estar dirigido hacia tres momentos y estrategias diferentes. Antes de ocurrir un desastre los psicólogos pueden encargarse de generar estrategias de intervención; poco tiempo después de ocurrir un desastre natural, se deben prestar primeros auxilios psicológicos y por último realizar intervención a largo plazo sobre los factores psicológicos que se ven afectados tiempo después de sobrevivir a un desastre.

Inicialmente, se debe considerar que el psicólogo y en general las personas que colaboran en estas situaciones no trabajan sólo en los momentos concretos o después del evento. Hay que tener en cuenta que debido a la inmensidad de las necesidades básicas en materia de seguridad, refugio y atención médica de emergencia que se presentan luego de un desastre, el papel del psicólogo puede ser un tanto ambiguo. En esta fase se brinda información de los posibles desastres y las reacciones que se pueden presentar ante éstos. De igual manera, se brinda información específica sobre terapias basadas en el trauma, sobre ayuda concreta; en primer lugar psicológica, así como el reconocimiento de la carga emocional a todos los proveedores de atención de salud y se realiza una mejor integración interdisciplinaria con los equipos de respuesta a desastres. El objetivo aquí es destacar el papel de los psicólogos en tres ámbitos: a) coordinar, activar e informar; b) el desarrollo de programas de prevención y conocimiento y c) la obtención de conocimientos necesarios a través de la investigación empírica (Margolin, Ramos, & Guran, 2010; Crocq, 2002). De igual manera, McNally, Bryant, y Ehlers (2003), establecen que la prevención debe estar dirigida a mitigar el impacto de los desastres, interviniendo con anterioridad sobre los factores que se han encontrado como predisponentes a la presencia de síntomas de salud mental luego de un desastre, para prevenir la aparición de los mismos.





También existen estrategias de intervención inmediatas al desastre natural, las cuales se llevan a cabo a través de primeros auxilios psicológicos. Los primeros auxilios psicológicos tienen por objetivo contrarrestar los factores de inestabilidad de cada persona, potenciar estrategias de afrontamiento y generar procesos de autonomía y normalización (Slaikau, 1996 citado en: Benegas, Pacheco, Condés, López, Ajates y Pérez, 2007).

Estos primeros auxilios se han utilizado para proporcionar ayuda inmediata en entornos tales como refugios comunitarios, hospitales de campo y otros centros de servicio de asistencia de desastres. Entre los aspectos para tener en cuenta en estas intervenciones se encuentran: a) la expresión de lo vivido teniendo en cuenta las emociones experimentadas; b) disminución del estrés derivado de amenazas psicológicas; c) trabajar sobre expectativas; d) distorsiones cognitivas; e) potenciación de recursos internos y externos de afrontamiento; f) disminución de anomalías y por último g) una preparación para las próximas experiencias como el surgimiento de síntomas (Dyregrov, 1989 citado en: Benegas, J, et al, 2007)

En esta etapa se ofrece apoyo práctico, el establecimiento de vínculos con el apoyo social y los servicios disponibles y se debe ofrecer información sobre cómo afrontar la situación. La viabilidad de estas intervenciones depende de la coordinación con otros esfuerzos de rescate de desastres y el acceso a los sobrevivientes. La angustia psicológica de alta experiencia inmediata después de un desastre sugiere la importancia de estos procedimientos, pero poco se sabe acerca de su impacto (La Greca & Silverman, 2009)

Aunque los psicólogos han aumentado su comprensión acerca de las reacciones posteriores a los desastres y las estrategias para ayudar a los niños y adolescentes a lidiar con el trauma, los modelos para responder a catástrofes en masa son limitados, particularmente en comunidades geográficamente remotas y en regiones en las que servicios de salud mental son estigmatizantes (Margolin, Ramos, & Guran, 2010)





En un estudio realizado en México por Orozco y Bausela (2010), se diseñó un programa de intervención psicológica para víctimas de desastres naturales el cual estaba enfocado principalmente en reducir la sintomatología del estrés postraumático a través de un enfoque psicoeducativo y cognitivo-conductual. El programa tiene como objetivos específicos los siguientes: autoconocimiento, reducir niveles de ansiedad, cambio de actitudes y estrategias de afrontamiento del estrés. Como técnicas se utilizaron la plática introductoria, escala subjetiva de ansiedad, relajación muscular progresiva, Terapia Racional Emotiva (TRE) y relajación autógena.

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y Psicoterapias Centradas en el Trauma o una combinación de ambos, son las más usadas luego de un desastre. En general después de los desastres, las intervenciones se centran en modificar los pensamientos relacionados con el trauma con formas más adaptativas de pensar, en brindar educación acerca de las reacciones de estrés postraumático, de relajación para reducir ansiedad, y la promoción de estrategias activas de afrontamiento, todas ellas diseñadas para mejorar el estado de ánimo y motivar la participación en las actividades diarias (La Greca, Sevin, & Sevin, 2008; Campillo, Rivas, Luna, & Esteban, 2004)

De igual manera, Campillo et al. (2004), establecen que entre las funciones y estrategias más generales que el psicólogo debe ejercer luego de un desastre natural, se encuentra una técnica grupal llamada *debriefing*, la cual previene secuelas psicológicas que son altamente probables tras una experiencia crítica y que permite expresar y compartir los sentimientos vividos, ayudando a discernir entre la parte emocional y la parte cognitiva de la experiencia hasta llegar a comprender la normalidad de lo ocurrido.

Diferentes organizaciones han creado guías que dan pautas de cómo manejar las situaciones de emergencia y desastres naturales, el papel del psicólogo en cada una de estas es principalmente de intervención y acompañamiento. Una de estas, es la creada por la





Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2006. En ella se establece que la tercera parte de la población sufre alguna manifestación psicológica, la cual no es obligatoriamente patológica, pero sí requiere un acompañamiento prolongado por parte del profesional, para evitar consecuencias graves a largo plazo. En lo anterior radica la importancia de tener protocolos de intervención para que se genere beneficio a la comunidad afectada.

La Guía Práctica de Salud Mental en Situaciones de Desastre de la OPS plantea que el primer paso frente a un desastre natural es la Evaluación de Daños y el Análisis de Necesidades (EDAN). Este es un proceso dinámico, el cual debe hacerse de manera continua porque con el paso del tiempo se van evidenciando las consecuencias de la situación. El psicólogo debe hacer un registro cualitativo y cuantitativo de los efectos psicosociales. Las personas encargadas de esta evaluación, pueden ser personas locales o externas. Es importante tener en cuenta que las personas del lugar tienen un mayor conocimiento del acontecimiento pues lo vivieron; sin embargo, pueden estar afectados emocionalmente lo que no permitiría una evaluación objetiva, por lo que se recomienda tener instrumentos previamente establecidos. El tiempo que se tiene en cuenta para esta evaluación son 30 días después de que sucede el evento.

Es importante que antes del suceso, se cuente con una base de datos en la que se evidencie la situación de salud mental del lugar. Por otra parte, se debe tener la descripción demográfica enfocada en el aspecto sociocultural; es decir, la composición étnica, estructura social, antecedentes históricos de la comunidad, estructuras comunitarias para emergencias, entre otros aspectos. También se deben conocer los programas, instituciones o servicios de salud mental que existan previamente.

En el protocolo se establece que, para hacer intervención psicológica individual, se deben conocer estrategias que permitan una mayor eficacia. Para ello la responsabilidad del





psicólogo es generar un ambiente de confianza, en el cual la víctima sienta que el profesional está en toda la disposición de escucharlo y ayudarlo. Siempre la buena comunicación debe ser el principio de cualquier intervención, pues va dando la pauta de la relación. Por otro lado, se debe respetar y tolerar las diferencias culturales y sociales, ya que esos aspectos pasan a un segundo plano y lo realmente importante es entender y poder apoyar al individuo que sufrió por el desastre. El psicólogo o el profesional que esté ayudando, debe dar el tiempo necesario para una ventilación emocional, debe también indagar sobre las creencias, pensamientos y sentimientos del suceso para trabajar a futuro sobre éstas. La víctima; con la guía del profesional, debe fortalecer los aspectos positivos para usarlos como factores protectores de la situación, hay que incentivar la búsqueda de soluciones para que sientan y vean la importancia de una participación activa en el proceso. Es importante la elaboración no patológica del duelo y para eso se debe indagar sobre cómo la persona ha reaccionado a pérdidas anteriores. Hay que dar herramientas para que superen la negación y puedan confrontar la realidad. Si algún familiar ha fallecido, es necesario apoyar en el proceso de identificación del cadáver y acompañar en los procesos y rituales funerarios de manera individual según sus creencias. Cada persona es única y como tal tiene diferentes maneras de afrontar la vida (Narváez, Trujillo y Vergara, 2012)

Otro rasgo importante del psicólogo es que debe conocer los riesgos psicosociales de las personas afectadas y que están en riesgo. Por lo tanto, se debe evaluar en qué circunstancias ocurrió el hecho traumático, conocer los antecedentes personales, hacer una evaluación estricta de los signos y síntomas, ver la manera en que la persona accede a la ayuda humanitaria y cómo es su cotidianidad. Cuando el profesional se encuentra frente a alguno de los siguientes casos se debe prestar más atención, pues estos factores dificultan el proceso: a) existencia de una dificultad física o mental; b) encontrarse en un duelo patológico; c) que haya de base una psicopatología y d) si hay una historia de dificultad de adaptación a situaciones inesperadas o nuevas. Es importante rescatar la utilidad de trabajar





con grupos en situaciones de desastre, las principales razones son: la cantidad de personas que son víctimas de una situación de este tipo no permite ni da tiempo de hacer intervención individual, muchas de las personas afectadas no necesitan intervención individual y por último, se ha demostrado que los trabajos grupales mitigan de manera más útil los efectos psicológicos. Los objetivos principales en el trabajo con grupos son informar y orientar de manera clara, también estabilizar y mejorar las condiciones psíquicas de las víctimas, dar o potencializar herramientas de afrontamiento para las situaciones posteriores del evento y por último favorecer un ambiente de normalidad (Campillo, 2004)

Dependiendo de su propósito, los grupos se pueden identificar de la siguiente manera: de información y orientaciones, encargado de la psicoeducación y apoyo emocional en donde se encuentran personas con necesidades más específicas, otro dirigido a una ayuda mutua en el cual se encuentran las personas que no tienen la autonomía suficiente para enfrentar la situación y requieren de apoyo y por último el grupo más especializado en el que se trabaja con personas que tienen trastornos psíquicos y que deben recibir terapia (Narvárez y cols., 2012). El grupo que se encarga de dar información y orientar, debe conocer estrategias de comunicación que permitan cumplir con el objetivo de reducir consecuencias psicosociales.

Existen diferentes fases para la planificación de la comunicación las cuales son: El Diagnóstico, se basa en la evaluación de daños y análisis de necesidades, además hay que identificar los medios de comunicación existente. Luego identificar los objetivos del plan de comunicación, los cuales deben divulgar información para que se disminuyan los riesgos psicosociales, también deben permitir un cambio positivo de actitud y mejoramiento de hábitos en la comunidad y por ultimo facilitar el diálogo para que las tensiones vayan desapareciendo. La siguiente fase es la implementación de estrategias las cuales deben ser dinámicas, siempre guiadas por las características propias de la comunidad y por último, se





debe generar un cronograma el cual permita delimitar funciones para evaluar y mejorar oportunamente el proceso.

Por otro lado, el grupo que se encarga de la psicoeducación y el apoyo emocional tiene dos objetivos; el primero es manejar de manera adecuada los sentimientos de miedo, tristeza y otras manifestaciones psicológicas y el segundo es dar información sobre lo sucedido y los efectos de éste. Las personas que forman parte de este grupo, comparten sintomatología o problemas, principalmente se emplea en el periodo poscrítico inmediato, es decir hasta 3 meses.

Otra de las organizaciones que ha creado guías para este tipo de situaciones, es el Comité Permanente entre Organizaciones (IASC) en el año 2007. El IASC está conformada por diferentes organismos de ayuda humanitaria que pertenecen a las Naciones Unidas y otras independientes. El objetivo principal de esta herramienta es planificar, establecer y coordinar un conjunto mínimo de respuestas multisectoriales para proteger y mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas que atraviesan por situaciones de catástrofe. El contenido de la guía, da las herramientas necesarias para que el psicólogo pueda suplir las principales necesidades en salud mental y bienestar psicosocial de las víctimas que se enfrentan a un desastre.

La matriz que presenta el IASC (2007), se compone de 11 acciones pertinentes que se deben desarrollar en las diferentes funciones y esferas de acción humanitaria. Las 11 acciones mencionadas anteriormente, se agrupan en Funciones Intersectoriales, Esferas Básicas de Salud Mental - Apoyo Psicosocial (SMAPS) y consideraciones sociales en determinados sectores. Para lo que corresponde en este trabajo, se describirá específicamente la segunda agrupación, es decir SMAPS. Para empezar, se debe organizar a la comunidad y el apoyo humanitario, es decir, facilitar la movilización de la comunidad y empoderarlos en el control sobre la respuesta de emergencia en todos los sectores. También





se deben considerar las prácticas terapéuticas religiosas y culturales, para que los individuos de la población puedan acceder a ellas si lo consideran pertinente. Como paso a seguir en el aspecto de servicios de salud, se deben identificar las personas con graves problemas mentales y permitirle el acceso al servicio indicado, es necesario que los profesionales que atienden la emergencia estén capacitados acerca de las diferentes terapias que usan los lugareños. Además hay que identificar los daños que puedan generar el consumo de alcohol y otras sustancias. Con respecto a la educación, hay que mejorar el acceso a ésta para que sirva como fuente de apoyo. Por último, el paso que se debe seguir es la difusión de información la cual debe incluir los derechos legales, las acciones que se están llevando a cabo en pro del bienestar de la población, el contexto y la emergencia como tal.

De esta manera, se puede observar que el trabajo del psicólogo en el campo de los desastres es amplio y por ende se debe tener cuenta que los psicólogos que trabajan en esta área deben estar muy bien preparados y cumplir con distintos criterios para su labor.

2.3 Perfil y Caracterización (profesionalización)

Para poder desempeñarse como interventor en desastres, el psicólogo deberá reunir una serie de requisitos de acuerdo a las funciones que deberá desempeñar en situaciones de esta naturaleza. Vera (2001) postula que como requisito básico, debe poseer la Licenciatura en Psicología y formación complementaria en Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes. Entre los requisitos aptitudinales, de personalidad y habilidades, el profesional debe poseer equilibrio emocional y capacidad de autocontrol, resistencia a la fatiga de tipo psicológica y física, habilidades sociales tales como empatía y capacidad de comprensión y escucha, capacidad de adaptación y flexibilidad, disposición para trabajar en equipo, aptitud





para colaborar con otros profesionales, tolerancia a la frustración, capacidad de toma de decisiones en situaciones de presión y estrés elevado, capacidad de evaluación y planificación, disciplina y responsabilidad.

Se requiere además que posea experiencia en intervenciones psicosociales en emergencias y/o desastres e intervención en crisis. En cuanto a las características laborales es necesario disponibilidad total de su parte y cumplimiento ante los servicios de Guardias (Vera, 2001). Resulta obligatoria la incorporación de conocimiento relacionado con conceptos como resiliencia, inteligencia emocional y factores protectores, aspectos todos valorados como escudos protectores y favorecedores de una conducta adecuada en desastres (Martínez Gómez, 2004)

El término resiliencia procede del latín *resilio*, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. En los diccionarios se entiende por resiliencia la resistencia de un cuerpo a la rotura por golpe. La fragilidad de un cuerpo decrece al aumentar la resistencia. Otra definición sería la capacidad de un material de recobrar su forma original después de someterse a una presión deformadora. Es claramente, un concepto de la física y de la ingeniería civil, que luego fue adaptado a las ciencias sociales (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997)

Pero aquellos que han descrito y elaborado el concepto de resiliencia han encontrado que la habilidad para afrontar exitosamente el estrés y los eventos adversos proceden de la interacción de diversos elementos en la vida del niño como: el temperamento biológico y las características internas, especialmente la inteligencia; el temperamento del niño y el locus de control interno o dominio; la familia y el ambiente de la comunidad en la que el niño vive, especialmente en relación con su crianza y las cualidades de apoyo que están presentes, el número, intensidad y duración de circunstancias estresantes o adversas por las que ha pasado el niño, especialmente a temprana edad. Por





ello, se ha llegado a considerar que la resiliencia puede llegar a ser funcionalmente equivalente a la invulnerabilidad y la resistencia al estrés (Becoña, 2006)

En lo que respecta a la inteligencia emocional, es la capacidad de reconocer nuestras propias emociones y las emociones de los demás, de motivarnos a nosotros mismos y de controlar nuestras emociones y las de los demás (Goleman, 1998)

Losada (2006) propone como características importantes necesarias en la personalidad del psicólogo interviniente en situaciones de catástrofes y emergencias, la sociabilidad, el temple, la capacidad de comprensión, empatía, autenticidad, consideración positiva hacia el sobreviviente, capacidad de trabajo en equipo, escucha activa, seguridad en sí mismo, capacidad de asumir y encarar errores.

En cuanto a la construcción del rol del psicólogo en relación a su actuación en catástrofes y desastres, Lorenzo (2008) considera la importancia de una preparación psicosocial. Esta implica un conjunto de procesos por medio de los cuales se crean, forman, perfeccionan y supervisan todas las actividades que faciliten la adquisición de conocimientos, hábitos y habilidades para poder ser entrenados y especializados en emergencias y desastres. Este tipo de preparación posibilita una adecuada comprensión de estos fenómenos y minimizan las consecuencias del impacto directo o indirecto en la salud mental, posteriores al desastre.

El Psicólogo en situación de catástrofes y emergencias debe realizar varias tareas de acuerdo al tipo de intervención (Vera, 2001). Las principales funciones son: prevenir, planificar, intervenir y rehabilitar (Losada, 2006).

Las actividades de prevención comienzan desde la puesta en marcha de programas de información a la población, la realización de simulacros en casos de emergencia y la





realización de programas formativos y de atención a los grupos de intervención en desastres (médicos, personal de enfermería, policías, bomberos, etc.)

En lo que respecta a la planeación Campillo, Rivas, Luna y Llor (2004), mencionan que los planes de emergencia y protocolos de actuación deben incluir la atención psicosocial. En esta etapa es importante el desarrollo de programas de investigación psicosocial del comportamiento humano en desastres, necesidades colectivas e individuales de atención psicosocial, efectos a corto, medio y largo plazo, técnicas y estrategias terapéuticas adecuadas. Aunque cada suceso es diferente y tiene matices distintos, la investigación sobre el comportamiento humano y los factores que influyen en una situación de desastre ha permitido establecer un conjunto de características que se repiten en la mayoría de situaciones de desastre y que pueden ayudar a comprender el tipo de realidad con la que se va a encontrar el profesional.

La Intervención se debe realizar en la coordinación del equipo psicosocial, encargándose de la distribución de tareas y recursos, la detección de necesidades y redistribución y el establecimiento de un dispositivo de seguimiento. También deberá llevar a cabo el asesoramiento a gestores de emergencia e instituciones sobre directrices que puedan disminuir el impacto psicológico negativo a través de la recepción de familiares, la identificación de cadáveres, la comunicación de malas noticias y listado de personas fallecidas. En cuanto a la relación con los medios de comunicación social deberá establecer protocolos de información que contengan información útil (Vera, 2001)

El psicólogo que se encarga de las Intervenciones Psicológicas con los afectados y/o familiares, debe realizar actividades tales como recopilación de datos sobre las relaciones observables de las personas afectadas, la observación de comportamientos individuales tratando de detectar y evaluar necesidades de intervención, realización del primer contacto





psicológico, entrevistas con víctimas y familiares, evaluación preventiva y gestión de grupos de riesgo, atención a la salud mental a largo plazo, organización de centros de recepción e información, ayudar en el inicio de la elaboración del duelo y realizar intervenciones con familiares en crisis (Losada, 2006)

Entre las técnicas de Intervención Psicológica pueden mencionarse los primeros auxilios psicológicos, la terapia de juego para niños en escuelas, albergues o centros comunales, manejo psicológico del duelo, técnicas de Debriefing, técnicas de afrontamiento del estrés para la prevención del Síndrome de Burn out, terapia y dinámica de grupos para adultos en refugios y albergues, técnicas de intervención comunitaria orientadas a la recuperación de redes y estrategias psicosociales para la neutralización del rumor y el manejo de la comunicación de manera eficiente (Valero, 1998)

En relación a las Intervenciones con los psicólogos en emergencias, con el fin de minimizar los efectos del estrés en estos grupos, será necesario que existan períodos de descanso, rotación del escenario de trabajo, oportunidad para conversar con compañeros acerca de sus sentimientos, apoyo psicológico individual y cobertura de necesidades básicas como contar con ropa seca, comida caliente y lugar de descanso (Vera, 2001)

En cuanto a la atención psicológica a los profesionales, Peñate (2005) menciona la importancia de brindar recursos y técnicas para afrontar situaciones estresantes y prevenir el desgaste o Burn Out. Para ello hay que trabajar aspectos como enseñar a manejar el estrés, utilizar la técnica del desahogo psicológico o Debriefing. Las técnicas utilizadas son la inoculación de estrés, la relajación y respiración profunda, reestructuración cognitiva y el desarrollo de habilidades sociales y de hábitos saludables.

Durante el momento postcatástrofe, el Psicólogo es el encargado de promover o brindar apoyo psicológico y/o seguimiento de los grupos de intervención, realizar





intervenciones preventivas o terapéuticas con los afectados y sus familiares con terapia cognitiva conductual, ejercicios de relajación o terapia familiar. Es quien elabora informes técnicos que posibiliten la puesta en común de experiencias vividas, participa en foros de debate científicos vinculados a aspectos psicológicos en situaciones de desastres y realiza seguimientos de las víctimas y de los grupos de riesgo afectados por este fenómeno (Losada, 2006)

Meichenbaum (1994) expone un esquema de orientación de intervenciones posteriores al desastre donde destaca algunos puntos tales como que las intervenciones deben basarse en múltiples acciones, deben estar dirigidas a múltiples niveles, es decir, individuales, grupales y comunitarios, deben orientar la jerarquía de necesidades básicas como las de seguridad y las físicas, luego sociales y por último vinculadas a la autoestima y el autocontrol. También debe evaluarse el nivel de pérdidas de los recursos que los individuos experimentan y debe conducirse la entrevista clínica con el fin de evaluar las características del desastre actual y considerar factores de distrés.

El desempeño psicológico tiene objetivos generales tales como realizar una intervención psicológica inmediata en la situación de catástrofe (denominada auxilio psicológico) y realizar un seguimiento psicológico de los afectados luego del fenómeno, con el objetivo de prevenir la presencia del Trastorno por Estrés Postraumático. Y por último, la evaluación y atención psicológica de los profesionales que se desempeñaron en la situación de emergencia, con la intención de prevenir el Síndrome de Burn Out. Bajo estas circunstancias las necesidades de atención psicosocial son muy altas como consecuencia del estrés al que la población se encuentra sometida y a los traumas de grupos con mayor vulnerabilidad (Organización Panamericana de la Salud, 2002)

En relación a los campos de interacción psicológica, Puertas (1997) señala que la Psicología en Emergencias y Desastres se interrelaciona con la Psicología Social, la





Psicología Organizacional, la Psicología Preventiva y la Psicología Clínica. Los profesionales de la salud mental deben formar parte de equipos interdisciplinarios debido a que determinadas necesidades materiales o físicas pueden condicionar reacciones psicológicas y es necesario proveer respuestas íntegras que abarquen las distintas áreas comprometidas (Vera, 2001)

Debido a lo expuesto se concluye la importancia de contar con profesionales de la salud mental especializados en catástrofes y desastres de manera que; a través de las intervenciones inmediatas en situaciones de emergencias y desastres, puedan evitarse trastornos emocionales graves como por ejemplo el estrés postraumático. Se hace necesaria la formación previa de todos los profesionales intervinientes en la catástrofe y la concientización con el fin de contar con herramientas y recursos personales de afrontamiento ante esta situación de tan alto impacto psicológico. Los Psicólogos que realicen intervenciones psicosociales de carácter inmediato deben formar parte de equipos multiprofesionales (Vera, 2001). El perfil y las funciones del Psicólogo interviniente deben estar bien delimitados de manera que puedan convertirse en recursos humanos profesionales y eficientes.



III

Propuesta: El Perfil del Psicólogo en Desastres en México

“La resiliencia no se crea ni se destruye, sólo se fomenta”

-Fredy Tadashi Damian Dorantes-

A lo largo de este trabajo se ha hablado de la necesidad de contar con profesionales en psicología preparados teórica y metodológicamente para brindar atención especializada en casos de emergencias, crisis y desastres, resulta de igual importancia que cuenten con herramientas personales y profesionales que les permitan incursionar en este ámbito de manera oportuna y satisfactoria no sólo para la población atendida sino para ellos mismos y que puedan concluir de forma exitosa sus misiones u operativos de desastre y que ello les fortalezca y les permita crecer tanto personal como profesionalmente.



La presente propuesta busca consolidarse en un futuro como la Guía Metodológica de la formación de los Psicólogos en Emergencias, Crisis y Desastres, aprovechando la experiencia obtenida en el trabajo de campo – mas de 15 años- y la formación que he tenido desde mi *Alma Mater* la Universidad Nacional Autónoma de México y APSIDE

En muchas ocasiones ante una situación de desastre se realiza la capacitación *in situ* a los voluntarios – incluyendo estudiantes- con contenidos básicos que les permitan desarrollar una estrategia puntual y con un objetivo terapéutico o de atención específico, permitiendo canales de expresión grupales, reelaboración de la tragedia y movilización de los recursos disponibles. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta los riesgos que ello implica, pues la falta de instrucción y sensibilización previa hacia lo que podrían enfrentar en un operativo de descarte no siempre es manejado emocionalmente de manera adecuada y podría impactarlos de tal manera que les dificultaría desempeñarse como las condiciones lo requieren, teniendo como resultado la sensación de frustración y falla en los objetivos de la misión.

3.1 Justificación.

En México como en todo el mundo las necesidades de atención psicológica son cada vez más reconocidas en situaciones de desastre, el 15% que se estima requieren de apoyo psicológico especializado necesita de profesionales preparados, con experiencia y con una fuerte dosis de creatividad para el trabajo de campo.

Los estándares internacionales buscan que los profesionales tengan conocimientos específicos en la materia, no basta sólo con la formación de la carrera en psicología, se





requiere de un conocimiento transdisciplinario en materia de desastres, riesgos, emergencias, intervención en crisis, protección civil, entre otros.

Nuestro país enfrenta al año al menos 10 emergencias de gran importancia, que incluyen temporada de huracanes, inundaciones, explosiones, sismos y emergencias volcánicas, en los que el apoyo psicosocial cada vez resulta más necesario, el Sistema Nacional de Protección Civil despliega en cada emergencia su Plan Nacional (municipal o regional) que busca satisfacer la recuperación de la comunidad, sin embargo, este proceso debe ir más allá de la puesta en marcha de medidas de mitigación, requerimos atender de manera integral a la población, no como mera *atención de un sistema protector*, sino como un proceso educativo y de formación donde se dé el lugar que corresponde a la recuperación emocional y ahí es donde sólo el psicólogo en emergencias y desastres puede contribuir.

Hoy más que nunca existe la necesidad de contar con una Escuela, Instituto o Colegio especializado en Atención Psicosocial en Desastres, donde se forme, capacite y profile a profesionales de la salud mental con vocación en situaciones de desastre. Esta propuesta busca dar comienzo a esta misión, porque si no hacemos algo por las comunidades vulnerables ante los desastres desde nuestra profesión, veremos a la cultura de la Protección, Prevención y Salud Mental estancada como ya desde hace años se percibe. El Decenio Internacional para la Reducción de Desastres ha denominado como tema principal a las “Ciudades Resilientes” y evidentemente busca fortalecer desde un punto de vista psicosocial a los procesos de mitigación, prevención y recuperación de las comunidades a nivel mundial, empecemos con el trabajo en apoyo psicosocial que es el que nos compete.





3.2 Guía Metodológica de la Formación de los Psicólogos en Emergencias, Crisis y Desastres.

Como ya se mencionó, esta guía rescata la experiencia y el trabajo en atención psicosocial en Desastres, emergencias y crisis y busca ser la guía de formación para expertos en la materia, que estén preparados para situaciones de desastre y en momentos de paz al contribuir en el proceso de aprendizaje de las experiencias traumáticas.

Divididas en cuatro áreas las cuales son: *Experiencia Personal*, *Conocimientos Teóricos*, *Conocimientos Metodológicos* y *Habilidades y Competencias*, se propone a continuación el perfil ideal del Psicólogo en Desastres.

1. Experiencia Personal.

Se busca que el profesional tenga una historia de vida donde haya enfrentado grandes exigencias y que las haya superado con sus propios recursos y habilidades personales y cuyo resultado pueda ser considerado como *de plenitud y bienestar*; aunque suena un tanto utópico, se requiere que el psicólogo cuente con una estabilidad emocional y un ejercicio profesional adecuado y que a través de una reflexión a profundidad, el psicólogo que decida incursionar en la atención en emergencias y desastres debe ser consciente de sus propias limitantes emocionales y reconocer de manera oportuna cuando una situación lo puede rebasar.

Durante la formación del personal voluntario del Programa de Atención Psicológica en Desastres, una de las *primicias no escrita* fue la de recordarle a todo el personal que debía tener *Tolerancia a la Frustración*, constantemente se escuchaba esa frase: “Tolerancia





a la Frustración”. Una vez que el voluntariado llegaba a sus primeros *Operativos de Desastres* notaba la importancia de ese concepto.

Largos periodos de trabajo agotador y de mucha exigencia de concentración y elaboración intelectual y emocional seguidos de periodos intermitentes de inactividad, cambio repentino de planes e instrucciones por parte de autoridades que coordinan las acciones de respuesta al desastre y mandos medios, la carga del *contenido emocional* transferido de los relatos de las personas afectadas por el evento al Psicólogo en Desastres y muchas otras condiciones que difícilmente pueden ser controladas como presenciar una topografía devastada y completamente caótica, etcétera, pueden minar física y emocionalmente al profesional que no esté acostumbrado o que no se haya preparado para enfrentar una condición de tal magnitud.

a) Historia de vida.

Conocer los sucesos más importantes o significativos de la vida del psicólogo en desastres y observar cómo éstos se han vinculando con sus metas, sueños y objetivos personales y profesionales, familiares y comunitarios.

b) Experiencia en campo, comunidad u operativos de respuesta a emergencias o desastres.

Es importante que haya tenido previa participación en operativos de emergencia, crisis o desastre, actividades de ayuda comunitaria, trabajo de investigación de campo, actividades de voluntariado u otras funciones específicas que se desarrollan en contacto





directo con comunidades o poblaciones en situación de algún tipo de vulnerabilidad, que haya cubierto tiempo de estancia en dichas comunidades y que haya realizado una valoración personal de su eficacia en el mismo.

c) Experiencia clínica, individual y grupal.

Resulta de vital importancia que cuente con experiencia de atención en el área clínica y que al mismo tiempo cuente con disposición a modificar, transformar e incorporar conceptos y nuevas *técnicas* a su postura teórica y metodológica empleada, así como la modalidad de sus sesiones y el tipo de abordaje (individual y colectivo), además del tipo de población a la que ha tenido contacto.

En los desastres existe un contexto completamente distinto a la terapia de gabinete (consultorio) o incluso la manera de llevar sesiones grupales en contextos de autoayuda o modelos de terapia grupal.

En el caso de la atención psicológica individual se requiere de una principal atención a múltiples factores que pueden ser distractores y que son difíciles de controlar como es: no contar con un espacio privado dónde generar una sensación de intimidad y confidencialidad entre usuario (paciente) y terapeuta. Por lo general es necesario brindar atención en medio de gran movimiento de personal de respuesta (Cruz Roja, Protección Civil, Fuerzas Armadas, Voluntarios, Etc.), otros compañeros brigadistas, personas de la comunidad que se encuentran en el lugar, etc, además el escenario también influye debido a que prácticamente puede tratarse de cualquier lugar (una banca en un parque, sentados en una piedra debajo de un árbol, la entrada de un domicilio, una construcción en ruinas o dañada por el evento, en la calle, en medio del campo, un largo etcétera), la única condición estricta es que el lugar de la atención sea seguro en tanto no exista la posibilidad de que las





maniobras del personal de respuesta pueda poner en riesgo la integridad del usuario e interventor, que se encuentre alejado de una posible situación de violencia como son riñas, manifestaciones, etc. y donde la persona se sienta cómoda para expresar lo vivido y cómo se siente a partir de ello.

Existen principalmente tres formas de iniciar una intervención; a saber:

I. Puede ser que la persona esté enterada de la presencia de los psicólogos, que sepa explícitamente que la presencia de éstos tiene la finalidad de brindar escucha y orientación a la población después del desastre y sea el usuario quien se aproxime a solicitar la atención.

II. Que el psicólogo se aproxime a la persona explicando el motivo de su presencia en la zona o simplemente preguntando “¿qué fue lo que sucedió? (en torno del desastre o acontecimiento en sí)”, que comience a interactuar con ésta y que poco a poco de manera “informal” inicie una descarga emocional y subsecuente proceso de intervención hasta llegar a la búsqueda de opciones y toma de decisiones para “salir” de dicha situación.

III. Finalmente, puede que la persona llegue *canalizada* (referida) por alguna institución que se encuentre laborando en la zona y que considere que es necesaria la atención psicológica o que algún familiar o conocido de la persona usuaria se aproxime a solicitar la atención y facilite el medio para iniciar la intervención.

Para todos los casos es necesario subrayar que la intervención en un contexto de desastre demanda de todos los recursos teóricos, metodológicos, prácticos y personales por parte del terapeuta, que el nivel de atención y concentración requeridos es total, que el terapeuta siempre debe estar preparado para escuchar historias en torno a lo sucedido que resultan difíciles de sobrellevar y que debe contar con la capacidad de identificar una





posible situación psiquiátrica o de riesgo a su integridad teniendo como únicas herramientas su atenta escucha y percepción.

Finalmente, saber que muy probablemente, la atención brindada será la única ocasión en la que el interventor pueda tener interacción con el usuario y que por ello es necesario su mayor esfuerzo, que probablemente sólo cuente con una hora (o menos) para cambiar positivamente la vida de quien recibe su atención.

En lo que respecta a la atención grupal privan las mismas condiciones y contextos que atañen a la atención individual pero en este caso, tratándose de un grupo (muchas veces numeroso) el interventor debe dirigir la atención siendo él quien ponga de manifiesto las posibles reacciones psico emocionales vividas por el desastre y las posibles sensaciones y pensamientos que esté presentando la población, para que cada miembro del grupo identifique aquellas que se aproximen en mayor medida a su condición personal / individual o pueda identificarlas en sus familiares / seres queridos u otras personas de sus comunidad.

También es importante señalar que dichas sesiones grupales demandan gran energía y atención por lo que resulta necesario que participen dos o máximo tres interventores, quien dirige la sesión debe estar atento a cada miembro del grupo e identificar si la temática está rebasando sus capacidades de sobrellevar emocionalmente la situación vivida, no es posible dar tiempo a cada integrante de expresar ampliamente y por ello debe tener gran manejo del grupo para evitar que los tiempos se extiendan demasiado y perder la atención e interés de los asistentes.

El o los co terapeutas deben estar atentos e intervenir inmediatamente si algún integrante del grupo *desborda emocionalmente* y requiere atención individual, para ello invitaría a la persona a apartarse del grupo y “charlar” sobre las emociones con las que está





haciendo contacto en ese momento y ello implicaría una intervención individual por completo.

2. Conocimientos teóricos.

a) Contención Emocional.

Muchas de las experiencias del trabajo psicológico de emergencia se realizan en los momentos posteriores al incidente, en ese tiempo se requiere que las personas expresen las emociones de una manera controlada y sin riesgo para ellos y los demás. La Contención emocional debe ser un proceso amoroso y de guía psicosocial para los afectados, implica reconocer la emoción principal (tristeza, ira, miedo o frustración) y trabajar acorde a ello, conteniendo a los afectados (Montoya, 2013)

La contención emocional puede ser entendida como un procedimiento por medio del cual se pretende proporcionar el espacio adecuado (libre de prejuicios, seguro y controlado) para que la persona que ha vivido una situación traumática exprese las emociones, pensamientos y sensaciones vividas a causa de tal evento.

Desde mi perspectiva personal la contención emocional es proporcionalmente opuesta a la represión de las emociones debido a que en el caso de la represión se pretende anular o bloquear la identificación y expresión de la sintomatología derivada de una emergencia o desastre; por lo contrario, en la contención emocional se facilita dicha expresión fortaleciendo los recursos de la persona.





La contención emocional es el procedimiento terapéutico que tiene como objetivo tranquilizar y estimular la confianza de la persona que se encuentra afectada por un evento traumático y que de no ser controlado puede derivar en pensamientos y/o conductas nocivas para la persona incluida la ideación suicida u homicida o la intensión de auto lesionarse o lesionar gravemente a otra u otras personas.

Derivado de mi experiencia, para proporcionar una adecuada contención emocional es necesario considerar los siguientes factores:

- Garantizar un espacio psíquico-emocional que permita a la persona la libre expresión de su problemática.
- Ofrecer atención respetuosa, cordial y exenta de prejuicios que facilite la manifestación y elaboración de los desafíos que se le presentan.
- Proporcionar, cuando así lo requiera, la orientación y el empuje necesarios para que se aproxime a los lugares en que puede recibir atención específica para su situación.
- Auxiliar a la persona en el ejercicio de la función de prueba de realidad y toma de decisiones (función del YO auxiliar)
- Facilitar la catarsis: descarga emocional intensa y en forma casi paroxística; es decir, la elevación o exaltación de la manifestación de las emociones y sensaciones, puede estar acompañado de llanto intenso, gritos y lamentaciones, etcétera.
- Promover la abreacción; es decir, promover la descarga emocional catártica en la cual el individuo se libera del afecto ligado al recuerdo de un acontecimiento traumático.





b) Primeros Auxilios Psicológicos.

Resulta sustancial identificar la diferencia que existe entre *Emergencia Psicológica* y *Crisis Emocional*, es muy común que se hable de manera genérica de “crisis emocional” o “crisis” cuando se pretende referir en realidad a una *Emergencia Psicológica*.

Bellak. y Small. (1988) consideran que la emergencia psicológica es un desequilibrio psicológico intenso provocado por sucesos ocurridos en el mundo externo del sujeto, que pueden ser de tal magnitud que provocan un avasallamiento de la capacidad del individuo para enfrentarlos.

Para Zellhuber. y Velázquez. (2005) la principal diferencia entre ambos conceptos es la siguiente: Tanto la emergencia psicológica como la crisis emocional pueden tener detonadores externos, sin embargo en el caso de la emergencia el detonador afecta POR IGUAL a todos los individuos. En la crisis emocional el detonador es PARTICULAR a la problemática psicológica previa de la persona y no uno que produzca crisis en todas las personas, es más una complicación que recrudece sintomatología presente con anterioridad.

La emergencia psicológica; por lo tanto, es derivada del mundo externo (una emergencia médica, notificación de la muerte de un familiar, un accidente automovilístico, un desastre, etc.) además de ser medible y cuantificable en tanto que se puede determinar (aunque sea de manera aproximada) el momento en que ocurrió y el evento o suceso que la desencadena o provoca.

Una vez entendida la diferencia entre un concepto y otro podemos hacer énfasis en la importancia de contar con personal entrenado en proporcionar los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) y reconocer que la adecuada y oportuna atención a una persona que se ha visto afectada por un desastre es fundamental para evitar o reducir la aparición de otras



afectaciones mayores como es una crisis emocional, trastorno por estrés post traumático e incluso alguna alteración psiquiátrica tomando como base que la elaboración adecuada de la emergencia psicológica permitirá un fortalecimiento y crecimiento de quien la enfrenta.

c) Intervención en Crisis

Para Slaikeu (1996) la Crisis Emocional es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

De igual manera podemos considerarla como una “Respuesta sistémica del individuo a un desequilibrio psicodinámico íntimamente relacionado con procesos del mundo interno inconsciente del sujeto” (Bellak., Small. 1988)

De esta manera la Intervención en Crisis se entiende como el “Proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a sobrevivir un suceso traumático de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas emocionales, daño físico) se minimizan y las probabilidades de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones de vida) se maximizan.

El objetivo de la Intervención en Crisis es reestablecer la confianza del individuo en sus habilidades para manejar las diferentes situaciones de vida, así como proporcionar nuevas herramientas y habilidades para la toma de decisiones vitales. La Intervención en Crisis promueve la elaboración inicial del duelo, la reorganización cognitiva del individuo y por lo tanto, su capacidad para replantear su situación a partir de los cambios sufridos.





Es preciso que el psicólogo tenga formación en diferentes modelos de Intervención en Crisis, no sólo los clásicos los cuales proviene principalmente de Norteamérica y Europa, sino los que han surgido de la experiencia de Latinoamérica y de México, que permitan tener una respuesta integral en un contexto socio antropológico e ideológico inherente a nuestra cultura y su cotidianidad con apego a usos y costumbres de cada comunidad.

d) Terapia Breve

Los modelos de Intervención en Crisis deben ajustarse a las necesidades y recursos disponibles, considerando que la mayor parte de los desastres tienen un carácter de urgencia y por lo tanto el número de sesiones es limitado.

Es la atención psicológica enfocada a que el usuario identifique soluciones, recursos y redes de apoyo que le permitan pensar y generar soluciones adecuadas para resolver la situación en que se encuentra; es decir, potencializar los recursos y capacidades para afrontar su situación, que identifique el momento de vida en el que se encuentra sobrepasado tanto por circunstancias externas (o internas). Con la posibilidad de resultar fortalecido de dicha adversidad bajo la perspectiva oriental de la crisis que es “la posibilidad de crecimiento”.

La duración del tratamiento de terapia breve puede ir de una a tres sesiones en situación de emergencia o desastre (debido a la carga de trabajo que prevalece en la zona de actuación del psicólogo en desastres y a la dificultad para establecer espacios y horarios de contacto estable con el usuario), en condiciones óptimas la media de permanencia del





usuario en proceso de atención psicológica (consulta) sería de 8 a 16 sesiones hasta su restablecimiento, aproximadamente de 2 a 4 meses a razón de una sesión por semana.

Según menciona Zellhuber. (2016) (fundadora y coordinadora general del programa APSIDE):

...”una crisis emocional “requiere de atención especializada proporcionada por psicólogos o psiquiatras entrenados específicamente en intervención en crisis. Típicamente se requerirían de 3 a 16 sesiones de terapia breve, y el objetivo terapéutico sería re-establecer el equilibrio psicoemocional; es decir, regresar al individuo al funcionamiento que tenía previo a la crisis. Es sabido que por las condiciones naturales de los desastres no es posible destinar más de una o máximo dos sesiones a una misma persona, por eso los especialistas deben contar con grandes habilidades para ayudar a la persona a iniciar el restablecimiento y orientarle para que continúe en un proceso terapéutico una vez que ha pasado el desastre.

En muchos casos la crisis es una oportunidad de aprendizaje que permite adquirir habilidades nuevas para la resolución de problemas”.

e) Clasificación y Diagnóstico en Psicopatología, DSMV

Es necesario contar con conocimientos de psicopatología, específicamente se recomienda el conocimiento del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) V*, APA (2014)



Para Zellhuber (2016) el tipo de crisis va a depender de las características psicológicas previas y particulares de cada individuo y el detonador estará relacionado con la patología pre-existente para ello propone que a una preexistencia de psicopatologías específicas corresponden detonadores específicos y respuestas concretas según el caso:

Esquizoide: El detonador será principalmente los cambios.

Reacciones: Aislamiento, Apatía, Temor, Disociación, Alucinaciones, etc.

Depresiva: El detonador será principalmente las pérdidas.

Reacciones: Tristeza, Falta de Energía, Ideación Suicida, Trastornos de sueño y alimentación, etc.

Paranoide: El detonador principal serán Agresiones injustificadas o la pérdida del objeto víctima.

Reacciones: Delirios, Ideas de referencia, etc.

Obsesiva: El detonador principal serán los fracasos.

Reacciones: Intento de resolver la situación por cualquier vía, obstinación por reparar los “daños”.

f) Habilidades para manejo de grupos en emergencia psicológica o crisis emocional.

El manejo de grupos implica un procedimiento psicológico que permite mitigar el impacto de la vivencia de un evento crítico o traumático por medio del cual se proporciona





información sobre las posibles reacciones psicológicas o emocionales derivadas de dicho evento. El manejo de situaciones tensionantes, en crisis o emergencias con masas, implica un conocimiento prioritario y fundamental para el trabajo de recuperación.

La intervención ante el grupo está dirigida a brindar privacidad y homogeneidad de los integrantes del grupo.

La privacidad tiene que ver con la posibilidad de compartir, conversar, resolver dudas, exponer temas y ayudar a expresar las emociones, dependiendo del número de integrantes del grupo y la preparación logística, la intervención puede ser solamente dirigida por el o los facilitadores (interventores) siendo la dinámica unidireccional (sólo los interventores hablan) o bien bidireccionales (se produce un intercambio variable entre interventores y afectados si el grupo no es numeroso y existe el tiempo y el espacio es adecuado para hacerlo). Se pretende en todo caso proporcionar “psico educación” sobre reacciones estereotipadas, principales afectaciones, principales temores, pensamientos, sensaciones, etc.

La “homogeneidad” tiene que ver con la similitud y cercanía de las personas que componen al grupo. Puede ser un grupo familiar donde todos se conocen, con un equipo de trabajo de respuesta a emergencias y desastres donde todos se conocen, o un grupo de desconocidos unidos de forma circunstancial por un incidente crítico.

Los objetivos principales son brindar información sobre los hechos del evento, explicar de manera clara y sencilla lo sucedido y hacer un control; en medida de lo posible, de rumores e información distorsionada de lo sucedido y las reacciones esperadas a partir del evento.





Proporcionar reaseguramiento: informar qué se puede esperar emocionalmente del suceso, generalmente sirve el saber que las sensaciones y emociones vividas a partir del evento son temporales y poco a poco las personas podrán retornar a su vida cotidiana. Es importante no minimizar las reacciones, descalificarlas o mencionarlas como inadecuadas.

Dirección específica: qué acciones hay que realizar, cuándo y quién debe hacerlas. Retornar la responsabilidad de reconstruir el tejido social y las redes de apoyo sin ser impositivo.

Motivación: Es la forma de un intento para inspirar psicológica y emocionalmente a aquellos responsables por desarrollar directivas, mencionando la importancia de las mismas. Un sentimiento de conexión y apoyo: que aumentará la cohesión grupal.

g) Habilidades de Notificación y rituales de Muerte.

Tener conocimiento en manejo de las malas noticias de una manera positiva, que permita a los afectados canalizar sus emociones de una manera llevadera y manejable. Considerando los rituales de muerte que los afectados profesen, respetando ideologías y creencias, como un factor importante de su espiritualidad.

Este servicio psicológico requiere de especial entrenamiento, preparación y sensibilidad para realizarlo, es de suma importancia que el terapeuta o equipo de trabajo haya confirmado y agotado todos los recursos para contrastar la información y contar con la certeza cuando se realiza una notificación de este tipo y esté preparado para reacciones estereotipadas de negación, posible agresividad y manifestaciones paroxísticas de las emociones ante la pérdida.





Personalmente he tenido que asumir la responsabilidad de realizar notificaciones de la pérdida de familiares y seres queridos para familias y comunidades enteras. Mi principal herramienta ha sido mostrarme sensible y respetuoso a la situación.

Me he visto en la necesidad de presenciar y acompañar a las familias o comunidades en sus procesos rituales de “despedida”, en todos los casos he sido testigo presencial del poder que tiene el fortalecimiento de las redes de apoyo para cada persona que atraviesa por esta circunstancia y la dificultad que enfrentan aquellas personas que no cuentan con tales redes o que éstas son deficientes.

h) Resiliencia.

La tendencia mundial en términos de desastres se centra en promover la resiliencia en las personas y en las comunidades, no sólo como una estrategia innovadora sino como una propuesta de promoción verdadera que permite aprovechar las fortalezas humanas y vincular los esfuerzos de las personas hacia un futuro más esperanzador aún en la adversidad (Cyrulnik, 2003)

Considero que la resiliencia no es un fin sino una hoja de ruta por medio de la cual puedo saber que independientemente de a dónde me dirija, ese destino debe estar fortalecido por el crecimiento y conocimiento para poder enfrentar nuevos desafíos.

Las personas que han enfrentado diversas adversidades a lo largo de su vida, y se han esforzado en primera instancia por resistir como principio de la resiliencia para posteriormente sobresalir a ellas y poder aprovechar las experiencias a su favor, son aquellas que generalmente crean las condiciones necesarias para brindar apoyo adecuado ante tales situaciones adversas. Dicho de otra manera, es difícil que alguien que no está





acostumbrado a enfrentar y resolver problemas pueda guiar a otros hacia una recuperación pronta y adecuada; esto es, el principio de la congruencia al cuál también se refiere el estudio de la resiliencia.

i) Psicología Positiva.

Es preciso que el Psicólogo en emergencias tenga el conocimiento de la psicología positiva, la nueva tendencia sobre el estudio e investigación de las 24 fortalezas humanas de Selligman (2003).

Una máxima personal que me gustaría compartir (de mi autoría) es que “la resiliencia no se crea ni se destruye, sólo se fomenta” con ello pretendo explicar que gracias a los diversos factores que influyen ante una situación dada (cualquiera que esta sea), las herramientas y habilidades con las que se cuenta, el apoyo de otros seres humanos y una actitud proactiva (no siempre positiva o entusiasta) es posible salir adelante de cualquier adversidad. Ese ha sido mi caso.

3. Conocimientos Metodológicos.

En este apartado se presenta el Contenido metodológico y práctico que se propone debe tener el psicólogo en emergencias, se fundamenta en el trabajo del programa de Atención Psicológica en Desastres APSIDE, La Comunidad Latinoamericana en Resiliencia (Montoya, 2006) y la Federación Internacional de Cruz Roja y Media Luna Roja (2014).





a) *Barrido comunitario y de refugios temporales.*

Implica la estrategia de evaluación psicosocial acorde las condiciones propias de los refugios temporales, albergues o zonas de desastre, permite reconocer las necesidades de apoyo psicológico individual y grupal, así como detectar a grupos vulnerables o de impacto.

El *Barrido Comunitario* es una técnica derivada de la psicología social cuyo nombre original es *vagabundeo*, adaptado a la psicología de desastres, el barrido implica que una brigada de psicólogos haga contacto inicial con la comunidad, albergue o refugio temporal, acudiendo casa por casa, familia por familia o grupo por grupo para explorar a partir de charlas “informales” la situación emocional en la que se encuentran a partir de un evento traumático (desastre), preferentemente se busca que sea en individual o pequeños grupos, preguntando también qué tipo de ayuda han recibido por parte de las instituciones, cuáles son sus necesidades más inmediatas a resolver, cuáles son sus principales preocupaciones y saber qué están haciendo para salir de la situación que viven en ese momento o si simplemente están esperando a que las instituciones o terceros resuelvan tal situación.

De igual manera se explora; de forma sencilla y en términos y conceptos muy coloquiales y familiares a la cultura, la presencia de psicopatologías inherentes o esperables posterior al desastre (como híper sexualización de las relaciones interpersonales, incremento en los niveles de ansiedad, agresividad, aislamiento, aplanamiento emocional, etc.)

Esta exploración inicial puede dar a la brigada una visión real de las necesidades más urgentes en la población y de esa manera poder programar su trabajo en la zona, planear el tiempo de estancia o trabajo en la comunidad, programar carga de trabajo para las brigadas que pudieran estar en la comunidad posteriormente e incluso determinar que no





es necesario mayor trabajo en dicha comunidad y redirigir a otras brigadas y/o recursos a otro lugar en la misma zona o hacia otra.

Mientras se realiza el barrido comunitario, es muy común que se inicie a proporcionar las primeras intervenciones individuales.

b) Atención a grupos de Respuesta (formales o especializados e Informales o población en general)

Es el trabajo que se realiza con los profesionales de la emergencia, tanto los institucionales como las Organizaciones no gubernamentales y la población en general que se han dedicado a auxiliar a otros.

Ante un evento de emergencia o desastre es necesario también proporcionar atención a aquellos grupos que previamente están conformados para brindar socorro a la comunidad (personal de Cruz Roja, Protección Civil, Bomberos, Policía y Fuerzas Armadas, otros equipos de primera respuesta como Brigada de Rescate Topos Tlatelolco, etc.) y aquellos que de manera espontánea o enviados por alguna autoridad (sin conocimientos o entrenamiento previo) se organizan para ayudar en las labores de rescate, remoción de escombros, búsqueda de cuerpos y personas, etcétera.

En éstos términos, dichos grupos son considerados como víctimas en segundo grado, en principio de cuentas por estar presenciando de manera directa el sufrimiento de otros seres humanos, la devastación de un entorno físico en topografía y paisaje, etc. largas jornadas de trabajo extenuante, sobre demanda de atención por parte de la población afectada, etcétera.





La atención a éstos está fincada principalmente en proporcionarles un espacio de identificación de los niveles de estrés; en esencia, que puedan detectar aquellos momentos en los que su nivel de tolerancia está siendo rebasado, poder identificar que lo que están pensando y sintiendo es inherente a la situación y poder realizar una descarga emocional en un espacio de contención seguro y aislado de la comunidad a la que están sirviendo. El principal modelo empleado para ello es el del *Critical Incident Stress Management (CISM)* propuesto por Mitchel. (2003), llevando a cabo sesiones de *debriefing* para cada grupo de respuesta por separado o personal que realizó (más o menos) las mismas labores de rescate en una zona determinada.

c) Atención individual en emergencia psicológica o en crisis emocional.

Aquellos casos en los que se requiere una asesoría individualizada por el carácter de urgencia – emergencia psicológica- o a solicitud expresa de los afectados y aquellos casos que requieran un seguimiento producto de una crisis circunstancial o de desarrollo.

La atención individual consiste principalmente en realizar contacto psicológico con la persona afectada por un evento traumático, proporcionando los *Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)* cuando ésta se encuentra en *emergencia psicológica* y realizando una valoración rápida de su estado emocional para determinar si con dicha intervención y sus recursos personales podrá hacer frente a la situación que prevalece.

Cuando; aunado a la situación de desastre o emergencia, la persona cuenta con un cúmulo de circunstancias de historia inmediata previa o de mucho tiempo atrás que no han sido resueltas de manera favorable (pobreza o dificultades económicas, ausencia de una visión esperanzadora de la vida, conflictos familiares, problemas de salud personal o





familiar, problemas en su relación laboral, afectiva, social u otras, etc.), es posible que la *Emergencia Psicológica* causada por el evento desencadene recrudezca una *Crisis Emocional* dando como resultado la necesidad de proporcionar *Intervención en Crisis* lo cual implica destinar más tiempo para realizar un análisis más profundo de la correlación entre su situación previa al desastre y éste (explorando las diferentes esferas de funcionamiento de la persona en términos del *Modelo CASIC* propuesto por Slaikeu. (1996) < esfera o área Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal y Conductual >) además de proporcionar “canalización” (referir) a dicha persona a una instancia que le pueda proporcionar atención especializada de terapia breve o de corto plazo (segundo nivel de intervención) e incluso que le pueda brindar atención de mediano y largo plazo según lo requiera y sea posible.

Muchas de las ocasiones y por la condición de carencias en las estructuras institucionales, falta de personal u otros, a las personas en esta condición no les es posible acceder a ese tipo de atención psicológica.

d) Trabajo de duelo y aflicción.

Se dará especial atención para el trabajo de duelo producto de las pérdidas humanas y de las pérdidas de otra índole –materiales o sociales-.

El *Trabajo de Duelo* consiste en hacer un *Acompañamiento* a la persona o a la comunidad para que inicie con el proceso de asimilación de la pérdida o pérdidas ocasionadas por el desastre.

Esto puede incluir desde hacer la notificación de muerte de un familiar o ser querido, apoyarles y acompañarles en la identificación del/los cuerpo/s, hasta el



acompañamiento de las ceremonias cívico – religiosas según el deseo y necesidad de los deudos.

e) Pacientes de alto riesgo (agresividad, suicidios y psiquiátricos).

Todos aquellos casos que requieren de una atención mayúscula en términos de seguridad para los afectados y los demás – profesionales-, implica una capacidad de respuesta adecuada y acorde a la situación que proteja la dignidad de las personas y de sus familias.

En general podemos considerar como pacientes de alto riesgo aquellos que por su condición emocional estén en la posibilidad de generar daño (lesiones o incluso la muerte propia o de alguien más) o poner en peligro su integridad o de las personas a su alrededor y/ o que se encuentren en un estado alterado de conciencia lo cual dificulte su capacidad para razonar, atender a indicaciones de personal de atención psicológica u otras instituciones de asistencia en caso de emergencia y desastre, atender a las recomendaciones de sus propios familiares o de la comunidad en general y que requieran de la atención o custodia de autoridades de seguridad pública o en su defecto de autoridades de salud que puedan dar el manejo adecuado incluido el internamiento psiquiátrico o medicación hasta restablecerle a una condición de autocontrol y que no pongan en peligro a su persona o a los demás.

Los protocolos específicos para estos casos implicará siempre como objetivo terapéutico:

- Detener el impulso suicida u homicida. Lograr una canalización a una terapia especializada cara a cara y/o a psiquiatría.





- Evaluar si existe riesgo para la integridad del sujeto. Evaluar si ha consumido alguna sustancia que altere su estado de conciencia debido a que en éste caso no tendrá ningún objeto intentar un razonamiento lógico o llegar a acuerdos con el sujeto. Lo más importante y urgente será buscar una red de apoyo que lo pueda auxiliar una vez que haya salido de dicha condición.

Los criterios de aplicación son:

1. Cuando el usuario expresa manifiestamente su deseo suicida u homicida
2. Cuando en la intervención inicial se detecta ideación o planeación suicida u homicida.
3. Cuando el usuario ha consumido sustancias químicas que alteran su funcionamiento mental.

Se realiza en sesión única con una duración máxima de 3 horas cuando no existe una autoridad que pueda atenderle o contenerle de inmediato y/o trasladarle de manera segura a alguna institución donde pueda ser contenido de manera física

El formato de atención será siempre de Primeros auxilios psicológicos, individual, sin confrontaciones con sus nivel de razonamiento y siempre con la observación estricta de la seguridad de quien interviene, de la persona atendida y de otras personas que pudieren estar auxiliando como es algún familiar, alguna autoridad o representante de la fuerza pública u otro profesional que brinde su apoyo.





4. Habilidades y competencias.

Como profesional de las emergencias es deseable que se cuente con las siguientes habilidades de supervivencia, atención y manejo de situaciones tensionantes y de riesgo.

a) Campismo y supervivencia.

Habilidades propias de sobrevivencia, que aseguren una capacidad de adaptación a diferentes contextos.

En el ejercicio de mi profesión como psicólogo en desastres he tenido que aplicar mis habilidades personales como el campismo, el gusto por largas caminatas en medios agrestes (como montaña, selva, costa y desierto), aplicar habilidades de negociación con personas que hablan alguna lengua indígena y muy limitado español o que su idioma es distinto al mío.

He recibido instrucción en campamentos de supervivencia y actividades de adiestramiento para incursión en terreno agreste, lo cual me permite soportar largas jornadas con alimento limitado y extenuante trabajo, mucho cansancio físico y condiciones precarias de descanso.

Siempre me ha gustado el campo y el contacto con la naturaleza, poder establecer largas charlas con personas del medio rural / campesino y entender o apreciar sus valores y dinámica contrastantes con la ciudadana. He descubierto en mí la facilidad para adoptar acentos y el empleo de términos y modismos de los lugareños donde me desempeño sin parecer poco auténtico o falso, lo que me ha permitido un rápido contacto con líderes comunitarios y las personas lugareñas en general.





b) Eutrés y tolerancia a la frustración.

El manejo positivo del estrés (Eu = bueno) para impulsar el trabajo y no para detenerlo, además de un nivel aceptable del manejo de la frustración propios del desastre.

El concepto de tolerancia a la frustración fue pilar de la capacitación que recibí en los tres diplomados de psicología de emergencias y desastres que he cursado en APSIDE, previo a la salida al primer operativo de desastre hubo una preparación emocional sobre los posibles escenarios a los que puede enfrentarse el equipo de respuesta y atención psicológica.

Entender que muchas de las comodidades que se viven en la vida cotidiana en el medio urbano, son construcciones sociales de las cuales se puede prescindir, me ha ayudado a no necesitar de ellas; aunado a ello, comprender que mis limitaciones o incomodidades son temporales o pasajeras cuando estoy en operativo de desastre y que muchas de las carencias que vive una comunidad afectada por eventos traumáticos son constantes e incluso permanentes me permite mitigar todas esas carencias.

Por otra parte el empeñarme en ser congruente entre la teoría de salud mental que profeso y el adecuado manejo del estrés me han permitido identificar mis propios estresores y con ello poder hacer el adecuado manejo de aquellas situaciones que me compete atender o gestionar y al mismo tiempo entender que aquello que no está en mis manos resolver no debe ser factor de estrés o impedimento para desempeñarme en mi profesión.

Programar jornadas lógicas de trabajo combinadas con los respectivos tiempos de descanso e implementar técnicas auto inducidas de relajación y respiración, manejo adecuado del tiempo libre y realizar religiosamente las sesiones de debriefing (y defusing cuando son necesarias) para descargar los residuos emocionales de manera preventiva.





Hacer una diferenciación entre las cosas que puedo resolver en el momento y las que no pueden ser atendidas o resueltas por mí en el momento, me ayuda a no prestar atención a ellas.

c) Negociación y toma de decisiones.

Habilidades de Negociación en situaciones de adversidad y la toma de decisiones en momentos complicados, así como habilidades de pensamiento.

En general el Psicólogo de Desastres debe identificarse con el modelo de “colaborador” en la mediación para la resolución de conflictos; es decir, asumir la postura de “ganar – ganar” para que las partes involucradas en una negociación no se sientan vulneradas al ceder ante el/los otros y con ello pueda obtener una sensación de control sobre la circunstancia y de satisfacción a sus necesidades.

En contraste, cuando se trata de una situación de violación a los derechos humanos de otros (o los propios) o de violencia, siempre debe mostrarse determinante en no permitir que suceda o en su defecto poder alejarse y alejar a las personas afectadas de la situación o actores que lo está propiciando.

La toma de decisiones siempre deberá estar en torno de la optimización de los recursos humanos y materiales / económicos para alcanzar los objetivos planteados para la operación.

Es importante destacar que la toma de decisiones siempre debe tener la perspectiva de cuidar la integridad física y emocional de las personas que le rodean, no poner en riesgo a los integrantes de la brigada de atención o la propia ni la misión encomendada. Fuera de ello las decisiones siempre son aplicables según el contexto, recursos y situación en la que se encuentre.





d) Adecuada respuesta emocional ante emergencias, crisis o situaciones tensionantes.

El manejo de las emergencias, crisis o de situaciones de alto estrés del profesional de la psicología, debe proyectar en los demás el mensaje de estabilidad aún en momentos críticos.

La respuesta siempre debe ser controlada, antes de responder a cualquier situación aplicar como práctica mecanizada el tomar un breve instante (una fracción de segundo) para respirar profundo y entender o tratar de entender claramente lo que se está presenciando, escuchando, o viviendo para responder de la manera más óptima a ello o ponerse a salvo ante tal situación.

e) Liderazgo.

El Psicólogo en Desastre debe contar con habilidades de liderazgo, aprender a delegar y guiar de manera positiva a los subordinados, fomentando la comunicación y confianza.

debe ser un líder incluyente, que tenga gran agrado por mostrar y enseñar a los demás lo que ha aprendido y de esa manera facilitar la adquisición del aprendizaje a las personas que se encuentran colaborando con él, que muestre ser respetuoso y sensible al pensar y sentir de las/los brigadistas que le acompañan a operativo, siempre esforzarse por recoger todas las opiniones de los que le rodean, escuchar sus inquietudes y críticas pero también exigir propuestas de mejoría. En términos generales el perfil adecuado puede considerarse como el líder conciliador, que nunca dude en asumir consecuencias e incluso disgustos cuando así lo considere necesario. Que le sea fácil delegar responsabilidades





considerando que los miembros de su equipo cuentan con todas las herramientas y capacidades para asumir las responsabilidades encomendadas o en su defecto ocuparse de dotarlos de dichas herramientas para que lo hagan.

f) Trabajo colaborativo.

Reconocer lo fundamental que es el fomentar el trabajo en equipo y de manera colaborativa. Canalizar los esfuerzos a un propósito en común.

El Psicólogo de Desastres debe mostrar agrado por compartir con otras personas, ya sea aquellos que tienen una profesión similar a la suya o quienes provienen de otras áreas, siempre procurar ser incluyente y no ser tan protagonista en la planeación o proyección de tareas, cuando es necesario ir a la acción, generalmente terminará involucrándome en la mayoría de los aspectos de la tarea a resolver, deber resultarle fácil delegar pero al mismo tiempo estar enterado y /o aprender cómo se desempeñan otros en otras áreas.

g) Fortalezas Humanas.

Ser una persona en la que se reconozcan las fortalezas como perspectiva, persistencia, integridad, inteligencia social, imparcialidad y equidad, autocontrol y gratitud, son claves para poder brindar apoyo psicosocial en situaciones de desastre.

Desde la perspectiva de la psicología positiva que plantea Seligman. (2003), el Psicólogo en Desastres ha de identificarse principalmente con la virtud del *Coraje*, teniendo como principales fortalezas la persistencia, la integridad y la vitalidad.





Además de estar permeado por la Humanidad (Amor, Generosidad e Inteligencia Social) no es por casualidad que la Humanidad sea uno de los principios fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja.

Otros puntos que considero convergentes con las herramientas requeridas para el trabajo en desastres son (como fortalezas): Perspectiva, Liderazgo, Prudencia, Autocontrol y la Esperanza.

3.3 Comentarios Finales.

Toda labor del Psicólogo en Desastres debe estar respaldada por el trabajo multidisciplinario y acorde a los programas de atención de la *zona de desastre*, no se trata de sustituir actividades o funciones, sino de enriquecer el trabajo de recuperación a través de la promoción de factores resilientes y de salud mental en los afectados. Así, el objetivo del psicólogo al brindar atención psicosocial posterior a un desastre, es que la persona se restablezca a su condición de funcionamiento básico y paulatinamente, por sus propios recursos, se re incorpore a su vida cotidiana. En este sentido se dice que ninguna persona retorna a su vida “normal” después de un desastre, pero que sí es posible que retorne a la vida cotidiana siendo de nueva cuenta funcional e incluso resulte fortalecido de esa adversidad, esto es considerado como un principio de la resiliencia.

El Psicólogo en Desastres tiene la responsabilidad y compromiso de mostrar la importancia de su trabajo a partir de una adecuada preparación y formación, evitando deformar la imagen del apoyo psicosocial ante los desastres al pretender brindar apoyo de manera improvisada, por ejemplo, es común que se piense que el psicólogo está para





“cuidar a los niños” y no para apoyar emocionalmente o acompañarles en el proceso emocional de la experiencia del desastre.

Aunado a esto, desafortunadamente suele suceder que en muchos casos entre el personal y funcionarios de otras disciplinas que tienen a su cargo algunos procesos de respuesta y atención en la cadena de restablecimiento ante los desastres, existe la falta de visión de la importancia que conlleva el que la población afectada reciba de manera oportuna atención a la salud mental, obstaculizando de esta manera el trabajo del Psicólogo en Desastres y negando la oportunidad de que la población afectada reciba dicha atención por lo que el proceso emocional y de restablecimiento será más lento y en algunos casos incluso derivarían en afectaciones mayores cuando podrían haberse evitado con una intervención menor pero no menos importante y puntual.

Por lo anterior es importante que el Psicólogo en Desastres no sólo limite su actuación al periodo inmediato posterior al evento, sino que se involucre y participe en todos los momentos inherentes al desastre, principalmente en aquellos que implican la prevención y mitigación de riesgos, sensibilización y concientización sobre las vulnerabilidades de cada comunidad que pudiere verse afectada por diferentes fenómenos, así como los *equipos de primera respuesta* quienes en su correspondiente momento actuarían en tales situaciones y quienes suelen concentrar altos niveles de estrés derivados de acción en la zona.

Finalmente cabe mencionar que esta propuesta de perfil también puede ser incluyente para otros profesionales que estén vinculados con el tema y que no son psicólogos (pedagogos, técnicos en urgencias médicas, bomberos, médicos, enfermeras, etcétera), mismos que en determinado momento; al hacer el primer contacto con los damnificados, realizan actividades similares aún sin una estrategia definida. De su formación especializada que les dote de técnicas y estrategias acordes al apoyo psicosocial





dependerá la posibilidad de que puedan proporcionar los *Primeros Auxilios Psicológicos*, sin que ello implique que tomen en propia mano la atención específica que demanda de una formación y especialización fundamental como lo es la licenciatura en psicología; es decir, esta propuesta no pretende que los profesionales de otras áreas se conviertan en “terapeutas” o que vayan a dar “terapias”.



C onclusiones

“La mejor herramienta de trabajo de El Psicólogo en Desastres es: Él mismo ”

-Fredy Tadashi Damián Dorantes-

Resulta de suma importancia considerar que no obstante la capacitación teórica que pueda adquirir todo aquél profesional de la psicología orientado a proporcionar atención en situaciones de desastre, es necesario contar con un perfil profesional y personal cuyas características proporcionen principalmente flexibilidad en la ejecución de sus funciones en el campo de acción; es decir, la *zona de desastre*.

Es necesario que el Psicólogo en Desastres se plantee objetivos terapéuticos y/o de acción que se adecuen a la realidad a la que se enfrenta en el ámbito de cada evento, pues cada desastre será único e irreplicable sin importar la similitud de sus características geográficas, de definición técnica, población afectada, recursos destinados, etcétera. Debe ser consciente de que el éxito de su misión dependerá en gran medida de sus propias habilidades, recursos, experiencia, disposición a enfrentar retos y una gran sensibilidad humana, aunado al entrenamiento teórico metodológico con el que cuente.



En mi experiencia he tenido la oportunidad de participar en emergencias o desastres como huracanes, inundaciones, lluvias atípicas y torrenciales, sismos, amenazas de erupción volcánica, explosiones de gas, conflictos sociales emergencias aéreas y otros. En diversas ocasiones me ha correspondido ser jefe de brigada o coordinar operativos de inicio a fin, he coordinado o sido responsable de equipos de trabajo de diferentes instituciones tanto en campo como intervención psicológica de consulta en gabinete, elaborado protocolos de atención específica en diferentes ámbitos de la psicología. Es por ello que puedo constatar la importancia de contar con un entrenamiento apropiado y a la altura de las exigencias que cada situación presenta; no sólo ello, he tenido también que hacer uso de recursos personales como la creatividad, tolerancia a la frustración, capacidad de adaptación ante distintas situaciones y condiciones, etc.

Finalmente, gracias a la preocupación y estrecho cuidado de la salud mental que el Programa de Atención Psicológica en Desastres proporciona en congruencia con lo que aquí se ha planteado se puede corroborar que cuando se tiene una planeación y definición de objetivos de formación profesional específicos se pueden alcanzar las metas que se persiguen, dando como resultado que tanto las poblaciones atendidas como los psicólogos que en ellas han intervenido se vean favorecidas en crecimiento personal y humano.



Bibliohemerografía

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). 4a. ed., American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) V. México, Panamericana.
- Araya, C. (1992). Psicoprevención y Psicología de la Emergencia. Editorial Kartel, Santiago, Chile, Séptima edición 1999.
- Ballesteros, S. y García, B. (1995). Las distintas teorías psicológicas. En Ballesteros, S. y García, B. *Procesos psicológicos básicos*. Madrid: Editorial Universitas. Pp. 4-26.
- Barra-Almagia, E. (2008). Influencia del estrés y el ánimo depresivo sobre la salud adolescente: análisis concurrente y prospectivo. *Universitas Psychologica*. 8, 175-182.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 11(3), 125-146.
- Bellak. L., Small. L. (1988) Psicoterapia Breve y de Emergencia. México. Ed Pax México.



- Benegas, J. Pacheco, T. Condés, M. López, M. Ajates, B. y Perez, E. (2007). Dispositivo de atención psicológica tras el atentado de la terminal 4n el aeropuerto de Barajas de Madrid. *Psicología sin fronteras*. 2, (1), 13-24.
- Beristain, M. y Doná, G. (1997). Enfoque Psicosocial de la Ayuda Humanitaria. Universidad de Deusto, Bilbao.
- Bronisch, T., Maragkos, M., Freyer, C., Müller, A., Butollo, W., Weimbs, R., y Platiel, P. (2006). Crisis Intervention after the Tsunami in Phuket and Khao Lak. *Crisis*, 27, 42–47.
- Campillo, M. Rivas, A. Luna, A. y Esteban, B. (2004). ¿Qué pueden hacer los psicólogos en una situación de desastre? *Enfermería Global*. No. 4, 1-13.
- Campuzano M, Et. Al. (1987) *Psicología Para Casos De Desastre*. México. Ed Pax México.
- Cano, M. A., Iruarrizaga, I., González, H. y Galea, S. (2004). Consecuencias psicológicas de los atentados del 11-M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en la población general. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3) 163-179.
- Cohen, R. E. (1999). *Salud Mental para Víctimas de Desastres. Guía para Instructores*. México: Manual Moderno.
- Cohen, R. E. y Ahearn, F. L. (1989). *Manual de la Atención de la Salud Mental para Víctimas de Desastres*. México: Harla.
- Comfort, L. K. (2001) *La crisis como oportunidad: el diseño de redes de acción organizativa en situaciones de desastre. Consecuencias Psicosociales de los Desastres: La Experiencia Latinoamericana*.





- Comité Permanente entre Organismos (IASC). (2007). Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes. Ginebra: IASC. Recuperado de: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2008/6410.pdf>
- Cortes, E. (2000). La enseñanza de la gestión del riesgo mediante el uso de ejemplos cotidianos. *Conferencia Virtual Teoría y Práctica de las Ciencias Sociales en situaciones de riesgos y catástrofes*. Dirección General de Protección Civil de España – Centro Europeo de Investigación Social en Situaciones de Emergencia, CEISE.
- Crocq, L. (2002). Equipos especiales para intervención médica / psicológica en víctimas de desastres. *Word Psychiatry*.1, (3), 154-155.
- Cyrułnik, B. (2003). Los patitos feos. Barcelona. Gedisa.
- Diario Oficial de la Federación (2013). PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-005-SEGOB-2012, Acciones de recuperación.- Atención a la salud psicosocial en caso de emergencia o desastre. Publicado el 02 de Septiembre de 2013 [http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312504&fecha=02/09/2013]
- Ehlers, A., y Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 38, 319–345.
- Everstine, D. y Everstine, L. (1993). The trauma response: treatment for emotional injury. Nueva York: W. W. Norton and Company.



- Federación Internacional de Cruz Roja y Media Luna Roja (2014). Apoyo psicosocial. Ginebra. Disponible en <http://www.ifrc.org/es/introduccion/health-activities/apoyo-psicosocial/>
- Federación Internacional de Cruz Roja y Media Luna Roja(2000) Informe Mundial de Desastres 1999. Ginebra. FICRMR.
- Federación Internacional de Cruz Roja y Media Luna Roja(2011) Informe Mundial de Desastres 2010. Ginebra. FICRMR.
- Figuroa, R., Marín, H., y González, M. (2010). Apoyo Psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metanálisis. *Revista Médica de Chile*, 138, 143-151.
- Florig, H., Morgan, M., Morgan, K., Jenni, K., Fischhoff, B., Fischbeck, P. y Dekay, M. (2001). Un método deliberativo para clasificar los riesgos: Desarrollo y Revisión de pruebas. *Análisis de Riesgo, Revista Internacional*. 21(5).
- Fritz, L. E. (1961). Disaster. En Merton, R. K. & Nisbet, R. A. *Contemporary Social Problems*. New York: Harcourt.
- Galindo, E. (2010). Intervención de psicólogos de las UNAM Iztacala después de los sismos de 1985 en México. México, Amapsi.
- García Renedo, M., Gil Beltrán, J. M. y Valero Valero, M. M. (2007). *Psicología y desastres*. Colección Cooperació i Solidaritat, vol. 6. Castellón: Universitat Jaume I.
- Garvin, T. (2001). Paradigmas Analíticos: Distancias Epistemológicas entre los Científicos, los Formadores de Políticas y el Público. *Análisis de riesgos, Revista Internacional*, 21(3), 443-445.



- Giannopoulou, I., Dikaiakou, A., & Yule, W. (2006). Cognitive-behavioural group intervention for PTSD symptoms in children following the Athens 1999 earthquake: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 11, 543-553.
- Goleman, D. (1998). La práctica de la inteligencia emocional. La casa del libro, México.
- Gómez, L. (1995). Masas, emergencias y desastres colectivos. En Gómez, L. & Canto, J. *Psicología Social*. Madrid: Eudema.
- Grzib, G., y Briales, C. (1996). Conductismo y cognitivismo. En Grzib, G. y Briales, C. *Psicología general*. Madrid: Centro de estudios Ramón Areces S.A. (pp. 39-50).
- Heather, N. (1995). Las estrategias de intervención breve. En: Hester, R. y Miller, R. *Manual de Enfoques del Tratamiento del Alcoholismo: Alternativas Eficaces*. New York: Pergamon Press. pp 105-122.
- Humenay, Y. Mitchell, M. Witman, M. y Taffaro, C. (2010). Síntomas de Salud Mental en la Juventud Afectada por el Huracán Katrina. *Psicología Profesional: Investigación y Práctica*. 41 (1), 10 - 18.
- IASC (2007). Inter-Agency Standing Committee. Obtenido el 21 de noviembre de 2016 de: <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/>
- Iniciativa México. (2011). Programa de Atención Psicoemocional Especializada a Víctimas. Disponible en: http://www.iniciativamexico.org/perfiles/programa_de_atencion_psycoemocional_especializada_a_victimas/
- Keane, T. y Wolfe, J. (1990). Comorbidity in post-traumatic stress disorder: an analysis of community and clinical studies. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(21), 1776-1788.





- Kotliarenco, M., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997). Estado de arte en resiliencia. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- La Greca, A. Sevin, S. y Sevin, E. (2008). Después de la tormenta: Una guía para ayudar a los niños a sobrellevar los efectos psicológicos de un huracán. Recuperado de: http://www.7-dippity.com/other/op_storm.html
- La Greca, A., Silverman, W., Vernberg E., y Prinstein, M. (1996). Symptoms of posttraumatic Stress in Children After Hurricane Andrew: A Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 4. 712-723.
- La Greca, M. y Silverman, W. (2009). Tratamiento y prevención de las reacciones de estrés postraumático en niños y adolescentes expuestos a desastres y terrorismo: ¿Cuál es la evidencia? *Perspectivas de Desarrollo Infantil*. 44, (3), 4 - 10.
- Livanoua, M. Kasvikisb, Y. Başoğlua, M. Mytskidoub, P. Sotiropouloub, V.Spaneab, E. Mitsopouloub, T. y Voutsab, N. (2004). Socorro psicológico relacionado con el terremoto y factores asociados 4 años después del terremoto de Parnitha en Grecia. *Psiquiatría europea*. 20, (2), 137 – 144.
- Lopez Ibor, J. J. (2004). Disasters and mental health. Nueva York: Wiley.
- Lopez, J. y Valdés, M. (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masso.
- Lorenzo, A. (2008). Teoría y prácticas en actividades de preparación psicosocial para emergencias y desastres en Cuba y América Latina. *Presentado en Congreso Nacional de Innovaciones en Psicología y Salud Mental*. Colombia





- Losada, P. (2006). Función y perfil profesional del psicólogo como recurso humano en catástrofes. *Presentado en 15 Conferencia Internacional de Psicología de la Salud Psicosalud.*
- Malmquist, C. P. (1986). Children who witness parental murder: posttraumatic aspects. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 320-325.
- Mardomingo, M. (1994). Trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y adolescencia. *Psiquiatría del niño y del adolescente: Método, fundamentos y síndromes.* Madrid: Díaz de Santos; 315-47.
- Margolin, G. Ramos, M y Guran, E. (2010). Terremotos y Niños: El Papel de los Psicólogos con Familias y Comunidades. *Psicología Profesional: Investigación y Práctica.* 41 (1), 1-9.
- Marín, H. (2002). Intervenciones en Psicología de la Emergencia. Cuerpo de Bomberos de Santiago, Chile.
- Martínez Gómez, C. (2004). Importancia de los factores protectores para la salud mental infante juvenil en emergencias y desastres. Recuperado de : [http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/importance-de-los-factores.pdf]
- McNally, R. Bryant, R. y Ehlers, A. (2003). ¿La intervención psicológica temprana promueve la recuperación del estrés postraumático? *Ciencias Psicológicas en el Interés Público.* 4, 45 - 79.
- Meichenbaum, D. (1994). Tratamiento de clientes con trastornos de estrés postraumático: Un enfoque cognitivo-conductual. *Revista de Psicoterapia.* 5, 5- 84.





- Mitchell, J. (2003). Crisis intervention & CISM: A research summary. Recuperado de: <https://www.icisf.org/wp-content/uploads/2013/04/Crisis-Intervention-and-CISM-A-Research-Summary.pdf>
- Montelongo, M. (2001). Propuesta de intervención psicológica para casos de desastre. México: Tesis de Licenciatura, UNAM, FES Zaragoza.
- Montoya, J. (1997). Psicología y desastres: Una aportación Teórica-Práctica. México: Tesis de Licenciatura, UNAM, ENEP Iztacala.
- Montoya, J. (2000). Proyecto Bordando mi Volcán. México, D.F., Cruz Roja Mexicana. Manuscrito no publicado del Programa de Atención Psicológica en Desastres APSIDE.
- Montoya, J. (2006). Operativo huracán Stan; Brigada de Apoyo Psicosocial. Tapachula Chiapas. Comunidad Latinoamericana en Resiliencia.
- Montoya, J. (2006b). Resiliencia Infantil Chiapaneca: guerra y Desastres. En: Chiapas de la Guerra a la Paz. México: Universidad de Guerrero. En prensa
- Montoya, J. (2013) Manual de Intervención en Crisis. México: Comunidad Latinoamericana en Resiliencia.
- Myers, D. (2006). "Disaster response and recovery: a handbook for mental health professionals." Monterey, California.
- Narváez, M. Trujillo, S. y Vergara, D. (2012). Aspectos psicológicos de la intervención ante los desastres naturales.
- Nietzel, M., Bernstein, D. y Milich, R. (1998). Introduction to clinical psychology. Nueva Jersey: Prentice Hall International.





Norma Oficial Mexicana (2013) PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-005-SEGOB-2012, Acciones de recuperación.- Atención a la salud psicosocial en caso de emergencia o desastre. Publicada el 2-9-2013.

North, C., Tivis, L., McMillen, J., Pfefferbaum, B., Spitznagel, E., Cox, J., Nixon, S., Bunch, K., y Smith, E. (2002) Psychiatric disorders in rescue workers of the Oklahoma City bombing. *American Journal of Psychiatry*. 157, 857–859.

Onder, E. Tural, U. Aker, T. Kiliç, C. y Erdoğan, S. (2006). Prevalencia de trastornos psiquiátricos tres años después del terremoto de 1999 en Turquía: Marmara Earthquake Survey (MES). *Sociedad Epidemiología Psiquiátrica*. 41 (1), 686 - 874.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). Guía Práctica de Salud Mental en Situaciones de Desastres. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/publications/guide_mental_health_disasters/es/

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). Guía práctica de salud mental. Obtenido de: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/GuiaPractica deSaludMental.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2006). Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Quito, Ecuador: Serie manuales y guías sobre desastres No. 1.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Washington, D.C. Serie manuales y guías sobre desastres No. 1.





- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington DC. (2002). Protección de la Salud Mental en situaciones de desastres y emergencias. *Serie Manuales y Guías sobre Desastres n°1*.
- Orozco, C. y Bausela, E. (2010). Diseño de un programa de intervención psicológica para víctimas de desastres naturales. *Boletín electrónico de investigación. Asociación Oaxaqueña de Psicología*. 6 (1), 185-192.
- Ortiz, G. y García, B. (2011). Preparación Psicológica para situaciones de emergencia. CENAPRED. Recuperado de: <http://sismos.gob.mx/work/models/sismos/Resource/68/1/images/atencion.pdf>
- Osofsky, H. Osofsky, J. Kronenberg, M. Brennan, A. y Cross, T. (2009). Síntomas de estrés postraumático en niños después del huracán Katrina: Predecir la necesidad de servicios de salud mental. *Revista Americana de Ortopsiquiatria*. 79 (2), 212 - 220.
- Pedrerros, D. (2002). ¿Por qué fallan los Planes Operativos y de Emergencia? *Plan de Emergencias de Manizales*. Oficina Municipal para la Prevención y Atención de Desastres, Colombia.
- Peñate, M. (2005). Intervención psicológica en desastres con afectados y con profesionales. *Hojas informativas de los Psicólogos de las Palmas*. 73.
- Pereira, M. (2005). Atendimento psicológico para emergencias en aviación; de la teoría a la práctica. *Estudios de Psicología*. 10, 177-180.
- Peterson, K. C., Prout, M. F. y Schwarz, R. A. (1990). *Posttraumatic stress disorder. A clinician's guide*. Nueva York: Plenum Publishing Corporation.





- Pineda, C. y López, W. (2010). Atención psicológica postdesastres: Más que un guarde la calma. Una revisión de los modelos de las estrategias de intervención. *Terapia Psicológica*. 28(2), 155-160.
- Proctor, L. Fauchier, A. Oliver, P. Ramos, M. Rios, M. y Margolin, G. (2007). Contexto familiar y respuestas de los niños pequeños al terremoto. *Child Psychol Psiquiatría*. 48 (9), 941 - 949.
- Pyszczynski, T., Solomon, S. y Greenberg, J. (2002) In the wake of 9/11. The psychology of terror. Washington/Londres. American Psychological Association.
- Quintero, H. (2001). Un cuento hecho a media tinta por el bulevar de los sueños rotos, crónicas e historias escritas por los habitantes de 12 barrios afectados por el terremoto del 25 de enero de 1999, en la ciudad de Pereira. Fundación vida y futuro, Pereira.
- Revel, J. P. (1999). Apoyo Psicológico en Casos de Emergencias, México: Autor.
- Reyes, G., y Elhai, D. (2004). Psychosocial interventions in the early phases of disasters. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 41, 399–411.
- Rodríguez, A., y Terry, B. (2003). Terremoto en el eje cafetero colombiano: Lecciones aprendidas. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 9, 182-4.
- Rodríguez, A., y Terry, B. (2005). Estrategia integral de atención en la posemergencia ante el sismo del eje cafetero colombiano. *Revista Cubana Higiene y Epidemiología*. 43 (2).





- Rodríguez F. M. (1997). Intervención psicológica en desastres: Un proyecto de trabajo. *Papeles del psicólogo*. Vol. 68. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=760>Ross, S. (2002). Natural hazards. Cheltenham, U.K.: Nelson Thornes Ltd .]
- Salazar, J., Heredia, D. & Pando, M. (2005). Desastres naturales: efectos psicológicos ante un suceso inesperado. *Vinculación y ciencia*, 17, (34), 34-43
- Salgado, I. (2003). Técnicas Psicocorporales de Intervención en Casos de Desastres: Tesisna de Licenciatura, UNAM, FES Iztacala.
- San Juan, C. (2002). Intervención Psicosocial en Catástrofes: Una Perspectiva Transcultural. *Cuadernos de Crisis*. 1(1).
- Save The Children. (2000). Programa para América del Sur, Boletín No. 6, Bogotá.
- Secretaria de Gobernación (SEGOB). (2016). Consejo Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED). Disponible en: <http://www.cenapred.gob.mx/es/>
- Secretaría de Salud (2006). Programa Específico de Atención Psicológica en Casos de Desastre. México. AUTOR
- Seligman, M. (2003). La Auténtica felicidad. México: Debolsillo.
- Sjöberg, L. (2000). Factores en la percepción del riesgo. *Análisis de Riesgos, Revista Internacional*. 20(1), 1- 9.
- Sjöberg, L. (2001). Límites del conocimiento y la importancia limitada de la confianza. *Análisis de Riesgos, Revista Internacional*. 21(1).
- Slaikeu, K. (1996). Intervención en Crisis: Manual Para Práctica e Investigación. México. Manual Moderno.



- Suárez, N.; Munist, M; Krauskopf, D. y Silber, T. (2007). *Adolescencia y Resiliencia*. España: Paidós.
- Tabasso, C. (2000). A Más Seguridad, Mayor Inseguridad: La Fascinante Teoría de la Homeóstasis del riesgo. *Revista da Associação Brasileira de Acidentes e Medicina de Tráfego*.
- Urbina, B. (2000). Un Análisis de las Capacidades de Respuesta de Emergencia para el País de Venezuela. *Documento de Investigación Presentado en Cumplimiento Parcial de los Requisitos para el Máster en Control de Riesgos*. Universidad de Wisconsin-Stout.
- Valero, S. (1998). *Ayudando a Ayudar, Guía para el psicólogo emergencista: El Manejo Psicológico del Duelo en Emergencias y Desastres*. Lima, Perú: Stress Foundation Inc.
- Valero, S. (2009). *Psicología en emergencias y desastres, una nueva especialidad*. *Cuadernos de crisis*. Perú, 8(1).
- Vera, I. (2001). El perfil del psicólogo en la intervención inmediata. *Revista de Protección Civil*. 8.
- Vernberg, E. y Varela, R. (2001). Trastorno de estrés postraumático: una perspectiva de desarrollo. En M. W. Vasey y M. R. Dadds. *La psicopatología del desarrollo de la ansiedad*. Nueva York: Oxford University Press





- Villamil, V. (2010). Lineamientos para un plan de apoyo psicológico y psiquiátrico para víctimas de terremotos y otros desastres. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Walser, R., Ruzek, J., Naugle, A., Padesky, C., Ronell, D., y Ruggiero, K. (2004). Disaster and Terrorism: Cognitive-Behavioral Interventions. *Prehospital and Disaster Medicine*. 19, 54-63.
- Weems, C. Pina, A. Costa, N. Watts, S. Taylor, L. y Cannon, M. (2007). La ansiedad y el afecto negativo del estrés postraumático en los jóvenes después del huracán Katrina. *Revista de Consultoría y Psicología Clínica*. 75, (1), 154 - 159.
- Weissenstein, M. (2002). Los Bomberos de Nueva York Proponen Cambios Operativos. Asociación de Bomberos de Nueva York. EUA.
- Wilches-Chaux, Gustavo, Derechos de Personas Afectadas por Desastres, Fundación para la Comunicación Popular, Red de Estudios Sociales sobre Desastres: 1999.
- Wilde, G. - Risk homeostasis theory and traffic accidents - *Ergonomics*, 1988.
- Zellhuber, A. (2016). La Intervención en Crisis. Entrevista concedida a Fredy Tadashi Damián. 19 de Noviembre 2016.
- Zellhuber A. (2010). "Psicología de Emergencias", Vinland Solutions, México D.F.
- Zellhuber A, Velázquez J. (2005). "Manual de Intervención en Situaciones Críticas", Vinland Solutions, México D.F.

