

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

CAMPUS GUADALAJARA

Manual de Intervención psicológica en casos de desastres

MARÍA AMPARO RODRÍGUEZ CARRILLO

Tesis presentada para optar por el grado de Maestro en
Pedagogía con Reconocimiento de Validez Oficial
de Estudios de la SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA,
según acuerdo número 974020 con fecha 21-I-97.

Zapopan, Jal., 04 de Noviembre de 2013

Índice

	Página
Planteamiento del problema y justificación.....	2
Alcances y Limitaciones.....	4
Objetivo general.....	4
Objetivos particulares.....	4
Población a la cual se dirige.....	5
Hipótesis.....	5
Procedimiento.....	5
CAPÍTULO I:	
ELEMENTOS TEÓRICOS BÁSICOS PARA ENTENDER A LAS PERSONAS AFECTADAS POR LOS DESASTRES	
1.1 Generalidades conceptuales sobre los desastres.....	9
1.1.1 Fases de los desastres.....	11
1.1.1.1 Fase Preimpacto.....	11
1.1.1.2 Fase Impacto.....	12
1.1.1.3 Fase Posimpacto.....	12
1.2 Damnificado.....	13
1.2.1 Administrador y Profesional.....	14
1.2.2 Estrés.....	14
1.2.3 Crisis.....	15
1.2.4 Pérdidas, duelo y pena.....	16
1.2.5 Recursos sociales y emocionales	17
1.2.6 Resolución de crisis y adaptación.....	18
1.3 Conceptos aplicados en la comprensión de la conducta de damnificados.....	20
1.3.1 Conducta relacionada con desastres.....	20
1.3.1.1 Fase impacto.....	21
1.3.1.2 Fase posimpacto o periodo de rebote.....	21

1.3.1.3 Fase postraumática.....	22
1.3.1.4 Huella de la muerte.....	22
1.3.1.5 Sensación de culpabilidad.....	23
1.3.1.6 Temor al contagio.....	23
1.3.1.7 Definición de la propia persona desde su interior, después del desastre ante la nueva realidad.....	23
1.4 Modelos de conducta relacionada con desastres.....	23
1.4.1 Factores que influyen en la conducta relacionada con desastres.....	23
1.5 Modelo conceptual para la intervención con desastres.....	24
CAPÍTULO II:	
INFORMACIÓN PARA IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES AFECCIONES PSICOLÓGICAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR ANTE SITUACIONES DE DESASTRES Y EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	
2.1 Fases usuales de la respuesta de un trauma.....	28
	Página
2.1.1 Fase de dolor.....	28
2.1.2 Fase de negación.....	28
2.1.3 Fase intrusora.....	28
2.1.4 Fase de elaboración	29
2.1.5 Fase de consumación.....	29
2.2 Reacciones patológicas ante un evento traumático.....	29
2.3 Reacciones individuales ante una situación de desastre.....	29
2.3.1 Fase de amenaza.....	30
2.3.2 Fase de choque.....	30
2.3.3 Fase de Readaptación.....	32
2.3.4 Secuelas.....	32
2.4 Reacciones colectivas ante una situación de crisis o desastre.....	33
2.5 El Trastorno por Estrés Posttraumático (TEP).....	35
2.5.1 Diagnóstico del TEP	35
2.5.1.1 Diagnóstico diferencial DSM-IV.....	36
2.5.2 Criterios DSM-IV para el diagnóstico del TEP	38

2.5.2.1 Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por Estrés Postraumático [309.81].....	38
2.5.3 Etiología.....	41
2.5.4 Tratamiento.....	42

Página

CAPÍTULO III:

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

3.1 Papel del profesional de la salud en la atención de personas que acaban de sufrir un episodio traumático.....	46
3.2 Psicología de emergencia.....	48
3.2.1 La evaluación psicológica en la situación de emergencia.....	49
3.2.2 Técnicas de Intervención específicas.....	51
3.3 La terapia breve.....	58
3.3.1 Características de la terapia breve.....	60
3.3.2 Estructura general de la terapia breve.....	62
3.3.3 Mediadores del cambio en la terapia breve.....	64
3.3.4 Lineamientos para el desarrollo de una terapia breve efectiva.....	65
3.3.5 Entrevista motivacional como estrategia inicial de la terapia breve.....	65
3.3.6 Autocontrol y solución de problemas como estrategias finales de la terapia breve.....	68
3.3.7 El duelo y la intervención.....	71
3.3.8 Intervención psicológica en los niños.....	71
3.4 Programa de atención a la salud mental en caso de desastres.....	73
3.4.1 Objetivos de la intervención en crisis en caso de desastres.....	75
3.4.2 Intervención en la depresión.....	77
3.4.3 Intervención en la ansiedad.....	78

Página

3.4.4 Intervención en la irritabilidad.....	78
3.4.5 El terapeuta en crisis.....	79
3.4.6 Objetivos del tratamiento.....	80
3.4.6.1 Métodos de tratamiento.....	81

3.4.6.1.1 Enfoques principales.....	81
3.4.6.1.2 Tareas del paciente.....	81
3.4.6.1.3 Tareas psicosociales.....	82

CAPÍTULO IV:

INFORMACIÓN ORIENTADA A VÍCTIMAS DE DESASTRES, VOLUNTARIOS Y PERSONAL DE EMERGENCIAS

4.1 Algunas reacciones comunes a eventos traumáticos: respuestas normales ante situaciones anormales.....	85
4.2 Recomendaciones a los afectados directamente por los desastres naturales	87
4.3 Recomendaciones para los familiares y amigos de los afectados directamente.....	88
4.4 Síntomas comunes y primeros auxilios para adolescentes que hayan vivido una experiencia traumática.....	88
4.4.1 Para adolescentes.....	88
4.5 Recomendaciones al personal de emergencia para prevenir el estrés postraumático, cuando ya han regresado a la normalidad.....	90
	Página
4.5.1 En lo físico.....	90
4.5.2 En lo familiar y social.....	90
4.5.3 En lo psicológico.....	91
4.5.4 En el trabajo.....	91

CAPITULO V:

LOS DESASTRES, TIPOLOGÍA Y RECOMENDACIONES

5.1 ¿Qué es un desastre?.....	93
5.1.1 Causas que determinan la magnitud de los desastres.....	93
5.1.1.1 Condiciones de vida de la población.....	94

5.1.1.2 Ausencia de programas gubernamentales de protección civil.....	94
5.1.1.3 Carencia de una cultura de seguridad entre sus habitantes.....	94
5.2 Tipos de desastres.....	95
5.2.1 Geológicos.....	96
5.2.1.1 Sismos.....	96
5.2.1.1.1 Recomendaciones.....	97
5.2.1.2 Volcanes.....	99
5.2.1.2.1 Recomendaciones.....	101
5.2.1.3 Hundimientos.....	102
5.2.1.3.1 Recomendaciones.....	103
	Página
5.2.2 Hidrometeorológicos	103
5.2.2.1 Huracanes.....	104
5.2.2.2 Trombas.....	104
5.2.2.2.1 Recomendaciones.....	105
5.2.2.3 Inundaciones.....	106
5.2.2.3.1 Recomendaciones.....	108
5.2.3 Físico–Químicos.....	109
5.2.3.1 Productos petroleros: las explosiones y las llamas.....	109
5.2.3.1.1 Recomendaciones.....	110
5.2.3.2 Accidentes industriales: el riesgo de la producción.....	111
5.2.3.2.1 Recomendaciones.....	111
5.2.3.3 Incendios.....	112
5.2.3.3.1 Recomendaciones.....	113
5.2.3.4 Derrames de productos químicos.....	115
5.2.3.4.1 Recomendaciones.....	115
5.2.4 Sanitarios.....	116
5.2.4.1 Recomendaciones	117
5.2.5 Socio-Organizativos.....	118
5.2.5.1 Recomendaciones	119

5.2.5.2 Amenaza de bomba.....	119
	Página
5.2.5.3 Choques de tránsito.....	120
5.2.5.4 Medidas para evitar y contrarrestar sus efectos.....	120
5.2.5.5 Medidas para contrarrestar sus resultados y recordatorios para evitarlos.....	120
CAPÍTULO VI:	
PROGRAMA DE CAPACITACIÓN	
6.1 Propósito.....	123
6.2 Justificación.....	123
6.3 Objetivo.....	124
6.4 Población.....	124
6.5 Metodología.....	125
6.6 Cronograma de Capacitación.....	130
6.7 Metodología de evaluación.....	131
6.8 Recursos.....	131
Conclusiones.....	134
Referencias bibliográficas	136

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema y justificación

Todos nosotros, como individuos inmersos en una sociedad compartimos un entorno en común para desarrollarnos, que al tiempo de proporcionarnos los elementos necesarios para vivir también se puede tornar hostil, ya sea por factores del medio ambiente natural, como por consecuencia de nuestros actos, y que en ambos casos pudieran dar como consecuencia los desastres.

La posibilidad de que acontezca algún tipo de desastre, independientemente de la magnitud que éste pueda presentar, está siempre vigente, y como prueba de ello, debe bastar el que consideremos el aumento de los desastres, principalmente de tipo natural, que todos los años y por diversas razones se presentan en diferentes zonas de la República Mexicana.

En estos casos siempre existen personas afectadas, quienes además de requerir refugio, atención médica, alimentación y seguridad, también presentan

determinadas afecciones psicológicas que deben ser atendidas por parte del personal promotor de la salud.

En las escuelas preparatorias de la Universidad de Guadalajara con lo más que se cuenta es con un programa de protección civil donde su función es salvaguardar la vida de todos los que están dentro de las instalaciones cuando suceda un desastre natural, no se cuenta actualmente con un programa de intervención en la parte mental o las crisis que se generen en el momento.

Por esta razón, se hace imprescindible contar con profesionales de la salud con una formación que les permita intervenir, específicamente, en estas situaciones a fin de reducir el impacto del desastre y coadyuvar en la reconstrucción y restablecimiento del bienestar de la comunidad.

El desarrollo de este manual va dirigido a fomentar una capacitación activa en el campo de la intervención en crisis, de manera que se pueda contar con un equipo de profesionistas de la salud con la capacidad de poder ayudar a todos los estudiantes y trabajadores de las escuelas preparatorias de la Universidad de Guadalajara.

Es por esto que se considera necesario reunir y proporcionar aquella información que brinde las bases teóricas que posteriormente permitan la implementación de las medidas de acción en relación a la intervención psicológica en desastres, sin embargo, ésta información requiere presentarse dentro de un contexto actual.

Alcances y limitaciones

El presente manual pretende ser un material preventivo, mismo que presenta algunas de las teorías representativas de la intervención psicológica en casos de desastres, cuya finalidad es ahondar en este rubro para orientar el abordaje de la intervención psicológica. Es también una contribución en el desarrollo de materiales educativos sobre psicología de emergencia, aplicada a los ambientes educativos del nivel medio superior.

Objetivo general

Generar un manual que contribuya con la formación profesional de los profesionales de la salud que trabajan en las escuelas preparatorias de la Universidad de Guadalajara, al proporcionar las bases teóricas que, en determinado momento, les permita realizar una adecuada intervención y apoyo psicológico específicamente orientado a situaciones de desastres.

A la vez, que sea un documento que proporcione información general sobre los desastres y las recomendaciones de acción preventiva y de supervivencia, para que pueda ser empleado como material didáctico que facilite la capacitación del personal de rescate y voluntariado.

Objetivos particulares

1. Exponer las bases teóricas que fundamentan la intervención psicológica en casos de desastres.
2. Identificar las afecciones psicológicas que se pueden presentar como resultado de la exposición, directa o indirecta ante un desastre.

3. Ahondar sobre el papel del profesional de la salud en la atención de personas afectadas por desastres.
4. Identificar los tipos de apoyo que se pueden brindar al individuo desde la psicología de emergencia.
5. Definir el desastre e identificar su tipología.
6. Enumerar las recomendaciones generales para realizar acciones de supervivencia de índole preventivo y también durante y después del siniestro. Así cómo las recomendaciones de índole psicológico.

Población a la cual se dirige

Profesionales de la salud de las áreas de Orientación Educativa, Atención alumnos y coordinación académica; y los voluntarios (maestros con formación en ciencias de la salud) que trabajan en las escuelas preparatorias de la Universidad de Guadalajara.

Hipótesis

Al contar con un manual educativo especializado en la intervención psicológica en caso de desastres, se incide cualitativamente en la formación de los profesionales de la salud que tengan acceso a él, al proporcionarles bases teóricas que puedan facilitar una adecuada intervención y apoyo psicológico en situaciones de desastres. A su vez que facilita la capacitación de promotores activos en el área de la salud.

Procedimiento

Tipo de investigación

Descriptiva: El fenómeno es estudiado sin establecer comparaciones.

Método aplicable

Método deductivo. El análisis se hace de lo general a lo particular. Por medio de este enfoque metodológico se habrá de recurrir a la consulta de fuentes de

información especializada, las cuales serán consultadas con el afán de identificar las alternativas de abordaje del trabajo que se viene planteando.

Técnicas de investigación

Sistematización bibliográfica. Mediante esta técnica se habrán de generar, a partir de la consulta de información especializada, fichas de trabajo o bibliográficas que contengan elementos de juicio pertinentes para aportar al trabajo final, una vez evaluados minuciosamente.

Como ya se mencionó anteriormente el objetivo de éste proyecto es generar un manual didáctico para los profesionales de la salud de las Escuelas Preparatorias de la Universidad de Guadalajara, que contiene las bases teóricas que orientarán los procedimientos de la intervención psicológica en casos de desastres.

A continuación se presenta la descripción general de este desarrollo.

En el primer capítulo se abordará un marco teórico que incluye los conceptos que permiten entender la conducta de las personas afectadas por los desastres u otras eventualidades traumáticas, como un preámbulo a la intervención psicológica.

Posteriormente, en el segundo capítulo, se abordarán las principales afecciones psicológicas que se pueden presentar ante tales situaciones, esto con la finalidad de ser conscientes de la importancia que tiene el minimizar los efectos negativos, mediante una oportuna intervención psicológica.

El capítulo tres expone diferentes formas de intervención en psicología de emergencia, tales como el Debriefing, el CIPR (Critical Incident Processing & Recovery), la intervención realizada tras los atentados en España; todas ellas tienen la finalidad de brindar los primeros auxilios psicológicos y de apoyo a las víctimas secundarias ante situaciones traumáticas. Aunque éstas serán expuestas sólo de manera general para enriquecer el conocimiento de los profesionales de la salud. Posteriormente se hará énfasis en la terapia breve, por considerarse que es la herramienta adecuada que el profesional de la salud puede emplear para poner

en práctica los procedimientos de intervención terapéutica ante situaciones de desastre.

Si bien la terapia breve es una medida emergente que proporciona los profesionales de la salud, con la finalidad de encaminar a los individuos afectados hacia su reintegración personal y con ello fomentar su calidad de vida, es necesario cubrir otro frente, motivo por el cual se abordará en el cuarto capítulo, la problemática desde la perspectiva de las personas afectadas directa e indirectamente, de los promotores de la salud, a manera de una serie de recomendaciones para las personas que viven de primera mano esas eventualidades.

En el capítulo cinco se presenta la tipología de los desastres y sus recomendaciones generales de acción, de especial interés para la población general.

En el capítulo seis se presenta un programa de capacitación donde se aplica la información obtenida utilizando la metodología pedagógica.

Por último se presentan las conclusiones a las que se llegaron en este trabajo.

CAPÍTULO I:

ELEMENTOS TEÓRICOS BÁSICOS PARA ENTENDER A LAS PERSONAS AFECTADAS POR LOS DESASTRES

Es necesario iniciar el presente desarrollo atendiendo a un marco teórico que aborde los conceptos básicos que ayudarán a comprender la conducta de las personas afectadas, como un preámbulo a la intervención psicológica.

1.1 Generalidades conceptuales sobre los desastres

Existen diversas definiciones del término desastre, entre algunas de ellas se citan las siguientes:

Harsbarger (1974 citado en Cohen&Ahearn, 1989) define a los desastres como eventos rápidos y dramáticos que dan por resultado daños materiales y humanos considerables. Además, subraya la importancia de la vida comunitaria y plantea que “los desastres deben considerarse con referencia a su potencial de perturbar las actividades de una comunidad y causar daño a los miembros de la misma” (Cohen, 1989:5).

Erikson (1976 citado en Cohen&Ahearn, 1989) señala que hay dos tipos diferentes de trauma psíquico, individual y colectivo, son evidentes en la conducta de las personas afectadas por un desastre. Define al trauma individual como: "...un golpe a la psique que rompe las defensas de la persona de manera tan repentina y tan fuerte que no es posible responder a él de manera eficaz...", y el trauma colectivo como: "...un golpe a la trama de la vida social que lesiona los vínculos que unen a la gente y daña el sentido prevaleciente de comunidad" (Cohen, 1989:6).

Schulberg (1974 citado en Cohen&Ahearn, 1989) analiza el vínculo entre los eventos riesgosos y las reacciones personales con el uso del concepto de crisis.

En la crisis se distinguen cinco características:

- Una secuencia cronológica que se desarrolla con rapidez;
- Cambios importantes en la conducta;
- Sensación personal de impotencia;
- Tensión en el sistema personal y social del sujeto, y
- Percepción de una amenaza para la persona.

Frederick (1977 citado en Cohen &Ahearn, 1989:7), al hablar de los desastres como crisis, no tarda en diferenciar los términos "crisis" y "emergencia". Una crisis "es un periodo crucial, que varía desde minutos hasta meses, en que una situación afecta el equilibrio social o emocional de la persona. Conforme evoluciona, puede transformarse en una emergencia, o sea una situación con necesidades urgentes y que requiere pronta acción".

Anderson (1968 citado en Cohen&Ahearn, 1989) describe el desastre como agudo o crónico, según la forma en que la comunidad responde a dicha amenaza: "Desde el punto de vista conceptual, es conveniente diferenciar el desastre como un evento de crisis aguda que perturba físicamente la vida cotidiana, por lo demás normal, y origina pérdidas palpables, respecto de la amenaza de una situación de crisis crónica, en que se anticipa la perturbación de la rutina esperada". Este autor afirma que un desastre tiene consecuencias diferentes en el individuo, la familia y las diversas instituciones de la sociedad afectada.

Barton (1970 citado en Cohen&Ahearn, 1989) clasifica los desastres como parte de un grupo más amplio de situaciones de estrés colectivo que surgen cuando muchos miembros de un sistema social no reciben las condiciones de vida que esperan de dicho sistema; agrega que tal estrés colectivo puede provenir de fuentes externas o internas al mismo. Considera el sistema social como una colectividad de humanos cuya interacción se mantiene en la forma de patrones identificables durante un periodo relativamente prolongado, y afirma que el desequilibrio sistemático es el resultado del estrés de eventos catastróficos.

Los cambios que ocurren sin advertencia tienden a originar pérdidas mayores y hacer que el sistema tenga menor capacidad de respuesta, en comparación con los cambios precedidos de una advertencia, que permiten prepararse contra ellos.

Kastenbaum (1974 citado en Cohen&Ahearn, 1989:8) describe los desastres según la gravedad relativa de los mismos en comparación con otros eventos importantes. La forma como la persona percibe una calamidad tiene cierta relación con la manera en que suele definir y clasificar otros eventos; la definición de algo como un desastre requiere antecedentes de estabilidad y normalidad, contra los que se compara la calamidad. Por esta vía se reconoce y finalmente se identifica a un evento como desastroso.

1.1.1 Fases de los desastres

De acuerdo a Cohen&Ahearn (1989), tradicionalmente, el estudio de los desastres hace énfasis en tres fases de los mismos, preimpacto, impacto y posimpacto. A continuación se describe cada una de las fases.

1.1.1.1 Fase Preimpacto

Esta fase abarca etapas que preceden al desastre mismo, incluidas las de amenaza y de advertencia. Una amenaza es un peligro general y a largo plazo constituido por la posible desgracia, que hace que ciertas áreas y sus habitantes estén en un mayor riesgo que otros; un ejemplo podría ser la amenaza de un terremoto para los habitantes del estado de California que viven a lo largo de la

falla de San Andrés, o para los residentes de la porción central del Estado de Michigan, que están expuestos a la posibilidad de un terremoto o a la de un tornado. Una advertencia puede ser vaga y general, como un alerta de inundación, o específica, como una orden de evacuación inmediata; no obstante, un fenómeno interesante, y usualmente infortunado, es que la población en general hace caso omiso en forma sistemática de las amenazas y advertencias, pues mientras algunas personas tienen miedo de actuar en forma precipitada y parecer tontas, otras se rehúsan a prestar oídos a la amenaza o advertencia, como una manera de defensa contra algo que no quisieran que ocurriera.

1.1.1.2 Fase Impacto

Esta fase es el periodo en que la comunidad se ve afectada por el desastre y el periodo subsecuente, en que organizan las actividades de ayuda. Los investigadores han indicado que durante esta fase, el miedo es la emoción predominante, conforme las víctimas buscan seguridad para sí mismas y sus familias; el pánico es inusual y sólo ocurre cuando el escape es imposible. Las actividades que tienen lugar poco después del desastre se han señalado como parte de la así llamada fase heroica en que los damnificados actúan valientemente para salvarse a sí mismos y a otros y es usual la conducta altruista en la que las primeras actividades de ayuda con frecuencia corresponden a los propios damnificados, que ayudan a sus vecinos y a otros. Algunos autores emplean el término rescate para describir algunas de estas actividades, así como el de inventario para referirse a la evaluación de los daños materiales y humanos.

1.1.1.3 Fase Posimpacto

Esta fase comienza varias semanas después de ocurrido el desastre y suele incluir las actividades continuadas de ayuda, así como la evaluación de los tipos de problemas que suelen experimentar los individuos. Los elementos de esta etapa han sido llamados “de remedio y recuperación”, incluyen las acciones emprendidas para aliviar la situación y facilitar la recuperación individual y familiar. Algunos autores han hecho referencia a dos elementos adicionales, los

denominados de “luna de miel” y “desilusión”, respectivamente. El primero, es el periodo que ocurre poco después del desastre y dura hasta varios meses después, en que los damnificados muestran energía considerable en la reconstrucción de sus vidas. Durante él, hay la necesidad de ventilar sentimientos y compartir experiencias con otros. El apoyo organizado y considerable se brinda a los damnificados en esta fase para ayudarlos a enfrentar sus problemas; la desilusión surge cuando se interrumpe este apoyo organizado y los damnificados enfrentan dificultades considerables en la resolución de sus dificultades o es evidente que sus vidas se han modificado en forma permanente.

La fase posimpacto puede continuar durante el resto de la vida de los damnificados y es factible que surjan nuevos problemas como resultado de la desorganización causada por el desastre. Los problemas personales a largo plazo, caracterizados por apatía, depresión y ansiedad crónicas han sido llamados “síndrome de desastre”.

A continuación, de acuerdo a Cohen & Ahearn (1989), se describen aquellos conceptos cuya comprensión facilita la utilización de este manual. Dichos conceptos son los siguientes: damnificado, administrador de la salud, profesional de salud, estrés y crisis.

1.2 Damnificado

El término damnificado se refiere a las personas y familias afectadas por un desastre y quienes por lo común, se supone, en su mayoría habían venido funcionando adecuadamente antes de la calamidad o sus consecuencias, dichos sujetos, tras experimentar un evento estresante e inesperado, ven limitada su capacidad de resolución de problemas por el estrés de la situación, entre los damnificados pueden incluirse personas de todas edades, clases socioeconómicas y grupos étnicos o raciales, ya que los desastres afectan en forma indiscriminada a la población del área que sufre el impacto; sin embargo, aunque los damnificados presenten síntomas de estrés físico o psicológico, no se consideran enfermos.

Algunos damnificados sufren más que otros, lo que depende de varios factores relacionados. Son particularmente susceptibles a las reacciones físicas y psicológicas ante un desastre quienes:

- Son vulnerables como resultado de vivencias traumáticas previas.
- Están en riesgo a causa de enfermedades recientes.
- Experimentan estrés y pérdidas graves.
- Pierden sus sistemas de apoyo social y psicológico.
- Carecen de habilidades para la resolución de problemas.

1.2.1 Administrador y Profesional

Administrador: Denota las personas específicas que tienen la autoridad y responsabilidad para poner en práctica las políticas de Salud y los objetivos de los programas correspondientes, además de diseñar proyectos afines.

Practicante, trabajador y profesional de salud: Todo personal que tenga que ver con la Salud (Médico y paramédico) con orientación, adiestramiento y supervisión en desastres, que comprenda la situación peculiar de cada damnificado y anticipe sus posibles adaptaciones de conducta a una catástrofe.

1.2.2 Estrés

El estrés y la crisis son conceptos psicofisiológicos relacionados. El estrés consiste en las tensiones reactivas físicas y emocionales que pueden derivarse de eventos objetivos o estímulos externos, o ambas cosas, llamados factores estresantes.

Factores estresantes:

- Factores antecedentes, mediadores y de intervención.
- Cambios en los sistemas biofisiológicos de la persona.
- Impacto y variaciones en la percepción de los procesos cognoscitivos de la persona.
- Factores estresantes como los eventos sociales y psicológicos y su significado simbólico.

1.2.3 Crisis

Una crisis es un periodo crucial o decisivo en la vida de una persona, un punto de viraje que tiene consecuencias físicas y emocionales; de manera específica es un periodo limitado de desequilibrio psicológico precipitado por un cambio repentino y significativo en la situación vital del individuo. Este cambio origina la necesidad de ajustes internos y el uso de mecanismos de adaptación externa que rebasan temporalmente la capacidad del sujeto.

La crisis es una situación vital que incluye cambios, amenazas o dificultades que originan desequilibrio personal. Puede derivarse de factores del desarrollo, como la pubertad, embarazo, edad madura, o de factores contingentes, incluidos un accidente automovilístico, incendio o desastre natural.

Con la intención de identificar las características de los términos psicológicos aplicados en este manual, se recurrió a Cohen & Ahearn (1989) para revisar las características identificadas por distintos autores. A continuación se presentan las propuestas de estos autores. Los términos psicológicos revisados con esta estrategia son los siguientes: pérdidas, duelo, pena, recursos sociales y emocionales, resolución de crisis y adaptación, así como, conducta relacionada con desastres.

1.2.4 Pérdidas, duelo y pena

Kubler-Ross (1976) ha llamado la atención acerca de la muerte y la reacción psicológica a la misma. Los individuos que enfrentan la inminencia de su propia muerte o la de personas cercanas a ellos pasan por un proceso de cinco etapas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

Los procesos de duelo y pena, a veces denominados conjuntamente con el término luto, abarcan elementos cognoscitivos y es frecuente que se expresen mediante síntomas físicos y psicológicos, los cuales se inician con el reconocimiento y la aceptación de la pérdida. El individuo necesita aceptar la

realidad no sólo intelectual sino también emocionalmente, pues cuando únicamente ocurre la adaptación intelectual, las probabilidades de inadaptación emocional son mayores. El proceso de duelo hace que la persona pase sucesivamente por los estados de choque emocional, aflicción aguda y resignación; en el camino, suele padecer molestias físicas o volverse más susceptible a las enfermedades, quizás se retraiga y se vuelva apático, además es factible que exprese mayor hostilidad hacia a los demás o puede aislarse por completo (Lindenmann, 1944).

En 1975, Peter Marris consideró al duelo como una expresión social del luto, que usualmente se manifiesta en los hábitos o rituales religiosos, asimismo, describió la pena como la sensación de conflicto intenso entre impulsos contradictorios: la necesidad de conservar todo lo valioso e importante del pasado y al mismo tiempo, la de comenzar una vida nueva aceptando la pérdida sufrida. Si el proceso de pena se interrumpe con demasiada prontitud en la búsqueda de reajuste y reintegración inmediatos, o si se continúa en forma interminable con una preocupación incesante por lo perdido, el doliente quizá nunca se recupere emocionalmente. La pena se domina al abstraer lo que reviste importancia fundamental en el sujeto o persona perdida y después enfrentar la vida y aceptar la nueva realidad.

Es lógico suponer que todos los damnificados experimentan situaciones a ciegas, por supuesto, las más graves consisten en la muerte de seres amados; el duelo y la pena por estas situaciones se complican con el efecto caótico del desastre, que puede incluir pérdidas adicionales por destrucción de bienes materiales, reubicación en otra zona y desempleo. Muchos desastres no originan muertes numerosas pero sí privan a los damnificados de sus hogares, recuerdos, barrio y fuente de ingresos, en tales casos, cabe esperar que las personas experimenten una sensación profunda de infortunio, que origina el proceso de duelo y pena que se agravan con el saqueo y el vandalismo que suelen seguir al desastre.

1.2.5 Recursos sociales y emocionales

Los recursos emocionales según Cohen & Ahearn (1989) son un grupo de características genéticas y fisiológicas que abarcan las habilidades y capacidades psicológicas del individuo, usualmente basadas en experiencias para resolver el estrés que origina el problema, estos recursos permiten soportar las presiones del estrés, angustia y sentimientos depresivos, además de tener la confianza en sí mismo, lo que ayuda a definir con claridad la realidad, precisar objetivos y emprender acciones eficaces. Cuando estos recursos no bastan para soportar la tensión, es frecuente que el individuo sucumba al estrés y manifieste conductas inadaptativas.

Los recursos sociales también llamados redes sociales, son la suma de las relaciones del individuo, forman una red de vínculos sociales con individuos y grupos de las que deriva el apoyo emocional (Caplan, 1974; Tolsdorf, 1976).

Al enfrentar un evento estresante, el individuo por lo común apela en primer término a su reserva de mecanismos emocionales internos, a fin de resolver el problema. Cuando estos dispositivos fracasan, es usual que utilice el apoyo de su red social.

La red social puede ser una fuerza importante en la conservación de ciertas formas de conducta o en la determinación del grado y dirección de los cambios. Sean cuales fueren éstos, dicha red puede apoyarlos o no y facilitar o no los esfuerzos de adaptación, según los valores sociales y culturales aplicables a la situación (Hammer, 1963).

La red social o sistema de apoyo se ha definido también como un grupo de individuos que ejercen influencia mutua en sus propias vidas para satisfacer necesidades humanas específicas; ésta es la fuente de amor, afecto, respeto, aprobación y definición de sí mismo para la persona. Los vínculos en una red de apoyo social dependen del tipo y calidad de comunicación entre sus miembros, de tal manera que si emplea este concepto en las actividades terapéuticas, el profesional de salud debe buscar la creación de un ambiente de confianza y una actitud abierta entre los miembros de la red social, la facilitación de la relación entre los actores del sistema, el examen de la conducta de una persona a la luz de su sistema de apoyo, con enfoque en la manera de cambiar la primera si es

necesario, y la realización de los cambios requeridos en la red social mediante la alteración de las relaciones entre sus miembros (Speck, 1969).

Los damnificados con frecuencia son reubicados en campamentos, en casas rodantes o sitios similares (campamentos de refugiados) sin considerar la red natural de apoyo social de individuos y familias, de tal manera, muchos problemas sociales y emocionales que surgen en estos campamentos guardan relación con la falta de familiaridad y actitud suspicaz en el nuevo entorno, así como la pérdida de la red de apoyo social (Hall & Landreth, 1975).

1.2.6 Resolución de crisis y adaptación

Los recursos emocionales por lo general corresponden a lo que son las personas, mientras que la conducta de resolución es la que emplean para solucionar el estrés.

La resolución de la crisis es la conducta que protege al individuo contra el estrés interno y externo, implica adaptación, defensa y control.

La conducta de protección usualmente sigue tres caminos:

- Alteración de condiciones que producen estrés;
- Definición del significado de la experiencia productora de estrés a fin de disminuir su importancia, y
- Manipulación de las consecuencias emocionales de modo de que queden dentro de límites manejables (Pearlin & Schooler, 1978).

El objetivo de la conducta de resolución de crisis es: prevenir, modificar, evitar o manejar la tensión y el estrés.

La conducta de resolución de crisis se entrelaza con los recursos sociales y emocionales de la persona. La naturaleza de la matriz de la persona, es decir, la red de relaciones con sus familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y pequeños grupos la facilita o, en caso contrario, la obstaculiza.

La conducta de resolución usualmente abarca respuestas de acción, pero también emplea la cognoscitiva y la percepción; estas últimas pueden asumir tres direcciones, en primer término, las respuestas de resolución pueden consistir en

intentos de cambio de la fuente de tensión o estrés lo cual supone conocimiento y percepción de las causas por lo que la atención se enfoca en cambiar la situación (causa) antes de que surjan la tensión o el estrés.

En segundo lugar, las respuestas de resolución pueden intentar redefinir la situación amenazante a fin de controlar el grado de estrés. Se trata de acciones desarrolladas de manera que el individuo pueda señalar que el problema no es tan importante que deba causarle preocupación.

En tercer lugar, las respuestas de resolución pueden intentar el manejo del estrés, de manera que el individuo pueda continuar funcionando con la mayor normalidad posible; en lo esencial, esta acción consiste en el intento de mantener el estrés dentro de los límites controlables y sirve de ayuda para adaptarse al mismo sin sentirse abrumado por él. Esta tercera estrategia abarca respuestas diversas, incluidas las de negación, retraimiento, aceptación pasiva, optimismo excesivo, evitación o incluso pensamientos mágicos.

Los profesionales de la salud necesitan conocimientos sobre mecanismos específicos de resolución, a fin de diagnosticar trastornos en los damnificados y ayudarles en el logro de la adaptación y la evitación de trastornos emocionales.

1.3 Conceptos aplicados en la comprensión de la conducta de damnificados

1.3.1 Conducta relacionada con desastres

Durante una crisis, es probable que ciertos mitos influyan en las percepciones que tiene un individuo. Uno de ellos es el mito de la invulnerabilidad personal, que hace que la persona crea que, si bien la fuerza destructiva es real, no le causará daños en lo personal, y cuando ya no es posible sostener ese mito, suele ser reemplazado con la ilusión de posición central, esto es, la sensación de que la fuerza destructiva está dirigida de manera exclusiva a la persona.

La emoción predominante que se expresa es el temor. Éste suele manifestarse en la huida instintiva para salvarse a sí mismo y la familia, una sensación de seguridad al estar entre la muchedumbre y un estado de ánimo muy sugestionable.

En casos más graves, la persona también experimenta petrificación por el miedo, alucinaciones y delirios.

Los damnificados casi siempre tienen una actitud tranquila comprensiva y considerada en su trato con ellos y los trabajadores que les ayudan (Wallace, 1957). Sin embargo, esta actitud dócil no debe equipararse con una de impotencia, irresponsabilidad y dependencia.

Otra falsa idea de la conducta de los damnificados es la “imagen de pánico”. El pánico, que es una forma relativamente infrecuente de conducta en el área de impacto de un desastre, ocurre sólo cuando la persona o el grupo se ven amenazados directamente por un peligro, o si el individuo considera que el escape es imposible en la situación.

En términos generales, la conducta humana parece ser adaptativa. Las personas actúan para protegerse a sí mismas y a los demás, en vez de enfrascarse en actos irracionales que tienden a aumentar el peligro (Fritz, 1961).

De acuerdo al Manual Básico para el Entrenamiento de Apoyo a Víctimas de Desastres (Gutiérrez, 2001), es necesario considerar lo siguiente con respecto a las fases, a fin de entender mejor la conducta asociada al desastre:

1.3.1.1 Fase impacto

- Estado temporal de choque. Confusión, aturdimiento, desorientación, efecto narcótico.
- Problemas de percepción. Invulnerabilidad personal, ilusión de posición central.
- Respuestas psicofisiológicas, huida destructiva, sensación de seguridad al estar entre muchedumbre, estado de ánimo muy sugestionable.
- Respuestas graves. Petrificación por el miedo, alucinaciones, delirios.

1.3.1.2 Fase posimpacto o periodo de rebote

Puede darse expresiones emocionales tales como:

- Necesidad de estar con otros.

- Ventilar sentimientos relacionados con las sensaciones de pérdida que le causan conmoción o quizá soledad.
- Cuando no hay expresión emocional, sobreviven respuestas como: hiperactividad, impotencia, vagabundeo errático, apatía abrumadora o depresión. En forma extrema puede ser en “choque” donde el individuo no se comunica en forma normal.

1.3.1.3 Fase postraumática

Ocurre después del periodo de rebote. Las relaciones de esta fase abarcan:

- Angustia fluctuante y transitoria.
- Estado de fatiga.
- Episodios sicóticos.
- Pesadillas respectivas de la catástrofe.
- Reacciones depresivas, falta aparente de emociones, ausencia, inmovilidad.
- Las expresiones más graves y duraderas se denominan “síndrome traumático” o “neurosis postraumática”.
- Respuestas de hiperactividad: Tendencia a la discusión, habla rápida, pérdida del criterio, llanto inconsolable, vagabundear corriendo sin sentido aparente.
- Respuestas corporales Insomnio, molestias digestivas, nerviosismo, náuseas intensas, vómito, histeria de conversión.

1.3.1.4 Huella de la muerte

El sobreviviente puede volverse más “vulnerable” o “invulnerable” a causa de haber enfrentado la posibilidad de fallecer y haberla vencido; la huella suele relacionarse con “fascinación por la muerte”, donde hay un gusto anormal por escenas funestas y más adelante una imagen imborrable de su encuentro con la muerte. Los síntomas iniciales incluyen preocupación por el riesgo de morir, sensación de culpabilidad, molestias corporales y conducta hostil.

1.3.1.5 Sensación de culpabilidad

Ésta se relaciona con la muerte, por haber sobrevivido a expensas de otros; ante la culpa, el damnificado interrumpe sus sentimientos, (aturdimiento psíquico) quedando atrapado por “amenazas” o preocupaciones funestas, y donde sólo puede expresarse en forma no verbal o a través de síntomas psiquiátricos adicionales.

1.3.1.6 Temor al contagio

La angustia relacionada con el contagio suele fomentar una sensación de exclusividad entre los sobrevivientes, con base en sus experiencias compartidas y el “conocimiento de la muerte”.

1.3.1.7 Definición de la propia persona desde su interior, después del desastre ante la nueva realidad

Ésta es la manera en que el damnificado intenta recuperarse del trauma del desastre y poner en práctica la conducta de resolución de crisis necesaria para comenzar una nueva vida.

1.4 Modelos de conducta relacionada con desastres

1.4.1 Factores que influyen en la conducta relacionada con desastres

Asimismo, Cohen & Ahearn (1989) mencionan que la víctima tenga o no reacciones psicológicas depende de los siguientes factores:

- El tipo y duración del desastre.
- El grado de pérdidas sufridas.
- El papel social, las habilidades de resolución de crisis, el sistema de apoyo del damnificado.
- La percepción e interpretación que el sobreviviente da a la catástrofe.

La gravedad del peligro en el desastre, es juzgada por los individuos a través de las posibles consecuencias para sí mismos y sus familias y también, en relación con los siguientes puntos:

- El grado de pérdidas que han sufrido (muerte de seres amados, hogar o trabajo).
- Su papel social y la conducta que otros esperan de ellos.
- La presencia o ausencia de recursos emocionales y una red de relaciones sociales.
- Su habilidad y capacidad para resolver el estrés causado por el desastre.

1.5 Modelo conceptual para la intervención con desastres

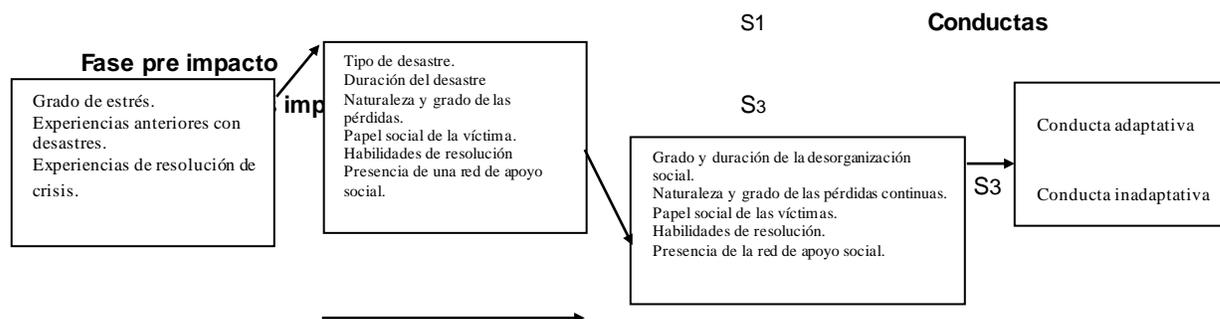
Según Cohen & Ahearn (1989), este modelo consiste en la organización y creación de una base teórica de conocimientos que ayudan a comprender las relaciones entre las fuerzas dinámicas, los recursos de resolución y las crisis que presentan las personas después del desastre.

Esto parte de las siguientes premisas:

- Las reacciones de luto y vacío ocurren después de desastres, cuando éstos afectan al individuo mediante la pérdida de personas, bienes materiales o su entorno.
- Los individuos se adaptan de manera variable a las situaciones y ambientes nuevos.
- Los síntomas de crisis son a la vez, causa y efecto de desorganización social, psicológica y fisiológica; aspectos que pueden estudiarse como parte de un proceso interrelacionado.
- Los damnificados necesitan ayuda social, psicológica, fisiológica y económica.
- Los post-efectos de la resolución de crisis pueden ser de larga maduración, además de ser moderados, mínimos o graves según ocurra la resolución adaptativa o inadaptativa de las demandas a que se ve sujeta la persona como resultado del desastre.

El siguiente esquema presenta los ordenamientos teóricos de los conocimientos básicos y la organización de los datos que sirve de guía al profesional para elaborar los procedimientos de intervención.

Fase de impacto



S1. Estrés producido por el desastre mismo

S2. Estrés causado por el desastre y por la desorganización comunitaria ulterior

S3. Estrés resultante de la desorganización comunitaria

El profesional de la salud debe poseer los conocimientos y tener las habilidades necesarias para:

- Evaluar la situación.
- Poner en práctica procedimientos de intervención terapéutica.

Hasta aquí se puede decir, que se cubren los conceptos generales que permiten entender en cierta medida la conducta de las personas afectadas por los desastres u otras eventualidades traumáticas; a continuación, es necesario abordar las principales afecciones psicológicas que se pueden presentar ante tales situaciones con la finalidad de ser conscientes de la importancia que tiene el minimizar los efectos negativos, mediante una oportuna intervención psicológica.

CAPÍTULO II:

INFORMACIÓN PARA IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES AFECCIONES PSICOLÓGICAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR ANTE SITUACIONES DE DESASTRES Y EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

En 1986, el gobierno del estado de Jalisco publicó, en el libro Medidas Preventivas en Casos de Desastres, la categorización de la respuesta a un trauma en distintas fases. Además, se identifican algunas de las reacciones patológicas que se pueden manifestar en eventos traumáticos. En lo referente a situaciones de desastre, se distinguen las reacciones colectivas de las individuales. A continuación se describen cada una de esta categorización.

2.1. Fases usuales de la respuesta de un trauma

2.1.1 Fase de dolor

La respuesta inmediata a un suceso traumático puede oscilar entre un estado de alarma aguda (un golpe de miedo) y una incapacidad de registrar el significado de la experiencia.

2.1.2 Fase de negación

Después del shock inicial, algunas personas pueden experimentar un estado de negación que dura semanas o meses antes de que se manifiesten respuestas emocionales al trauma. Los síntomas incluyen amnesia, trastorno del sueño, síntomas somáticos, insensibilidad, retraimiento etc.

2.1.3 Fase intrusora

Cuando la fase de negación ha sido prolongada, la aparición repentina de síntomas de la fase intrusora (sobresaltos, pensamientos invasores, preocupación, estado de nerviosismo crónico, trastornos del sueño, pesadillas, etc.) pueden generar un grado considerable de ansiedad y el temor de “volverse loco”. La mayoría de las personas se tranquilizan al saber que estas experiencias son normales y transitorias.

2.1.4 Fase de elaboración

Durante esta fase, el sujeto examina el significado de la experiencia traumática y de otros eventos y recuerdos asociados, elabora el duelo de las pérdidas y las heridas recibidas y reconsidera nuevos planes para enfrentar el futuro.

2.1.5 Fase de consumación

Esta fase se alcanza cuando la persona reconoce los efectos del trauma sobre su estructura psíquica, cuenta con planes optimistas para el futuro y ha reiniciado las actividades laborales de esparcimiento.

2.2 Reacciones patológicas ante un evento traumático

- Síntomas que no se resuelven en el curso de algunas semanas.
- Síntomas graves.
- Respuestas de adaptación inadecuadas, incluyendo el abuso de drogas, retraimiento, estados disociativos, psicosis y reacciones depresivas.
- Dificultades moderadas a graves en las esferas laboral y social.

2.3 Reacciones individuales ante una situación de desastre

Ante una situación de desastre el individuo reacciona de acuerdo a varios factores, entre los cuales se encuentran: a) la personalidad; b) la edad, sexo, grupo étnico y posición económica; c) los mecanismos usuales de hacer frente a los problemas (defensa y adaptación); d) la intensidad de la fuente de estrés; e) la correspondencia adecuada entre la necesidad individual y los sistemas de apoyo; f) el grado de la pérdida personal experimentada, y g) la disponibilidad de socorro y de recursos comunitarios de asistencia.

A su vez, el fenómeno se divide en fases de: amenaza, choque, readaptación y secuelas.

2.3.1 Fase de amenaza

En la actualidad, por la tecnología avanzada y los medios de comunicación, es posible predecir algunos desastres naturales.

Generalmente aumenta la ansiedad y otras reacciones de temor, que tienen variantes de acuerdo a la experiencia previa de los habitantes de la región afectada y sus tradiciones culturales. Algunas personas responden rápidamente y en forma adecuada y responsable; en cambio, otras niegan la posibilidad de que se produzca un desastre y posponen los planes de protección. Ciertas respuestas reflejan un sentimiento de invulnerabilidad expresado en las frases: “no me puede pasar a mí”, o “no puede pasar aquí”. Algunas otras personas atribuyen la responsabilidad al gobierno que “debe protegernos” y adopta una actitud de agresión pasiva al mismo tiempo. Inclusive hay quienes se defienden a través del sentido del humor haciendo bromas sobre la situación.

Los mecanismos de adaptación y defensa que se utilizan con mayor frecuencia son: la negación, que afecta la percepción de la realidad externa; la represión, mediante la cual, el individuo sumerge en el inconsciente, ideas y sentimientos dolorosos o atemorizantes.

2.3.2 Fase de choque

Desde el punto de vista biológico, se producen cambios en los niveles neuroquímicos del sistema nervioso central, estas alteraciones suelen afectar las

respuestas inmunológicas, entre las que se encuentra también la fatiga constante o intermitente, agotamiento y diferentes grados de inquietud acompañados por modificaciones del apetito y el sueño.

Las reacciones psicológicas abarcan todos los niveles de las emociones; de la ansiedad, el temor, la preocupación, la vergüenza y la culpa, las cuales modifican la autopercepción y se suman a las dificultades que una persona tiene para adaptarse y hacer frente a la situación.

Puede existir autocentrismo, es decir, que cada uno se sienta la persona más afectada o entrar en un grado de ofuscamiento, caracterizado por diferentes grados de desorientación, desorganización, dificultad para tomar decisiones, dificultad para entender lo que dicen los demás y desorientación con base en el tiempo. Estas reacciones pueden durar desde unas horas hasta varios días durante cierto tiempo en el que las víctimas experimentan olas de temor, ansiedad y aprehensión.

Puede existir además, un aturdimiento psíquico que consiste en monotonía, desinterés, distanciamiento e indiferencia hacia personas que anteriormente eran importantes en la vida de la víctima y el aniquilamiento de la sensación de estar a salvo de la muerte, pues cuando se ha estado tan cerca de ella, ya no puede seguir negándose su existencia y resulta difícil recuperar la sensación de protección por lo que al parecer, este cambio tiene un efecto profundo en la personalidad.

Otra manifestación de la necesidad de controlar las emociones es la obediencia dócil y pasiva de las órdenes, mandatos o reglamentos de las autoridades encargadas del rescate, aunque siempre hay personas que se vuelven rebeldes y que manifiestan deseos de dirigir sus propios actos en los refugios.

Ambos comportamientos ejemplifican la necesidad de controlar la situación para no sentirse abrumado por intensos sentimientos de dolor.

2.3.3 Fase de Readaptación

Desde el punto de vista biológico pueden comenzar manifestaciones de reacciones psicosomáticas que interfieren con las funciones biológicas normales y ocasionan padecimientos agudos o crónicos; se ha informado de la aparición de trastornos cardiovasculares y la necesidad de renovar la medicación para tratar padecimientos que ya habían sido controlados, por ejemplo, la tensión arterial y la diabetes. Desde el punto de vista psicológico son muy variadas las reacciones que se manifiestan cuando los individuos se dan cuenta de las consecuencias de la catástrofe.

A medida que evalúan lo que necesitarán para reconstruir su vida, manifiestan dolor, aflicción y desesperación en todas las formas conocidas, de tal forma, el proceso de resignarse a su destino convierte la vida de las víctimas en una sucesión de días dolorosos, con intensos sentimientos de impotencia; experimentan, además, niveles de vulnerabilidad que los despojan de los mecanismos normales de defensa y adaptación y les impiden hacer frente a la necesidad de tomar decisiones encaminadas a la rehabilitación.

En el desempeño de sus labores, los socorristas invaden el espacio vital de las víctimas, situación que puede provocar malentendidos y reacciones emocionales violentas.

2.3.4 Secuelas

Algunas personas continúan presentando ansiedad y depresión crónicas, sin embargo, se sabe que la mayor parte de las víctimas se rehabilita; los grados de adaptación individuales varían de acuerdo a los recursos con que cuentan y la mayoría parece resignarse a las experiencias y pérdidas que han sufrido.

Durante largo tiempo después de la catástrofe, las víctimas utilizan sus sistemas de apoyo de una manera más acentuada y continua, pues sienten la necesidad de relatar el hecho y de hacer que los demás sepan cuan traumática fue la experiencia. Al final, la catástrofe se transforma en un acontecimiento que une a las personas que lo experimentaron, pues comparten una historia que es exclusiva de los sobrevivientes.

Autores como Ollendick y Hoffman señalan la presencia de algunas fases en toda la población: Una fase heroica con duración aproximada de una semana y durante la cual, el sujeto es capaz de llevar a cabo gran actividad para el salvamento de víctimas.

Seguida de la fase de “luna de miel” con duración de una semana a seis meses y en donde existe sentimiento de solidaridad y unión entre los sujetos afectados, existiendo cooperación y esperanza de salir adelante del desastre.

A continuación, la fase de desilusión que comprende el lapso entre los seis meses y los 2 años y durante la cual el individuo percibe las dimensiones de la catástrofe y sus limitaciones para la reconstrucción después del desastre.

Finalmente una fase de reconstrucción en donde el sujeto se resigna a lo que ha pasado y efectúa acciones tendientes a “seguir la vida”.

2.4 Reacciones colectivas ante una situación de crisis o desastre

En la fase de amenaza, y a medida que el peligro invade a la comunidad, se lleva a cabo una excesiva agitación y actividad, en general, se observa que el individuo se muestra dispuesto a cooperar en las actividades de preparación para el desastre que desarrollan las instituciones en apoyo a la población. También es usual su participación activa en actividades de índole religiosa.

En la fase de choque algunos individuos se comportan de una manera dócil, indefensa, dependiente e indecisa, mientras que otros exigen y se quejan porque creen tener derecho a que se satisfagan todas sus pretensiones o bien culpan a las autoridades por el desastre.

Un pequeño porcentaje de las víctimas se aíslan y se muestran poco comunicativas, algunos tienen sentimientos de culpa porque otros fueron menos afortunados que ellos, y para lavar la culpa necesitan realizar actos expiatorios. Los mecanismos de adaptación y defensa que ayudan a los hombres a sobrevivir, van desde un comportamiento rígido y obsesivo en su interacción con otros, hasta la indecisión, el cambio constante de opinión y la aceptación de cualquier sugerencia. Todos los esfuerzos ya sea que estén dirigidos a relacionarse o

aislarse, ayudan a las víctimas a manejar el sentimiento de crisis, urgencia y amenaza dentro de la situación totalmente desconocida en la que se encuentren.

En la fase de readaptación, algunos de los individuos que inmediatamente después de la catástrofe tendían a agruparse, ahora se aíslan y presentan reacciones de rígida dependencia; a estas personas les resulta difícil compartir los materiales y recursos suministrados por los trabajadores encargados del rescate. En esta etapa aumenta la dificultad para mantener relaciones estables, pues la gente se enfada y con gran facilidad se siente herida por no haber recibido la parte justa de los recursos de socorro, culpa a los demás por su suerte o bien, se siente codicioso y culpable.

En zonas de escasos recursos, un porcentaje de la población asume el papel de víctima y expresa el sentimiento de tener derecho a todo, finge desamparo y tiene reacciones de depresión frente a las frustraciones. El sujeto se siente fracasado, pues piensa que tiene una prueba de su falta de fortaleza, capacidad y control, y debe depender de otras personas; estas reacciones alteran y distorsionan las relaciones entre una persona y su sistema de apoyo.

Es conveniente señalar que en la mayor parte de la gente, estos sentimientos de automenosprecio desaparecen lentamente con la recuperación de los rasgos característicos de la personalidad y las habilidades sociales. Dentro de la comunidad se producen esfuerzos activos que ayudan a revitalizar la estructura social y a lograr que las instituciones afectadas funcionen con mayor eficacia.

2.5 El trastorno por estrés Postraumático (TEP)

El trastorno por estrés postraumático (TEP) es un trastorno por ansiedad que se desarrolla en respuesta a un trauma psicológico o físico externo. Estos acontecimientos pueden implicar una amenaza a la vida propia o a la de un cónyuge o miembro de la familia. Los ejemplos incluyen, ser secuestrado y amenazado, accidentes traumáticos y desastres naturales, violación e incesto, experiencias en campos de concentración, abuso infantil y el síndrome de mujer golpeada. Estos sentimientos producen sentimientos de terror y desamparo (Sue, 1996).

Con el objetivo de clarificar el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático, específicamente, su diagnóstico diferencial, los criterios y la etiología, se tomó en cuenta el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales(DSM-IV) en su cuarta versión (Aliño, 2002). A continuación la descripción de cada uno de estos conceptos.

2.5.1 Diagnóstico del TEP

Tiene como particularidad esencial, la aparición de síntomas característicos que siguen a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o su integridad física; el individuo es testigo de un acontecimiento donde o existe una amenaza para la vida de otras personas, se producen muertos, heridos; o bien, el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana, acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daños serios, peligro de muerte o heridas graves.

El trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos (p. ej., torturas, violaciones). La probabilidad de presentar este trastorno puede verse aumentada cuanto más intenso o más cerca físicamente se encuentre el agente estresante.

El acontecimiento traumático puede ser reexperimentado de varias maneras. El individuo tiene recuerdos repetidos o pesadillas recurrentes en las que el acontecimiento vuelve a suceder o es representado de otro modo. Puede experimentar estados disociativos durante los cuales se reviven aspectos del suceso y la persona se comporta como si estuviese en el momento del evento traumático. Estos episodios se denominan flashbacks y son típicamente breves.

El TEP puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia, y los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma, si bien puede haber un lapso temporal de meses, o incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto.

En su cuarta versión, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales(DSM-IV) especifica tres grados de TEP relacionados con la duración de los síntomas:

- Agudo. Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses.
- Crónico. Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses.
- De inicio demorado. Esta especificación indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

2.5.1.1 Diagnóstico diferencial DSM-IV

En el trastorno por estrés postraumático el factor estresante debe revestir suma gravedad (p. ej., un peligro para la vida). En cambio, en el trastorno adaptativo el factor estresante puede tener cualquier intensidad. El diagnóstico de trastorno adaptativo es apropiado tanto cuando las respuestas a un desencadenante extremo no reúnen los criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático (o cualquier otro trastorno mental específico), como cuando el cuadro sintomático típico de trastorno por estrés postraumático aparece en respuesta a desencadenantes no excesivamente importantes (p. ej., abandono del cónyuge, pérdida del puesto de trabajo, etc.).

Si el cuadro sintomático, pese a aparecer como respuesta a un factor estresante de carácter extremo, reúne los criterios de otro trastorno mental (p. ej., trastorno psicótico breve, trastorno de conversión, trastorno depresivo mayor), en vez de un trastorno por estrés postraumático, o además de él, debe diagnosticarse el otro trastorno mental.

El trastorno por estrés agudo se diferencia de trastorno por estrés postraumático porque el cuadro sintomático del primero debe aparecer y resolverse en las primeras 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático. Si los síntomas persisten más de 1 mes y reúnen los criterios del trastorno por estrés postraumático, debe cambiarse el diagnóstico de trastorno por estrés agudo por el de trastorno por estrés postraumático.

En el trastorno obsesivo-compulsivo, hay pensamientos de intrusión de carácter recurrente, si bien el individuo los reconoce como inapropiados y no se relacionan con la experiencia de un acontecimiento traumático. Los flashbacks típicos del trastorno por estrés postraumático deben distinguirse de las ilusiones, alucinaciones y otras alteraciones perceptivas que pueden aparecer en la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos, delirium, trastornos relacionados con sustancias y trastornos psicóticos debidos a enfermedades médicas.

Cuando están de por medio compensaciones económicas, selecciones o determinaciones forenses, debe descartarse siempre la simulación.

No todos los síntomas psicopatológicos en individuos expuestos a un factor estresante extremo deben atribuirse a un trastorno por estrés postraumático. Los síntomas de evitación, embotamiento emocional y aumento de la activación (arousal) previos al acontecimiento traumático, no reúnen los criterios para este diagnóstico y, por lo tanto, deben ser diagnosticados como secundarios a otros trastornos (p. ej., un trastorno del estado de ánimo u otros trastornos de ansiedad).

2.5.2 Criterios DSM-IV para el diagnóstico del TEP

2.5.2.1 Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por Estrés postraumático [309.81]

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:
 - 1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 - 2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

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

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

Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

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

Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.

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

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

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

1. Esfuerzo para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. Esfuerzo para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del suceso.
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
7. Sensación de un futuro limitado (p. ej., no esperar obtener empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, tener esperanza de una vida normal).
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausencia antes del trauma), tal y como 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. Hipervigilancia
 5. Respuestas exageradas de sobresalto
- E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de un mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más

Especificar si:

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

Aunque el trastorno por estrés postraumático existe claramente, persisten muchas interrogantes respecto al diagnóstico, etiología y tratamiento ya que en la determinación del trastorno, todavía desempeña un gran papel el juicio subjetivo. Por ejemplo, ¿qué constituye un “evento psicológicamente traumático”? Aunque se dan ejemplos en el DSM-IV, no queda claro qué situaciones específicas pueden producir el trastorno, por lo cual, definir el criterio estresante es de vital importancia en el diagnóstico del TEP, debido a que actúa como un portero. A menos que ocurra un estresante específico, no se puede determinar que exista, a

pesar de que puedan estar presentes otros síntomas tales como revivir la experiencia, embotamiento emocional y reactividad emocional.

2.5.3 Etiología

Debido a que un acontecimiento traumático precipita el trastorno, varios investigadores (Keane et al., 1985, Kilpatrick et al., 1985; Kolb, 1987) creen que está implicado el condicionamiento clásico. Las personas que tienen TEP a menudo muestran reacciones a estímulos presentes en el momento del trauma (oscuridad, hora del día, olor del combustible diesel, ruidos propulsores, etc.). No ocurre la extinción debido a que el individuo evite pensar en la situación. Sin embargo, el modelo del condicionamiento clásico es insuficiente para explicar la aparición de los síntomas, pues no todos los que son expuestos a un evento traumático desarrollan un trastorno de estrés postraumático, ya que otros factores tales como las características individuales de la persona, su percepción del acontecimiento y la existencia de grupos de apoyo también tienen una influencia.

Un estudio mostró que los veteranos de guerra que desarrollaron TEP tenían una probabilidad mayor de haber sufrido heridas, haber estado más cerca de su propia muerte, sentirse más culpables respecto a su papel en el evento y percibir menos apoyo de sus familias (Solkoff et al., 1986). Las experiencias infantiles negativas (Bremner et al., 1993) y ser más retraído e inhibido (Schnurr et al., 1993) También se asocian a un aumento del riesgo de desarrollar TEP.

Según Breslau y sus colegas (1991) los individuos que desarrollaron TEP tuvieron mayor probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad preexistente o una historia familiar de la misma. Las víctimas de incesto que son capaces de “hallar sentido” a su victimización mostraron una mejor adaptación que aquellas que fueron incapaces de redefinir el acontecimiento (Janoff-Bulman, 1985). Las víctimas de un trauma cuya experiencia las lleva a desarrollar una pérdida de control percibida como generalizada, es probable que desarrollen el TEP más grave (Kusher et al., 1992). Parece que una variedad de experiencias individuales o características de un ambiente de apoyo pueden moderar el impacto de un estresante traumático.

También existen evidencias de un componente hereditario en la transmisión del trastorno por estrés postraumático, por otro lado, los antecedentes de depresión en familiares de primer grado se han relacionado con un aumento en la vulnerabilidad a padecerlo.

2.5.4 Tratamiento

A fin de describir los tratamientos para el TEP que se han aplicado en el periodo comprendido entre las décadas ochenta y noventa, se presenta la siguiente revisión Sue (1996):

Los tratamientos para el TEP han variado desde el enfoque de intervención en crisis para individuos que sufren del impacto reciente de un estresante, hasta el psicoanalítico y cognitivo conductual para formas más crónicas de éste. Debido a que son reportados síntomas de ansiedad, a menudo se les administran medicamentos ansiolíticos a los individuos con este trastorno; los medicamentos usados para tratar los síntomas del TEP incluyen antidepresivos, litio, medicamentos de anti ansiedad, bloqueadores beta, clonidine y otros.

En su trabajo con veteranos de Vietnam con TEP, Embry (1990) recomendó los siguientes pasos: 1) establecer compenetración por medio de la comprensión del significado del trauma para el individuo, 2) permitirle “tener permiso” para expresar sus emociones, 3) ayudarlo a aprender a dejar el papel de “enfermo” y 4) enfocar los problemas actuales al igual que el trauma previo.

Los procedimientos de extinción también han sido exitosos. Un niño de seis años de edad con TEP que se desarrolló después de haber sido involucrado en un bombazo y ver personas heridas, fue tratado con éxito por medio de técnicas de relajación e inundación imaginaria. Al niño se le pidió que imaginara escenas de personas heridas, el olor del humo y los gritos de los individuos. Este procedimiento redujo de manera marcada sus síntomas (Saigh, 1986).

Un tratamiento reciente y promisorio para el TEP llamado desensibilización del movimiento ocular ha sido desarrollado por Shapiro (1989). Consiste en pedir al cliente que visualice la imagen perturbadora y luego la describa usando todas las modalidades sensoriales; después de que la imagen es clara, el cliente sigue

visualmente los movimientos laterales del dedo o lápiz del clínico mientras mantiene inmóvil su cabeza. Éstos son repetidos de 20 a 30 veces con aproximadamente un segundo de separación entre los mismos. Este procedimiento parece dar por resultado una disminución muy rápida de la angustia y elimina los síntomas tales como pesadillas y escenas retrospectivas. Se han reportado pocos casos de recaídas (Wolpe&Abrams, 1991) y aunque los hallazgos iniciales son impresionantes, la razón de que los movimientos oculares sean efectivos no está clara. Como señaló Marquis (1991) en su revisión de este enfoque: “Es necesario mostrar más allá de toda duda que los movimientos oculares son esenciales para el descondicionamiento y que no simplemente cualquier actividad simultánea lo haría tal como agitar los brazos, repetir sílabas sin sentido, oler rosas o sentarse en un bloque de hielo”. Aún si se mostrara que los movimientos oculares son esenciales para este procedimiento, todavía sería necesario encontrar el mecanismo que explica su éxito.

También se han desarrollado enfoques cognitivo conductuales para trabajar con personas con trastorno por estrés postraumático. Los síntomas del TEP son causados por la persona que ve el mundo como un lugar impredecible o incontrolable para vivir. Las estrategias de tratamiento incluyen permitir a la persona que: 1) Redefina el acontecimiento para obtener un sentido de consistencia en el mundo (al compararse a sí misma con aquellos que han sido menos afortunados y considerar los posibles beneficios de la experiencia, etc.), 2) Encuentre significado y propósito en la experiencia, 3) Cambie conductas para ayudar a prevenir que vuelva a ocurrir el suceso y 4) Busque apoyo social (Janoff-Bulman, 1995).

La clasificación de un proceso de duelo, de algún trauma de estrés o de alguna enajenación colectiva, es parte primordial para su recuperación. Distinguir los diferentes síntomas y realizar los diagnósticos en relación de la agrupación de los mismos, sirve de herramienta a los profesionales de la salud para intervenir acertadamente con cada uno de ellos.

Utilizar algún tipo de manual como el DSM-IV o algunos otros materiales bibliográficos hacen que sea mucho más sencillo este tipo el intervenir a favor de la salud y el cuidado del ser humano después de algún desastre.

CAPÍTULO III:

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Este capítulo tiene la finalidad de entender un poco el papel que desempeña el profesional de la salud a fin de situarlo en la posición en la que tendrá más incidencia en la atención de la población afectada; también expondrá algunas formas de intervención en psicología de emergencia, tales técnicas como el Debriefing, el CIPR (Critical Incident Processing & Recovery), la intervención realizada tras el 11-M; todas tienen la finalidad de brindar los primeros auxilios psicológicos y de apoyo a las víctimas secundarias ante situaciones traumáticas. Aunque éstas serán expuestas sólo de manera general para enriquecer el conocimiento del profesional de la salud de la escuela preparatoria.

De manera más específica, se consideró que la herramienta que el profesional de la salud de la escuela preparatoria puede emplear para poner en práctica los procedimientos de intervención terapéutica ante situaciones de desastre, es la terapia breve, motivo por el cual se hace un especial énfasis en ésta, que por su practicidad permite orientar adecuadamente la intervención adecuada.

Posteriormente se expone el Programa de atención a la salud mental en caso de desastres del Centro de Intervención en Crisis, que es un derivado directo de la terapia breve y que tiene aspectos complementarios al presente desarrollo.

Es pertinente señalar que la intervención psicológica en caso de desastres es básicamente intervención en crisis (Bellak, 2004). Por tanto, no hay diferencias teóricas básicas y de concepto entre intervención en crisis y psicología de emergencia.

3.1 Papel del profesional de la salud en la atención de personas que acaban de sufrir un episodio traumático

Ospina(2008) menciona que, teniendo en cuenta que la psicología comienza a involucrarse con las situaciones de emergencia a partir de la primera guerra mundial, se puede ver a través del tiempo como el rol del profesional de la salud se ha ido transformando. Las demandas contemporáneas han influenciado esta transformación. En otros tiempos el profesional de la salud debía seleccionar a los candidatos psicológicamente aptos para la guerra pero después se vio obligado a tratar a los individuos afectados por el “Estrés de Guerra”. Durante los años 70’s el profesional de la salud comenzó a involucrarse en el diseño de programas con el fin de intervenir sobre aquellas personas que se han visto afectadas por situaciones de emergencia. Con cada época hacen su aparición nuevas necesidades y el papel del profesional de la salud se va acoplado a cada situación histórica. A pesar que la labor del profesional de la salud en la emergencia no es necesariamente nueva su rol y sus formas de intervención si lo son. Actualmente el profesional de la salud no se enfoca en esta área a la selección del personal para incorporar soldados a la guerra, ni tampoco trata solamente patologías de guerra si no que tiene un papel más significativo y específico, por ende mucho más delicado y es el trato directo con las víctimas.

Dada la vulnerabilidad de los individuos a los desastres que comúnmente involucran a muchas personas, el papel del profesional de la salud ha debido encaminarse a prestar el apoyo psicológico necesario para que los individuos se recuperen de la manera más apropiada y saludable a este tipo de situaciones.

Desde esta perspectiva se trata de ayudar a que el individuo en el momento inmediatamente posterior al evento traumático, cuando aún hay una cantidad de emociones crudas circulando en el individuo relacionadas incluso con las respuestas biológicas que dominan su capacidad de razonamiento. El profesional de la salud debe estar en capacidad de ofrecerle las herramientas que le permitan tener el control de sí mismo. Con la ayuda de la intervención el individuo pueda así tomar pequeñas decisiones, planificar acciones que le permitan regular sus estados de excitación y pueda expresar de manera clara y coherente sus sentimientos. Una de las cualidades del profesional de la salud es la capacidad de “escuchar activamente” al individuo. Una de las funciones de la escucha es ayudar a poner en orden el relato del individuo. Para lograr esto el profesional de la salud debe tener la habilidad de comprender al individuo e hilar los elementos más importantes que permitan ayudar a restablecer el autocontrol. Estos principios son fundamentales en la psicoterapia breve y deben ser aplicados desde el inicio de la intervención. Pero esta no es la única función del profesional de la salud de emergencia. Debe tener un compromiso ético también con su disciplina desde la manera como respeta al individuo tratado hasta su contribución con el enriquecimiento teórico y la investigación en este ámbito.

3.2 Psicología de emergencia

De acuerdo con Ospina (2008) la psicología de emergencia se define desde su hacer, y la señala como la aplicación del conocimiento general de la psicología a las situaciones de emergencias. Esta definición ampliada por Araya (2001), la define como la rama de la psicología que estudia los fenómenos presentes en una situación de peligro sea natural o provocada por el hombre. Como objeto de estudio de la psicología en este ámbito, Lorente (2003) señala que es el conjunto de emergencias, que están determinadas por el tiempo (antes, durante y después de la emergencia), las circunstancias de la emergencia y los sujetos inmersos en tales situaciones. El determinante “sujetos” incluye no solo a las víctimas directas, también a sus familiares, allegados e intervinientes.

Dentro de la situación de emergencia existe un aspecto importante que es la crisis; Araya (2001) la define como un proceso que permite la liberación de elementos reprimidos, siendo el resultado de una perturbación, la cual provoca una parálisis de los elementos protectores o moderadores de los desordenes e incertidumbres, que finalmente lleva a la desorientación del individuo. En resumen desde esta perspectiva, la crisis es una situación extraordinaria que desestabiliza el equilibrio de la persona, ocasionando un impacto físico, psicológico, social, económico y/o ambiental, individual y/o grupal. Otros autores han considerado la crisis como un estado agudo de larga duración (meses hasta años), Caplan (1964 citado en Araya, 2001) por ejemplo considera que la crisis se puede resolver en un periodo de 4 a 6 semanas; según estudios al respecto que expone Kart (1996, citado en Araya, 2001), han demostrado que en este periodo se observa un restablecimiento del equilibrio, restaurándose las enfermedades de tipo somáticas y reduciéndose las emocionales, pero la crisis puede ser mayor a 6 semanas y menor a 7 meses.

Es importante señalar que la crisis como tal, como lo plantea Rubin&Bloch (2000 citado en Araya, 2001), es una reacción normal ante circunstancias traumáticas por lo tanto no es posible preparar a las personas para enfrentar tales eventos como tampoco se puede anticipar sobre la manera como los individuos reaccionaran ante tales acontecimientos. A pesar de estos factores se espera que las víctimas cuenten con la capacidad para afrontar estas problemáticas y aprovechar las herramientas que ofrecen otras personas que intervienen en la situación de crisis. Kart (1996 citado en Araya, 2001) agrega que además de que la crisis sea un trastorno temporal y debido a la desorganización que produce, el individuo en tales circunstancias es incapaz de usar los métodos acostumbrados para la resolución de problemas, Taplin (1996 citado en Araya, 2001) ha descrito este fenómeno como la incapacidad del “mapa cognitivo” para manejar y resolver situaciones nuevas conflictivas.

3.2.1 La evaluación psicológica en la situación de emergencia

Tomado como base los atentados del 11-S en Estados Unidos y 11-M en España, es importante conocer la labor del profesional de la salud en estas situaciones de emergencia con el ánimo de aplicarlas a otras situaciones similares. La evaluación por ejemplo, es un aspecto de la atención psicológica que puede servir de modelo en la atención de víctimas en otras partes del mundo. Hillers & Rey (2005, citado en Ospina, 2008), refieren que durante los atentados terroristas de España, se creó el SUMMA 112 (Dispositivo Especial de Atención Psicológica), con el fin de prestar los primeros auxilios psicológicos. Esta herramienta psicológica aborda el siguiente procedimiento para realizar el contacto psicológico.

- Examinar las dimensiones del problema.
- Analizar posibles soluciones.
- Asistir en la ejecución de la acción concreta.
- Realizar seguimiento.

Moreno (2004, citado en Ospina, 2008), señala que lo más importante en el trabajo de emergencia es focalizarse en la “necesidad de la víctima” y a partir de allí para la evaluación y los parámetros de intervención.

La evaluación que se llevó a cabo tras los atentados del 11-M, consistió principalmente en la valoración de situaciones como: número de dolientes, presencia de signos y síntomas de tipo psiquiátricos y psicológico tanto en familiares como en allegados, las expresiones de dolor y los estados emocionales. Este tipo de valoración permitió “un acercamiento al conocimiento y la comprensión de las necesidades de las víctimas, como prioridad en la labor psicológica de emergencia.”

Uno de los instrumentos no psicométricos usados actualmente fue diseñado por Lorente (2003), y permite evaluar y valorar a la persona en crisis a través de la aplicación del PEIVD (Protocolo De Evaluación Inicial a Víctimas Directas). Este instrumento intenta identificar a las víctimas que requieren más apoyo psicológico durante la situación de emergencia, teniendo en cuenta que no todas las víctimas necesitan el mismo nivel de ayuda, ya que muchas de ellas logran reponerse a la crisis sin mayores complicaciones. La herramienta pretende identificar y predecir

quienes son aquellas personas que podrían desarrollar otros trastornos a futuro y que por ende necesitarían intervención psicológica.

Además, refiere que para la aplicación de la escala el individuo debe contar con ciertas capacidades cognitivas y un nivel de conciencia relativamente normal.

Para identificar el grado de conciencia se sugiere aplicar la Escala Glasgow y el Mental Status Questionnaire. Una vez verificado el estado de conciencia de la víctima se le pide que narre a su modo de experiencia el incidente. Esto último con el fin de identificar el estado afectivo y cognitivo en el que se encuentra. El profesional de la salud puede utilizar preguntas como: “y ahora que se encuentra a salvo, ¿qué piensa sobre lo que le ha pasado?”.

Estas medidas permiten evaluar en las víctimas los siguientes aspectos:

- Coherencia/incoherencia del discurso.
- Confusión. Normal.
- Estado emocional.
- Autoculpa.
- Lagunas en el relato.
- Negación.
- Ideación autolítica.
- Traumatización o incidentes críticos previos.

Finalmente, este autor agrega que durante la evaluación debe tenerse en cuenta los estados de disociación, pánico intenso y desesperanza del individuo y para identificarlos el profesional de la salud puede apoyarse en preguntas como: “¿En algún momento se ha sentido como si aquello no le estuviera ocurriendo a usted, como si hubiera salido de su cuerpo?, ¿En algún momento ha sentido que la situación no tenía salida, que iba a morir irremisiblemente?”. También es relevante para el proceso evaluativo explorar la existencia de antecedentes médicos y psiquiátricos premorbidos, al igual que la existencia de pasadas crisis de ansiedad vinculadas a eventos traumáticos.

3.2.2 Técnicas de intervención específicas

Como se señaló con anterioridad en este trabajo, la intervención de la psicología en el campo de la emergencia no es reciente. Esta data desde la primera guerra mundial, y estuvo basada sobre todo en modelos de intervención psiquiátrica. El diseño de programas como CISM (Critical Incident Stress Management), creado por Jeffrey Mitchell en 1983 ha permitido la aplicación de la técnica de intervención Debriefing. Para Vera (2005), Debriefing significa hablar, expresar o narrar algo que ha ocurrido. La técnica consiste en expresar los sentimientos y emociones que se evocan con la experiencia traumática y el objetivo es lograr un orden cognitivo del evento traumático.

Esta técnica consta de 7 fases y cuatro componentes:

FASES	COMPONENTES
1. Introducción	1. Introducción: es la presentación del profesional y los objetivos de la técnica.
2. Hechos	2. Narración: los participantes cuentan los hechos, describen sus ideas y pensamientos.
3. Pensamientos	3. Reacción: se promueve la elaboración de emociones.
4. Reacciones emocionales	4. Educación: se informa los síntomas del estrés
5. Síntomas	postraumático y se entrega material informativo sobre
6. Información	estrategias de afrontamiento.
7. Reconexión	

El Debriefing se sigue aplicando en la actualidad, pero está sujeto a muchas críticas. La principal es que se acostumbra aplicar como una herramienta individual y no dentro de un programa de evaluación y atención. Aunque algunas investigaciones han demostrado su ineficacia, otras han remarcado su pertinencia.

Autores como Galliano, Cervera & Parada (2003 citado en Vera, 2005) han sido críticos frente a la manera como se ha venido usando esta técnica y consideran que para hacerla eficaz deben incluirse escalas adicionales como IES (escala de impacto de acontecimientos Horowitz et al. (1979 citado en Vera, 2005)), GHQ (General Health Questionnaire) entre otras. Ellos han desarrollado su propia estrategia EL CIPR (Critical Incident Processing & Recovery), el cual es un marco de

intervención inmediata e integral, para ser aplicado a víctimas directas. La técnica de Debriefing se ha incluido en este tipo de intervención.

El modelo de intervención CIPR contiene:

- Primeros auxilios psicológicos.
- Debriefing psicológico y grupal.
- Evaluación individual.
- Apoyo continuado.
- Identificación específica de estrés postraumático.
- Counselling de seguimiento.

Respecto a este modelo Galliano, Cervera & Parada (2003 citado en Vera, 2005) describen CIPR como un proceso donde participan dos facilitadores en cada grupo, uno es el líder y el otro el co-líder. No hay un tiempo límite pero se espera que sea entre 2.5 ó 3.5 horas. La composición del grupo es muy importante para minimizar el riesgo de retraumatización. Durante la intervención se espera que el nivel emocional se mantenga estable o en niveles que posibiliten la auto-contención, el proceso está básicamente orientado al plano cognitivo.

Las fases del CIPR son descritas así:

- Fase 1: Introducción
- Fase 2: El incidente: se comienza narrando el día anterior al evento traumático (pre-incidente), de igual manera se termina la fase con la narración de los participantes del momento cuando se encontraron física y psicológicamente a salvo en sus casas.
- Fase 3: Después del incidente: los participantes hablan de sus reacciones físicas, psicológica u otras que se hayan manifestado días después del incidente. En este momento se les pide a los participantes que llenen un cuestionario con preguntas referidas al trauma, lo cual ayuda a los facilitadores a analizar si es necesario abordar las sesiones individuales.
- Fase 4: Mecanismos de afrontamiento: se trata de explorar las estrategias positivas que han usado los individuos para recuperarse del trauma.

- Fase 5: Finalización.

El objetivo principal del CIPR es facilitar la recuperación psicológica del individuo que se ha enfrentado a una situación traumática. Como se dijo anteriormente el Debriefing involucra hablar, narrar lo ocurrido para ayudar a la organización cognitiva del evento que conlleva a la cura contrario a esta idea Vera (2005) ha señalado que el hecho de narrar la experiencia traumática como herramienta de cura, no tiene evidencia científica y que la psicología ha asumido que guardar silencio ante una situación traumática es sinónimo de represión y que por consiguiente es un impedimento para la salud mental del individuo.

Vera (2005) refiere que otros autores tales como Martínez, Sánchez, Páez, Pennebaker & Rimé (s.f.) aseguran que, en situaciones de duelo, el que el individuo tenga que estar constantemente hablando de la problemática, puede causar un efecto negativo que no contribuirá a su recuperación. Esta recurrencia puede incluso hacer que la persona pierda las redes de apoyo. Por su parte, Silver & Wortman (s.f. citado en Vera, 2005) agregan que no todas las personas necesitan hablar del trauma para recuperarse y todas las que lo hacen no necesariamente se recuperan.

En el mismo nivel de ideas pero contrario a los autores mencionados, Rolle (2004) señala que narrar lo vivido es una forma de estructurar el relato y darle forma en el recuerdo. La dinámica de grupo ayuda en el sentido que al narrar la historia frente a otros permite revivir y recordar eventos olvidados o pensamientos no considerados. Paralelo a esto Bosch (2007) explica la importancia de la expresión emocional a nivel neurofisiológico específicamente al funcionamiento de la corteza cerebral ante situaciones de peligro. El señala que ante estas situaciones se produce un bloqueo de los lóbulos frontales, encargados de la expresión de acciones e ideas creativas a través de las palabras. Esta parte del cerebro que modula la conducta racional al bloquearse le da paso a la intervención del sistema límbico que es el encargado de integrar todas las estructuras que participan en la modulación de las emociones y la vida afectiva del individuo.

Esto ocasiona respuestas automáticas como la aceleración en el ritmo cardiaco, el pulso y la respiración junto con el aumento de la temperatura corporal y la

presencia de sudoración fría. El sistema límbico como gobernante de la conducta del individuo bloquea entonces la capacidad racional de pensamiento. Debido a estos procesos neurológicos las respuestas comunes ante el peligro son: gritar, correr, llorar, pelear, entre otras. Desde esta perspectiva narrar lo sucedido implica un esfuerzo racional que puede ayudar a la organización y regulación del evento traumático tanto a nivel cognitivo y como emocional.

Sin embargo, para Vera (2005) el profesional de la salud en la intervención debe ser sensible y tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Cuándo es más beneficioso hablar.
- Dónde es adecuado hacerlo.
- Bajo qué circunstancias.
- Identificar, quién necesita hablar y no puede.
- Identificar, quién no lo necesita y se le obliga.

Además del CIPR otras formas de intervención pueden ser empleadas. Por ejemplo el Equipo de Respuesta Inmediata en Emergencias de Intervención Psicosocial ARIES creado tras los atentados del 11-M con el ánimo de aliviar el sufrimiento de la víctima, implemento una forma de primeros auxilios psicológicos que incluyo la intervención con los familiares de las víctimas. En esta intervención se realiza acompañamiento en actividades difíciles como identificación de cadáveres, búsqueda de los familiares desaparecidos, acompañamiento en intervenciones quirúrgicas de un familiar víctima del atentado terrorista, acompañamiento durante las entrevista de policía, apoyo psicológico durante el velorio entre otros. También les proporcionó intervención en momentos de ansiedad y les sugirió información sobre cómo tratar a los niños.

Rolle (2004) remarcó que este método diseminó también con el personal que labora en las emergencias y también se realizó intervención psicológica con ellos.

Este entrenamiento ha permitido a los equipos de emergencia focalizar su atención en su labor de rescate y recuperación de la víctima, en estas situaciones los equipos de rescate actúan como teniendo anestesia emocional, lo que potencializa el aumento de la fuerza física y se disminuye la sensibilidad al dolor.

Situaciones en donde estos límites son trascendidos como el caso del atentado del 11-M considerado un “incidente críticos estresante”, de primera magnitud ha hecho que se considere la necesidad de intervenir sobre el personal de socorro.

Igual que con las víctimas se anima al socorrista para que cuente su experiencia vivida en una situación estructurada en grupos de ocho a doce personas.

El proceso grupal tiene en cuenta los siguientes aspectos:

- Acelerar los procesos espontáneos de recuperación.
- Fase de hechos: comenzar a narrar los recuerdos.
- Fase de pensamientos: qué pensaban los socorristas durante sus labores respecto al dolor de la víctima.
- Ser conscientes de las emociones asociadas.
- Reconocer que entre los diferentes equipos de trabajo y con las mismas víctimas, compartían sucesos fuera de lo normal.

Martín (2004) plantea los siguientes aspectos como objetivos principales en la intervención psicológica en crisis:

- Proporcionar los servicios adecuados de intervención psicológica.
- Evaluar las condiciones y necesidades de las personas y sus familiares.
- Establecer un orden de prioridades a la hora de realizar las diferentes intervenciones.

Procedimiento de atención:

- Acogida.
- Primera toma de contacto.
- Atención individual.
- Atención grupal.
- Asistencia práctica.
- Despedida y último adiós al fallecido.

Un aspecto importante que no se pueda pasar por alto en este procedimiento es la importancia del ambiente en el cual se interviene con la víctima y sus familiares, Brunet (2002), subraya la importancia del lugar de acogimiento de los individuos en el momento de la atención psicológica en la emergencia, también señala que los escenarios, estructuras y condiciones físicas ayudan a minimizar el riesgo psicológico. Para esto se debe tener en cuenta el tipo de personas con quienes se está realizando la intervención, su estructura como grupo y comunidad como factores que garanticen a los participantes el respeto por sus rituales y sus tradiciones culturales.

Para el autor es responsabilidad del profesional de la salud buscar las condiciones que permitan la intervención adecuada, de tal manera que disminuya los factores traumatizantes. Es fundamental para el proceso minimizar la tensión, garantizar la intimidad, y facilitar la información.

El proceso de intervención debe cumplir con los siguientes objetivos:

- Aproximación de los puntos de información y comunicación.
- Garantizar la intimidad de los sobrevivientes.
- Centrar el trabajo de acondicionamiento ambiental de acuerdo al tiempo de permanencia.

Bosch (2007) también enumera tres momentos en la intervención psicológica de emergencia:

- La intervención en crisis.
- El seguimiento.
- El tratamiento.

Además de estos puntos de intervención el autor agrega algunos factores adicionales que inciden en la recuperación del individuo como son la edad, su estilo de afrontamiento, su inteligencia y los vínculos familiares con los que cuente.

Galliano (2003 citado en Vera, 2005) resume que la intervención psicológica es un proceso de acompañamiento que hace el profesional con el individuo que pasa por una situación traumática y que a causa del dolor que ésta ocasiona hace más difícil su recuperación.

3.3 La terapia breve

Una de las formas de terapia más usadas en el trabajo de intervención psicológica de emergencia, y en la que queremos hacer mayor énfasis en el presente desarrollo, es la psicoterapia breve. En la emergencia Bellak (2004), aborda el concepto de psicoterapia breve, retomando los elementos fundamentales de la psicología clínica tradicional. El abordaje de la historicidad del individuo en relación con la narración que hace de su experiencia dramática es uno de los principios básicos de esta aproximación.

Este trata de vincular experiencias traumáticas que ha vivido el individuo en el pasado, con la experiencia que vive en la actual. El fin de esta medida es conocer cómo los eventos traumáticos pasados afectaron su vida emocional y de qué manera el individuo se recuperó de ellos, como también conocer el tipo de herramientas que usó para su recuperación. A partir de allí el psicoterapeuta puede establecer denominadores comunes entre esas situaciones pasadas y la actual (Insight) y reconocer los aspectos positivos para trabajar sobre ellos. Con esta visión se intenta potencializar los comportamientos que ayudaron a la recuperación del individuo. El acceso a la historia del individuo le permite al psicoterapeuta comprender la distorsión perceptiva del evento traumático expresada en su narrativa la cual también puede reflejarse a través de algunos síntomas de tipo somático.

Desde esta perspectiva el profesional de la salud logra comprender la extensión del impacto que sufre una persona que enfrenta una situación de crisis. Es importante tener en cuenta las diferencias individuales que lo llevan a determinar que los factores relevantes para unas personas no son importantes para otras. Teniendo en cuenta lo anterior y con el ánimo de comprender al individuo desde su individualidad, Bellak (2004) mencionó tres categorías generales que reúnen esos factores relevantes:

- El temor a perder la propia vida, la salud y el sentido de sí.
- La pérdida de la autoestima.
- La pérdida del amor o de los seres amados

Según lo planteado por Bellak (2004), el psicoterapeuta puede comprender al individuo en crisis y guiar su intervención a partir de dos concepciones. Estas concepciones son la base que permite una aproximación más realista de la problemática:

La concepción genérica: cada tipo de crisis provoca un particular tipo de respuesta. La cual debe ser del conocimiento del psicoterapeuta para lograr una intervención adecuada. Esta posibilidad particular de respuesta facilita el análisis y la intervención.

La concepción individual: refiere la importancia de los factores bio-psico-sociales en la vida del individuo. La historicidad del individuo juega un papel importante en la recapitulación y conceptualización de los factores bio-psico-sociales que afectan la manera de vivenciar el suceso traumático en el individuo.

3.3.1 Características de la terapia breve

De acuerdo con Hewitt&Gantivala Terapia de tiempo limitado y corta duración consiste en un máximo de cinco sesiones, con duración de cuarenta y cinco a sesenta minutos. A continuación se describe las características de la terapia breve:

El seguimiento realizado al número de sesiones a las que asisten los consultantes en los distintos servicios de psicología, evidencia que la mayoría de las personas abandonan los procesos terapéuticos relativamente en poco tiempo. Tomando esto en consideración, en el momento de planificar un tipo de terapia más realista a partir del número de sesiones a las que la mayoría de las personas asiste, con el fin de evitar una interrupción prematura. Por otra parte, fijar una meta en un marco temporal como parte del proceso terapéutico aumenta la motivación del consultante y evita su pasividad y dependencia.

Adicionalmente, por su corta duración y menor costo, muchos usuarios de los servicios de salud y psicología pueden ser sus beneficiarios, pues está disponible para un mayor número de personas y puede adaptarse a las necesidades de los clientes. Igualmente, pueden utilizarse para proveer atención inmediata a clientes

que se encuentran en listas de espera para ingresar a programas especializados, como un tratamiento inicial para usuarios de riesgo y como complemento a intervenciones psicológicas más extensas (Sánchez & Gradolí, 2002:54).

La terapia breve se centra particularmente en el presente más que en la historia lejana de la persona. Si bien tiene en cuenta el pasado como dato referencial, enfatiza en el presente y se orienta hacia el futuro, donde realmente se va a desempeñar el individuo. El pasado es importante, pero es algo que ya pasó; es en el presente y en el futuro donde se pueden aplicar los cambios logrados

Pretende incrementar la motivación y disponibilidad hacia el cambio. Los consultantes deben motivarse hacia el logro de diferentes metas, esto incrementa su sentido de autoeficacia. Las creencias acerca de la eficacia personal tienen un papel importante en el proceso de cambio comportamental. La finalidad es que los consultantes no solo logren controlar su ambiente, sino sentir el control de sus vidas, es decir, desarrollar un sentido de dominio personal o eficacia. Dicho control se inicia con la formulación de sus propias metas, que no son impuestas por el terapeuta, sino definidas y propuestas por el consultante. Una vez empieza a experimentar éxito en uno o dos aspectos de su vida, el consultante puede plantear expectativas de autoeficacia en otras áreas (Maddux, 1995; Bannink, 2007 citados en Hewitt & Gantiva, 2009).

Esta terapia trabaja con la cognición y la emoción para lograr el cambio. Se reconoce que las valoraciones, las expectativas y otros constructos cognitivos desempeñan un papel clave en la emoción; por tanto, se promueve la comprensión de la relación entre los procesos cognitivos y los problemas emocionales, pues está demostrado que los estados anímicos influyen sobre las percepciones que las personas tienen de sí mismas y de los demás (Eich, Kihlstrom, Bower, Forgas & Niedenthal, 2003; Vogel, Wade & Hackler, 2008 citados en Hewitt & Gantiva, 2009). De esta manera, a través de la modificación cognitiva, la terapia breve pretende producir cambios emocionales y superar las dificultades internas que interfieren en la disposición de las personas para hacer frente con éxito a sus problemas, exigencias y tensiones de la vida diaria.

La terapia breve tiene como objetivo la toma de decisiones y el inicio del cambio comportamental. Se lleva al consultante a analizar los pros y los contras de su comportamiento, también las posibles formas de actuar para lograr las metas propuestas y los resultados planeados.

3.3.2 Estructura general de la terapia breve

Al ser un tipo de intervención centrada en la persona, en la cual se busca inducir la toma de conciencia y favorecer la toma de decisiones en el consultante con el fin de realizar cambios actitudinales y comportamentales que favorezcan su calidad de vida (Pérez, Valderrama, Cervera & Rubio, 2006), el terapeuta que elija esta terapia debe desarrollar, en conjunto con el consultante, una serie de procesos y pasos que permitan el logro de los objetivos de las intervenciones breves. En este sentido, Miller & Sánchez (1994) proponen una estructura básica de intervención breve denominada FRAMES (por sus siglas en inglés: *Feedback, Responsibility, Advise, Menu, Empathetic, Selfefficacy*), que consiste en:

1. Proporcionar *retroalimentación* sobre los posibles riesgos personales y sociales del comportamiento de la persona.
2. Enfatizar en la *responsabilidad* de la persona en su proceso de cambio.
3. *Asesorar* al consultante sobre su cambio de comportamiento.
4. Proveer al consultante una *amplia gama* de opciones de cambio.
5. Desarrollar una relación *empática*.
6. Fortalecer la *autoeficacia* en el consultante sobre su capacidad de cambio.

Otro enfoque ampliamente utilizado en las intervenciones breves, complementario con el anterior, se propuso en 1997 por el Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias de los Estados Unidos (CSAT), el cual fue construido con base en la evidencia empírica y consiste en:

1. Retroalimentar al consultante sobre los resultados de las evaluaciones realizadas y los riesgos para su salud.

2. Asesorar persuasivamente al consultante para el cambio de comportamiento.
3. Evaluar la disponibilidad al cambio del consultante.
4. Negociar el establecimiento de metas y el tratamiento a utilizar.
5. Programar sesiones de seguimiento.

Estas fases no son estáticas, por el contrario, son susceptibles de cambio en cuanto al orden y frecuencia, de acuerdo con las necesidades del consultante, sus problemáticas y el contexto en el cual se encuentra. Con base en estos dos enfoques de las intervenciones breves, se identifican como principales componentes: a) la comunicación de empatía; b) el fortalecimiento de la autoeficacia; y c) el énfasis en la responsabilidad. Estos tres elementos son utilizados para desarrollar y comunicar los otros pasos: realizar la retroalimentación, evaluar la disponibilidad al cambio, plantear consejos, negociar las metas y el tratamiento, y monitorear el progreso. El uso de esta estructura general de intervención breve ha demostrado empíricamente su efectividad entre un 30% y 60% de los casos de personas con un consumo de alcohol excesivo sin dependencia fisiológica; la diferencia en los porcentajes está determinada por las técnicas utilizadas en cada una de las fases de la intervención breve (Gantiva, Gómez & Flórez, 2003; Gantiva & Flórez, 2006a).

La descripción de las fortalezas de este tipo de intervenciones la encontramos en Hewitt & Gantiva (2009:170), como a continuación se muestra:

Adicionalmente, una de las principales fortalezas de estas intervenciones es la permanencia de los resultados por períodos de largo tiempo posteriores al tratamiento (Marlatt, Baer, Kivlahan, Dimeff, Larimer, Quigley, Somers & Williams, 1998; Fleming, Mundt, French, Manwell, Stauffacher & Barry, 2002; Fleming, 2003).

Las intervenciones breves son efectivas no solo cuando el profesional que las aplica tiene una formación profesional en psicología, sino cuando son aplicadas por profesionales con formación en enfermería o por médicos entrenados en el modelo y en las estrategias específicas de la intervención; adicionalmente, han demostrado tener un balance positivo a nivel de costo-beneficio (Anderson, 2003; Ballesteros, Ariño, González Pinto & Querejeta, 2003; Gantiva & Flórez, 2006a).

De igual forma, las intervenciones breves han demostrado su efectividad en el tratamiento no solo de comportamientos adictivos, sino también de problemáticas específicas de ansiedad y depresión (Arco, López, Heilborn & Fernández, 2005; Labrador, Fernández & Rincón, 2006; Vera, Valenzuela & Abarca, 2005; Amaya, Cardona, Ramírez, Sánchez & Gantiva, 2008), déficit en solución de problemas y conflictos maritales (Bannink, 2007; Gingerich & Eisengart, 2000).

3.3.3 Mediadores del cambio en la terapia breve

Para que una persona tome la decisión de cambiar y efectivamente lleve a cabo esa decisión se requieren como mínimo dos condiciones: a) expectativa de resultado, y b) expectativa de eficacia. Esto implica que el consultante considere que cambiar su comportamiento implica mayor refuerzo que mantenerlo y que será capaz de lograr dicho cambio. Para conseguir estos dos elementos, el terapeuta que utiliza un modelo de terapia breve debe lograr que el consultante sea consciente de que su comportamiento es un problema por las consecuencias negativas que le genera a él y a su contexto social próximo y distal, así como la identificación de las habilidades que tiene para lograr un cambio efectivo en su comportamiento.

El logro de estos objetivos puede conseguirse a través del uso de estrategias motivacionales; para esto el terapeuta debe poseer habilidades comunicativas clínicas especializadas, formación en el modelo de los estadios de cambio (Modelo Transteórico) y la entrevista motivacional. De esta forma, al entender el proceso de cambio de una persona como un proceso cíclico por etapas mediado por barreras de tipo motivacional, el terapeuta debe ayudar al consultante a detectar aquellos elementos que impiden o dificultan su tránsito por las etapas del cambio. La estrategia clínica de entrevista motivacional ha identificado los objetivos principales que el terapeuta debe alcanzar en cada uno de los estadios de cambio por los cuales pasa el consultante en su proceso (Pérez et al., 2006).

Para lograr estos objetivos, el terapeuta debe evaluar inicialmente la etapa motivacional en la cual se encuentra el consultante, debido a que el uso de

intervenciones incoherentes con la etapa motivacional generan en el consultante resistencia al cambio (Gantiva& Flórez, 2006b).

3.3.4 Lineamientos para el desarrollo de una terapia breve efectiva

De acuerdo con lo planteado, se propone como estructura básica para el desarrollo de una terapia breve efectiva dos fases principales. La primera aborda el proceso motivacional y de toma de decisiones; en esta fase se usa principalmente la estrategia terapéutica de entrevista motivacional. La segunda fase aborda los procesos conductuales de autocontrol y de solución de problemas, los cuales están relacionados con la acción y el comportamiento manifiesto. A continuación se explican cada uno de ellos.

3.3.5 Entrevista motivacional como estrategia inicial de la terapia breve

Miller y Rollnick (1999), autores de la *entrevista motivacional*, la definen como un estilo de entrevista clínica centrada en el cliente, que busca provocar un cambio en el comportamiento a través de la exploración y resolución de la ambivalencia. Su aplicación se realiza de forma progresiva en función del estadio de cambio; permite disminuir y darle un giro a la resistencia de los consultantes.

La entrevista motivacional se soporta en una serie de principios fundamentales relacionados con la motivación para el cambio; entre ellos se identifican: a) la motivación intrínseca, en la cual la capacidad para el cambio se encuentra en la persona y es poco susceptible de ser influida externamente; b) la elección y el control propio, donde el sujeto se presenta más motivado si los objetivos del cambio son propuestos por él mismo; c) el autoconvencimiento auditivo, se refiere a la mayor probabilidad de convencimiento y motivación que tienen las razones verbalizadas por el consultante; d) la percepción de autoeficacia, relacionada con el juicio que hace la persona sobre su capacidad de lograr el cambio; e) la ambivalencia, en la que la persona se muestra indecisa acerca del cambio; f) la intervención particular, tiene que ver con la necesidad de intervenir en la persona de acuerdo con la etapa motivacional en la que se encuentre; y g) la relación

interpersonal, donde el consultante es abordado desde una aproximación empática (Lizarraga&Ayarra, 2001).

El terapeuta que aplica la entrevista motivacional debe poner en práctica una serie de técnicas relacionadas con la interacción entre él y su consultante. Estas técnicas han sido denominadas OARS (por sus siglas en inglés, Oponed endedquestions; Affirmations; Reflectivelisting; and Summaries) (Miller &Rollnick, 1999).

En Hewitt&Gantiva (2009:171) se encuentra la descripción de cada una de estas técnicas aplicadas en la entrevista motivacional.

1. Preguntas abiertas: esta técnica se caracteriza por realizar preguntas abiertas el terapeuta crea una atmósfera de aceptación y confianza; adicionalmente, fomenta el análisis del problema por parte del consultante. Las respuestas a las preguntas abiertas obligan a las elaboraciones de información y emoción asociadas con lo que se dice, lo cual favorece el procesamiento de información acorde con la búsqueda de aumento de la conciencia con respecto al problema. En estudios recientes (Gantiva& Flórez, 2006b) se propone como técnica principal de interacción un subtipo de este tipo de preguntas, aquellas que tienen por objetivo el mantenimiento de las frases automotivadoras, las preguntas evocadoras.

2. Afirmar: esta técnica hace referencia a la afirmación y apoyo proporcionado al consultante, lo cual puede realizarse por medio de comentarios positivos y frases de apoyo y comprensión. Estas afirmaciones se hacen de manera directa y explícita.

3. Escucha reflexiva: se trata de la habilidad básica de la entrevista motivacional que permite identificar el aspecto en el que hay que trabajar y en el que no. Es un proceso de escucha atenta pero directiva, debido a que la reflexión no es un proceso pasivo; por el contrario, el terapeuta decide y dirige el tema sobre el cual reflexionar y aquel al cual ignorar; además de identificar en qué se debe hacer énfasis y en qué no, así como las palabras a utilizar para lograr el objetivo y la atención del consultante. Esta reflexión se caracteriza por no hacerse

en tono de pregunta sino de afirmación, donde se identifica el significado del mensaje original y se expresa por medio de una frase.

4. Resumir: se considera destacar lo más importante que el consultante ha dicho, fomentando un buen encuadre clínico y el interés del consultante por la terapia. El resumen permite prestar mayor atención a los elementos importantes en la discusión y cambiar la atención o dirección sobre aspectos relevantes. Es recomendable hacerlo con frecuencia para no almacenar mucha información que puede ser olvidada o descontextualizada al realizar el resumen. Los antecedentes empíricos relacionados con la efectividad de la entrevista motivacional (EM) son variados y de amplia aceptación. Dunn, De Roo & Rivara (2001) llevaron a cabo un meta-análisis en el que evaluaron de manera sistemática veintinueve programas de intervención basados en la entrevista motivacional, de los cuales diecisiete estaban orientados al abuso de sustancias, tres al abandono del consumo de cigarrillo, cuatro al riesgo de contagio de VIH y seis a dietas y ejercicio. En el 60% de los programas se obtuvo por lo menos un cambio comporta- mental significativo.

Los programas basados en la entrevista motivacional han evidenciado resultados satisfactorios. Tal es el caso de los programas destinados al control de los comportamientos sobre abuso en el consumo de sustancias, aplicados por terapeutas clínicos que aún no tienen una formación especializada en el tratamiento de los mismos (Hewitt & Gantiva, 2009).

3.3.6 Autocontrol y solución de problemas como estrategias finales de la terapia breve

El uso de estrategias motivacionales como factor inicial de las terapias breves se complementa con la aplicación de procedimientos terapéuticos rápidos de autocontrol y de solución de problemas. La aplicación de estas estrategias como complemento de la entrevista motivacional en las intervenciones breves es coherente por las bases fundamentales del autocontrol y de la solución de problemas, en las cuales la persona tiene un papel fundamental en la terapia y se busca enseñarle a modificar y controlar su propio comportamiento. De esta

manera, se cumplen dos de los principales fundamentos de la terapia breve: a) la responsabilidad del consultante, fortalecida en la fase inicial a través de la entrevista motivacional y en la fase final por medio del autocontrol y la solución de problemas; y b) la autoeficacia, que se fortalece a través del reconocimiento de habilidades, el logro progresivo de metas y la retroalimentación positiva que puede darse a través de las estrategias de entrevista motivacional, autocontrol y solución de problemas. Desde el punto de vista conceptual, el autocontrol se define como la distribución del comportamiento para obtener consecuencias significativas a largo plazo (Rachlin, 2002).

Esto implica que la persona logre posponer consecuencias inmediatas con el objetivo de alcanzar aquellas que, aunque más lejanas en el tiempo, brindan más fortaleza y son más valoradas. De esta forma, se identifica un conflicto entre impulsividad (escoger la consecuencia inmediata) y autocontrol (escoger la consecuencia lejana); desafortunadamente, las personas suelen ser más impulsivas que autocontroladas, debido a que resulta más fácil organizar el comportamiento con base en lo que se encuentra disponible en determinado momento, pues el refuerzo pierde valor de acuerdo con que tan lejano esté. Por esta razón, el entrenamiento en autocontrol adquiere un valor fundamental para permitir un proceso de adaptación satisfactorio en la persona; así, como estrategia, es el conjunto de procedimientos y técnicas que tiene por objetivo que la persona alcance metas a largo plazo. Los entrenamientos en autocontrol y en solución de problemas son complementarios en las intervenciones breves, pues permiten procesos similares de apoderamiento en el consultante a través de la identificación de comportamientos problema, la búsqueda de alternativas, la toma de decisiones y la evaluación de las mismas, entre otras.

Las principales fases del entrenamiento en autocontrol (Labrador, 1998) y en solución de problemas (Caballo, 1995) utilizadas en la terapia breve son:

1. Auto-observación y registro del comportamiento: un factor fundamental en la toma de conciencia sobre el comportamiento es el proceso de auto observación del mismo; en este proceso se le pide a la persona que realice registros sencillos del comportamiento en términos de frecuencia y/o

intensidad. No es aconsejable pedir registros amplios o complejos, especialmente al inicio del proceso. La auto-observación y el registro permiten construir una línea de base del comportamiento, dar retroalimentación directa al consultante y evaluar la efectividad del tratamiento.

2. Establecimiento de metas: esta fase del autocontrol está directamente relacionada con los principios fundamentales de las intervenciones breves. Se trata de fijar en conjunto con el consultante metas realistas que puedan ser alcanzadas por él. Las metas son evaluadas y construidas en todas las sesiones y se busca fortalecer la autoeficacia a través de su logro. De igual forma, deben ser formuladas en términos que permitan su medición y evaluación, por lo que metas como “ser mejor persona” o “no tomar tanto” son poco adecuadas, pues no permiten una evaluación objetiva; estas metas pueden ser formuladas como: “disminuir a cinco el número de groserías que le digo a mi pareja” o “disminuir a dos el número de días que consumo alcohol y tomar máximo cuatro cervezas por ocasión”.
3. Identificación de antecedentes y consecuentes: parte fundamental del control del comportamiento está mediado por los factores que lo anteceden (emociones, pensamientos, situaciones) y por lo que se recibe después (factores consecuentes). Identificar dichos factores es fundamental para que la persona entienda su propio comportamiento y pueda construir en conjunto con el terapeuta alternativas de solución que afecten los antecedentes o los consecuentes.
4. Planeación del cambio: en esta fase se construyen o se buscan alternativas relacionadas con los factores identificados previamente, tales como cambios cognitivos, emocionales, control de estímulos o cambios de contingencias. Adicionalmente, se desarrollan planes de acción para llevar a cabo dichas alternativas, que deben contemplar todas las posibles dificultades para llevarlos a cabo, con el fin de acercar al máximo a la persona a la conducta manifiesta que se quiere desarrollar.

5. Toma de decisiones: este proceso puede observarse en varias etapas de la intervención breve: al inicio, cuando la persona toma la decisión de cambiar su comportamiento, un proceso propio de la resolución de la ambivalencia y, por tanto, un objetivo fundamental de la entrevista motivacional; y en la fase de solución de problemas, cuando el consultante decide cuál de las alternativas propuestas es la más acertada para llevarla a cabo como forma de controlar o solucionar un problema. Para esto el consultante debe evaluar los pros y los contras de cada alternativa en función de las repercusiones que pueda tener para sí mismo y para los demás.
6. Autoevaluación y autoreforzo: una vez que estas alternativas son llevadas a la práctica, la persona debe evaluar su efectividad en términos de las consecuencias positivas y negativas tanto para él como para el contexto en el cual se desarrolla. Si la valoración es positiva, la persona puede proponer alternativas de reforzo (actividades o elementos); si es negativa, debe retroceder hasta la planeación del cambio para tomar otra alternativa posible y ponerla en práctica.

3.3.7 El duelo y la intervención

La intervención durante el proceso de duelo debe plantearse buscando la adaptación del individuo a su nueva situación. La consternación, la ira o la depresión presentes al inicio de la situación de pérdida varían en cada persona. Algunos individuos no exteriorizan y prefieren guardar el sufrimiento en su interior. Para abordar el duelo Ospina (2008) enfatiza en los siguientes principios:

- La empatía con el afectado.
- Evaluar (el funcionamiento previo, la red de apoyo, los antecedentes de duelo, presencia psicopatológica, hábitos tóxicos).
- Si existen factores de riesgo debe tratarse al individuo durante los dos primeros meses.

En ausencia de factores de riesgo se hace un acompañamiento de seis meses. También recomienda qué hacer cuando el individuo experimenta, perplejidad, crisis de llanto o inhibición extrema:

- Alejarlo del lugar del desastre y del peligro.
- Crear un ambiente con baja estimulación sensorial.
- No usar medicamentos
- Explicarles que las reacciones que está presentado son normales.
- Acompañamiento empático y compasivo sin caer en valorizaciones de juicio.
- Facilitar el ejercicio físico.
- Detección y valoración de reacciones externas de pánico y duelo.

3.3.8 Intervención psicológica en los niños

Para la adecuada intervención psicológica con los niños, refiere Hewitt&Gantiva (2009), se debe tener en cuenta que son seres en desarrollo y que no pueden contar con las herramientas psicológicas para el enfrentamiento de situaciones críticas de la misma manera como lo hacen los adultos. Por ejemplo los niños de 1-5 años tienen todavía en vía de desarrollo las habilidades mentales y verbales necesarias para enfrentar este tipo de situaciones traumáticas y por lo tanto les es difícil comprender lo que sucede a su alrededor. El tipo de lenguaje usado por el profesional de la salud debe ser por lo tanto adecuado para la edad en la cual se encuentra el niño. Otro factor de tener en cuenta es su vulnerabilidad. Esto requiere del profesional de la salud mantener una posición de respeto hacia el niño. Debe por ejemplo pedir permiso al niño para acercarse y ser sensible a las necesidades del niño respecto a la proximidad física del adulto.

Por su parte, Rubin (2000) y Lalande (2005 citados en Ospina, 2008) refieren que debe obtenerse permiso explícito, tanto al niño como al adulto o a quienes lo cuidan, en todos los momentos de la intervención psicológica independientemente del contexto en donde se lleve a cabo la intervención. Esta intervención puede ser colectiva o individual y ocurrir dentro del ámbito escolar, hospitalario o domiciliario.

Lalande (2005 citado en Ospina, 2008), señala la importancia de hablar, en un primer momento, con los padres o responsables del cuidado de los niños, con los equipos docentes y directivos y recomienda que antes de hacer una sesión de intervención con los niños se debe realizar una sesión con los docentes y/o el

colectivo de padres. Agrega que, para la intervención con los niños, existen herramientas simples como: las actividades artísticas y manuales, la narración de cuentos e historias, el juego simbólico y las canciones entre otros. Para el autor no es recomendable disfrazar u ocultar los hechos. Otro factor de importancia es que el psicoterapeuta debe evitar situaciones que puedan inferir responsabilidad en los niños o que contribuyan en hacerlos sentirse inseguros.

Ante el trauma los niños pueden responder de diversas maneras. A los seis años por ejemplo pueden no querer regresar al colegio y desear estar con sus padres constantemente. Pueden también presentar conductas agresivas, enuresis nocturna, succión del dedo o mostrar una relación ansiosa con los “objetos de transición”. Los adolescentes, pueden restar importancia a lo ocurrido, pelear con sus padres sin motivo aparente, bajar en su rendimiento académico. También, prefieren retirarse en solitario, aislarse, deprimirse o perder el sentido de la responsabilidad. Otras reacciones pueden ocurrir como más demandantes y competitivas. En intervención con adolescentes algunas de las técnicas de intervención recomendadas incluyen: recopilar noticias, hacer murales, minutos de silencio y aprovechar que prefieren el grupo para así intervenir a nivel grupal. Los trabajos de Rubin (2000) y Lalonde (2005 citado en Ospina, 2008) describen las posibles formas de intervención.

En cuanto al desorden de estrés postraumático en los niños, Schwarz (s.f. citado en Ospina, 2008) describe que puede presentarse con silencios prolongados acompañados de la negativa a hablar del trauma. Otros síntomas pueden ser la vivencia recurrente del evento traumático, la pérdida de habilidades del desarrollo recientemente adquiridas y un sentido de futuro negativo o incierto. También pueden presentarse síntomas físicos como dolor de cabeza y estómago, acompañados del desinterés en actividades significativas. El trauma, según refiere el autor, puede tener más efectos negativos en los niños que en los adultos, puesto que como se señaló al comienzo de este apartado, se afectan estructuras en proceso de desarrollo en un momento donde las herramientas cognitivas y emocionales están en vía de regulación. Debido a estas razones el niño necesita

más apoyo de quienes lo cuidan para ayudarle a disminuir su ansiedad y garantizar su seguridad física y psicológica.

3.4 Programa de Atención a la Salud Mental en Caso de Desastres

De acuerdo al Programa de Atención a la Salud Mental en Caso de Desastres, tenemos los siguientes aspectos relacionados a la conducta de las víctimas y a las recomendaciones para el trabajador de la salud.

El estrés ocasionado por un desastre, genera inicialmente un periodo de intensa desorganización individual y social; en la comunidad, esta fase da lugar a una suerte de confluencia social de efectos aliviadores y terapéuticos, seguida por un periodo de reajuste.

La atención emocional de los damnificados por este tipo de eventos debe estar dirigida a una intervención breve e intensiva que se requiere de forma inmediata en el primer contacto para neutralizar los efectos nocivos que súbitamente van perjudicando y afectando en mayor grado de severidad la integridad de las personas.

Toda actividad debe llevar su expediente específico. Se recomienda que el trabajador de atención primaria brinde los primeros auxilios emocionales, tales como:

1. Trabajar directamente con los afectados, concientizándolos de que sus reacciones son normales ante un desastre, lo cual no es sinónimo de que hayan perdido la razón; se debe promover en los individuos la comunicación entre ellos, pues compartir y socializar sus pensamientos y sentimientos les permitirá sacar su malestar. La compañía mutua es una medicina curativa de la situación y de las condiciones que están viviendo.
2. Hacer a los damnificados partícipes de la ayuda hacia los demás, no permitirles que estén desocupados y tratar, en el mejor de los casos y de acuerdo a las posibilidades, que se regularice el horario de sus actividades.
3. Orientarlos sobre no tratar de disminuir el dolor con el uso de drogas o alcohol ya que solo complicarían su situación.

4. Intentar hacer cosas que los haga sentir bien o pensar y recordar experiencias placenteras.
5. Explicarles que los sueños y pensamientos recurrentes acerca del evento traumático son normales. No tratar de combatirlos ya que disminuyen y se hacen menos dolorosos con el tiempo.
6. Recomendar a los familiares y amigos del afectado, escucharlo detenidamente, acompañarlo la mayor parte del tiempo, ofrecerle ayuda y hacerle saber que se encuentra a salvo, pero a la vez, le permitan llorar y sentirse triste, así como tener privacidad cuando lo requiera. El familiar y/o amigo no se debe tomar el posible enojo u otros sentimientos negativos u hostiles del afectado como algo personal.
7. En el caso de los niños, la forma en que los adultos reaccionen ayudará en su recuperación. Los infantes después de un desastre, generalmente tienen miedo de que el evento se repita, de ser separados de su familia y ser abandonados. Ellos dependen de los demás, pero tienen la inteligencia y la capacidad de entender si se les habla con un lenguaje claro y sencillo sin ocultarles las cosas.

Las personas encargadas en estos casos de la población infantil (personal de salud, familiares, amigos y voluntarios) deben pasar tiempo con ellos durante el día y la noche, platicar y escucharlos. El contacto físico proporciona seguridad, abrácelos y tóquelos frecuentemente. Reafírmeles tantas veces como sea necesario que estén juntos y a salvo. Pregúnteles acerca de sus sentimientos sobre el incidente y platique sobre el evento. En caso de que lloren, permita que manifiesten su dolor por las pérdidas en caso de angustia y temor y reemplace esos miedos con recuerdos placenteros.

3.4.1 Objetivos de la intervención en crisis en caso de desastres

Tiene como objetivos generales el uso de técnicas que:

- Restauren la capacidad de los damnificados para resolver las situaciones estresantes en que se encuentran, y

- Les ayuden a reordenar y organizar su mundo mediante la interacción social. Los trabajadores de salud brindan enseñanzas acerca de la interpretación de las emociones abrumadoras que experimentan los damnificados, a fin de que éstos comprendan la naturaleza reactiva de sus emociones y recuperen la confianza en su propia capacidad y esperanza. (Fuente: Manual de atención de salud mental para víctimas de desastres).

La intervención en crisis es de carácter terapéutico, estando a cargo del profesional en la salud, pues la misma es especializada y está dirigida a casos severos. Es breve, estructurada y tiene el objetivo de contener en el menor tiempo la alteración o desajuste por el que pasa el individuo y que está fuera de su control minimizando sus recursos personales.

El terapeuta llevará un expediente para dicha actividad:

1. El profesional de la debe iniciar con un encuadre terapéutico que defina el tiempo de intervención profesional-paciente, y las especificaciones pertinentes del modo de trabajo; debe identificar en la víctima las distorsiones perceptivas, producto de todos los sucesos pasados de su vida, ya que las experiencias y estructuras de personalidad anteriores afecta el impacto que tienen las experiencias de desastres. Evaluar la personalidad premórbida, el criterio general parece ser que cuanto más “normal” sea ésta, menor será el efecto nocivo del desastre en el individuo.
2. El profesional de la salud debe mantener cierta cantidad de tacto ante el afectado que ha sufrido pérdidas.
3. No se debe hacer confrontaciones ni interpretaciones con relación al desastre y a su vida personal.
4. Considerar en todo momento con las víctimas de eventos catastróficos las diferentes fases de respuesta hacia éstos, como:
 - a. Choque psíquico inicial: Es un estado de angustia permanente asociado al recuerdo de la vivencia traumática, que puede aparecer periódicamente. Generalmente se refiere al trastorno de estrés postraumático.
 - b. Variedad de respuestas y distorsiones patológicas: Son diversos síndromes que tienden a la cronicidad, tales como: somatizaciones, síndrome ansioso

y síndrome depresivo, con menor grado síndrome disociativo y síndrome conversivo.

- c. Fase de recuperación: Después de una intervención oportuna se da un proceso de reajuste en la vida del sujeto, de lo contrario la segunda fase puede alcanzar un nivel de cronicidad que resulte en secuelas psicosociales en la persona, alterando su reinserción a la vida cotidiana (área laboral, familiar, social, de pareja, entre otros).
5. La alianza terapéutica facilita en el afectado la catarsis, que es manifestar y tras elaborar la experiencia traumática, pugnar o limpiar de sí mismo, de manera que se permita un alivio temporal para proseguir con otras intervenciones dinámicas.
6. Cuando el afectado se ha recuperado del impacto más inmediato de la experiencia catastrófica, se considera que reviva el suceso para evitar así la represión y proporcionarle la oportunidad de expresar sus emociones.
7. El terapeuta debe ayudar al paciente a ventilar sus emociones, involucrarse en la catarsis, y dirigir el enojo y emociones negativas a un duelo adecuado, permitiendo que los sentimientos de culpa se expresen correctamente.
8. Identificar el significado específico del suceso, cuáles son los factores generales y el patrón de respuesta anímico (los que se han enunciado) de esas condiciones.
9. Explorar la culpa que experimentan los afectados y de qué manera la interpreta. Se pueden dar casos, como una responsabilidad propia del acontecimiento o como el resultado de que se hubiera pecado de alguna forma.

3.4.2 Intervención en la depresión

Darle oportunidad al paciente para manifestar su felicidad, pero también su infelicidad.

1. Reconocer los esfuerzos que el paciente haga y reforzarlos.
2. Darle tiempo para responder, no tratando de llenar los silencios.

3. Proveer de apoyo al paciente por su participación aunque no haga nada ya que todo le cuesta trabajo. No esperar mucho tiempo para responder a conductas como el llanto, decirle p. ej. “entiendo que es doloroso para ti”, al tiempo que se atacan las defensas “haces mucho esfuerzo por no llorar”.
4. Inquirir sobre el dormir, apetito, y arreglo personal ya que principalmente éstas son las áreas que más afectan a los deprimidos.
5. Asegurarles que los problemas son comunes y que no están perdiendo el juicio.
6. Involucrarlo en actividades ya que para mejorar es mejor que realicen diligencias aunque no tengan ganas de hacerlas.
7. Ayudarlo a mejorar su autoestima y a sentirse importante.
8. Reforzar de inmediato todo comportamiento espontáneo.
9. Cuando el paciente adquiere confianza en sí mismo, atacar las conversaciones que indiquen una vuelta al estado depresivo concentrándose en lo que el paciente puede hacer.
10. Utilizar la terapia cognoscitiva en la cual se identifican creencias irracionales y se atacan, p. ej. “soy incompetente”, alguna gente es mala y debería ser “castigada”, “si algo malo pasa debo preocuparme”, etc.
11. Ayudarle a desarrollar una actitud positiva.

3.4.3 Intervención en la ansiedad

Ésta se hace con los procedimientos siguientes:

1. Técnicas de relajamiento progresivo.
2. Técnica alfabética de inoculación de estrés.
3. Identificar las situaciones que producen tensión.
4. Ayudar al paciente a ver el problema desde diferentes ángulos.
5. En situaciones peligrosas no mostrar miedo, distraer a las personas, mantener la calma y si es posible utilizar la terapia cognoscitiva.

3.4.4 Intervención en la irritabilidad

1. Proveer ambientes estructurados y conscientes.

2. Identificar las situaciones que provocan el coraje.
3. Dar métodos específicos para expresar el enojo de manera constructiva.
4. Dar la oportunidad al paciente de manifestar su enojo con el terapeuta.
5. Hacerle consciente a la persona, de su coraje y su falta de control de impulsos.
6. Hacerle saber con quién puede hablar de su coraje y con quién no.
7. Que hablen de cómo se sienten durante su enojo.
8. Confrontar el problema de manera no agresiva.
9. Mostrar sentimientos verdaderos.
10. Evitar los juicios, reforzando toda conducta no agresiva.

3.4.5 El terapeuta en crisis

1. Tomarse un tiempo para meditar la situación.
2. Tener cuidado con las contratransferencias.
3. Pensar en las cosas que nos impactan para entender la dinámica del problema.
4. Identificar los casos que no podemos tratar para referirnos a otras personas.

3.4.6 Objetivos del tratamiento

Los programas deben tener dos características principales (Ospina, 2008):

1. Acceso inmediato y sin listas de espera, esto con la idea de que mientras más temprano se maneja el problema, mejor será el resultado y se prevendrán trastornos crónicos, de ahí que la intervención en crisis sea un enfoque preventivo.
2. Tratamiento breve en promedio de 6 sesiones, lo cual, se basa en que muchas personas no quieren o no necesitan un tratamiento largo, pero necesitan ayuda para resolver sus problemas inmediatos, además de la mejor disposición de los pacientes.

De esta manera, también se puede ofrecer tratamiento a un mayor número de personas.

Los objetivos de tratamiento en la intervención en crisis generalmente son limitados en el tiempo y relacionados únicamente a la situación de crisis:

1. Alivio de síntomas.
2. Restauración del nivel de funcionamiento previo a la crisis.
3. Cierta comprensión de los eventos precipitantes relevantes que condujeron al desequilibrio.
4. La identificación de recursos que se pueden utilizar porque existen en la comunidad.
5. Tratar de encontrar la relación entre la situación de crisis presente y los conflictos y experiencias pasadas.
6. Iniciar nuevas formas de percibir, pensar y sentir, así como desarrollar nuevas formas de enfrentamiento que pueden ser útiles más allá de la situación de crisis.

3.4.6.1 Métodos de tratamiento

3.4.6.1.1 Enfoques principales:

El enfoque genérico que enfatiza el manejo de las crisis que ocurren a grupos significativos de personas y no pretende evaluar la psicodinámica individual. Es generalmente realizado por profesionales de la salud y enfatiza el tipo y el curso de la crisis; el tratamiento consiste en medidas específicas diseñadas para el grupo.

El enfoque individual enfatiza la evaluación de los procesos intrapsíquicos e interpersonales del cliente, poniendo especial atención a la situación particular del sujeto. Este método debe ser empleado por profesionales de la salud.

3.4.6.1.2 Tareas del paciente

Una “tarea” es una forma de describir las demandas que la vida diaria hace de las personas en diversas situaciones.

La tarea es una meta común para el cliente y el interventor, se podría definir como “lo que el cliente acepta intentar para aliviar su problema”. Para hacer intervención en crisis se debe conocer cuáles son las tareas psicológicas que se

deben realizar para resolver la situación crítica; las tareas son de dos tipos y se complementan: las materiales y las psicosociales.

Cuando la persona se enfrenta a una situación en crisis, debe llevar a cabo la siguiente secuencia de tareas para cada una de las áreas de su funcionamiento afectado.

1. Explorar las posibles soluciones, recursos y roles posibles.
2. Elegir la solución o recurso; asumir el nuevo estándar.
3. Comenzar a usar la solución o recurso y funcionar en el nuevo modelo de conducta.
4. Pasar por un periodo de adaptación y desarrollar mayor competencia en el manejo de la situación.

3.4.6.1.3 Tareas psicosociales

1. Enfrentarse y manejar la amenaza a su seguridad, sentido de competencia y autoestima anteriormente existentes, manejar los sentimientos de pérdida y añoranza.
2. Sobreponerse a las ansiedades y frustraciones que implica la toma de decisiones; o la elección de nuevas soluciones, recursos o roles.
3. Manejar el estrés generado por la aplicación de soluciones elegidas.
4. Ajustarse a la nueva solución o recurso con todas sus implicaciones en términos de cambio de posición y estatus en la familia y en la comunidad.
5. Desarrollar nuevos estándares de bienestar, tratar de manejar la disminución de la gratificación, ser capaz de retardar la satisfacción hasta que se pueda funcionar de acuerdo con normas aceptables de conducta.

Las diferentes técnicas de intervención ayudan a disminuir la presión de un individuo hasta que el pueda tomar el control nuevamente, reorganice su situación actual y empiece a construir su forma de vida para el futuro.

Si es un hecho de que no se puede revertir un desastre, también es un hecho que la persona puede formar nuevamente un estilo de vida.

CAPÍTULO IV:

INFORMACIÓN ORIENTADA A VÍCTIMAS DE DESASTRES, VOLUNTARIOS Y PERSONAL DE EMERGENCIAS

Si bien la terapia breve es una medida emergente que proporcionan los profesionales de la salud, con la finalidad de encaminar a los individuos afectados hacia su reintegración personal y con ello fomentar su calidad de vida, es necesario cubrir otro frente, es decir, abordar la problemática desde la perspectiva de las personas afectadas directa e indirectamente, de los voluntarios y personal de emergencias. A continuación se presentan una serie de recomendaciones para las personas que viven de primera mano esas eventualidades.

4.1 Algunas reacciones comunes a eventos traumáticos: respuestas normales ante situaciones normales

En el año 2000 la Asociación Mexicana para Ayuda Mental en Crisis proporciona una guía útil, denominada *Compendio de Guías Básicas*, con recomendaciones para que las personas inmersas en situaciones de desastres

(víctimas, voluntarios y personal de emergencia) tomen la pauta para canalizar sus afecciones psicológicas propias de este tipo de eventos.

Ante una situación anormal, ciertos sentimientos y reacciones que acusamos son normales y naturales. Puede ser que algunos de esos sentimientos no los hayamos experimentado anteriormente, ya que cada persona es distinta y todos respondemos de diferente forma, por lo que ante un mismo evento, algunos experimentarán problemas más profundos. Cada uno tomará su tiempo para resolver la crisis, esto es, el periodo de recuperación también será diferente, sin embargo, aún cuando superemos la situación, el recuerdo será parte de nuestra vida y no se borrará de nuestra memoria.

Se pueden presentar síntomas como los siguientes:

- Confusión para pensar.
- Culpabilidad por haber sobrevivido.
- Llanto.
- Problemas de concentración.
- Fatiga.
- Problemas de memoria.
- Problemas para dormir o descansar.
- Disminución de la higiene personal.
- Cambio en los hábitos alimenticios.
- Pérdida de confianza en uno mismo.
- Disminución en la resistencia.
- Recuerdos muy vivos del evento contra enfermedades.
- Culpar a los demás.
- Frustración.
- Desorientación en tiempo o lugar.
- Sentimiento de impotencia.
- Abuso de alcohol y drogas.
- Depresión.
- Uso excesivo de incapacidades.

- Tristeza (del trabajo).
- Enojo, ira.
- Problemas en el trabajo/familia/escuela.
- Irritabilidad.
- Inseguridad.
- Necesidad de estar solo.
- Miedo, pánico.
- Ideas de suicidio.
- Ansiedad.
- Dificultades para retornar al nivel.
- Sentirse aislado.
- Abandonado, normal de actividad.
- Sentirse frío emocionalmente.
- Sentirse abrumado.
- Intensa preocupación por otros.
- Náusea, dolores de pecho o cabeza.
- Temblores musculares.
- Dificultad para respirar.
- Taquicardia.
- Aumento presión sanguínea.

4.2 Recomendaciones a los afectados directamente por los desastres naturales

- Habla con la gente, hablar es la medicina más curativa.
- Comparte tus sentimientos y pensamientos con otros.
- Pasa tiempo con otras personas. Busca compañía.
- Ayuda a tus compañeros lo más posible, compartiendo sentimientos y escuchándolos.
- Eres normal y tienes reacciones normales ante un evento anormal.
- Date permiso de sentirte mal.

- Realiza ejercicios físicos suaves, alternados con relajación, esto aliviará algunas de tus reacciones físicas.
- Estructura tu tiempo, mantente ocupado.
- No trates de disminuir el dolor con el uso de drogas o alcohol, no necesitas complicarte la vida con problemas de abuso de sustancias.
- Trata de mantener un itinerario de vida lo más normal posible (horas regulares para comer y dormir).
- Escribe durante las horas de insomnio.
- Haz cosas o piensa en cosas que te hagan sentir bien.
- Toma pequeñas decisiones cotidianas.
- Descansa lo suficiente para aumentar tus fuerzas.
- Come balanceada y regularmente. (Aunque no tengas ganas).
- Los sueños y pensamientos recurrentes acerca del evento traumático son normales (no trates de combatirlos). Disminuyen con el tiempo y se hacen menos dolorosos.
- No tomes decisiones drásticas.

4.3 Recomendaciones para los familiares y amigos de los afectados directamente

- Escucha detenidamente al afectado. Y pasa tiempo con la persona traumatizada.
- Ofrece tu ayuda y tu atención para escucharlo.
- Asegúrales que ya están a salvo (si es realidad).
- Ayúdales con las tareas diarias como limpiar, cocinar, cuidar a la familia y a los niños.
- Dale privacidad.
- Permíteles llorar y estar tristes.
- No te tomes como cosa personal su enojo u otros sentimientos.
- No les digas que tienen “suerte de que no les fue peor”. Las personas traumatizadas no encuentran consuelo en esas frases. En cambio, diles que

la- mentas que les haya pasado algo así y que quieres entenderlos y ayudarlos.

4.4 Síntomas comunes y primeros auxilios para adolescentes que hayan vivido una experiencia traumática

4.4.1 Adolescentes

Síntomas:

1. Culpa por haber sobrevivido.
2. Desinterés por la vida.
3. Pena, sensación de vulnerabilidad (estar indefenso), miedo de que les digan que no son normales.
4. Se comportan diferente. Puede aparecer uso de drogas, delincuencia, acciones sexuales.
5. Conductas autodestructivas. Tendencia a tener o provocar accidentes.
6. Cambios repentinos en sus relaciones con las personas.
7. Deseos y planes de venganza.
8. Deseos de entrada prematura a la edad adulta; (Ej. Dejar la escuela, y buscar un trabajo, casarse, tener un hijo).

Primeros auxilios para estos síntomas:

1. Fomentar discusiones sobre el evento y los sentimientos alrededor de éste. Hablar acerca de ideas realistas sobre lo que se pudo y no se pudo hacer.
2. Ayudarles a entender el significado normal de sus sentimientos y cómo expresarlos (hablando honestamente sobre ellos). Fomentar que busquen apoyo y comprensión de sus compañeros y amistades.
3. Ayudarles a entender que estas conductas son un intento de evitar los sentimientos relacionados con el evento.
4. Hablar con ellos sobre el probable deseo de hacer cosas arriesgadas, en el período más difícil después del trauma.
5. Discutir con ellos las dificultades que se pueden presentar en las relaciones con la familia, compañeros y amigos.

6. Hacer que hablen de sus posibles planes de venganza (en caso de que exista un presunto culpable de la tragedia). Discutir con ellos las consecuencias reales de estas acciones. Hablar sobre soluciones constructivas que disminuyan la sensación traumática de desamparo.
7. Explicarles que los síntomas que tienen, son consecuencia normal del impacto emocional del evento.
8. Pedirles que no hagan cambios drásticos en su vida.

Nota importante: si los síntomas duran más de 6 semanas, referir al adolescente al centro de salud de su localidad.

4.5 Recomendaciones al personal de emergencia para prevenir el estrés postraumático, cuando ya han regresado a la normalidad

4.5.1 En lo Físico

1. Realiza ejercicios físicos suaves, alternados con relajación.
2. Descansa y duerme lo suficiente.
3. Come balanceada y regularmente.
4. No trates de disminuir el dolor con el uso de alcohol o drogas.

4.5.2 En lo Familiar y Social

1. Habla con las personas acerca de cómo te sientes.
2. Comparte tus sentimientos y pensamientos con otros.
3. Pasa tiempo con otras personas. Busca compañía.
4. Realiza actividades familiares y sociales.

4.5.3 En lo Psicológico

1. Busca contacto con la naturaleza
2. Ríe mucho. Es muy sanador.
3. Busca expresarte creativamente: Cantar, dibujar, escribir, bailar, etc.
4. Realiza actividades que te den tranquilidad y te hagan sentir bien.

4.5.4 En el Trabajo

1. Estructura tu tiempo. Mantente ocupado.
2. Concentrarse de tarea en tarea. No tratar de hacer todo al mismo tiempo.
3. Procura decorar a tu gusto el escritorio y la oficina.
4. Ayuda a tus compañeros lo más posible, compartiendo sentimientos y escuchándolos.

Estas recomendaciones sirven para difundir las acciones a tomar en caso de tener un desastre. Mantener a la gente en estado de alerta y con los conocimientos necesarios es clave para disminuir las consecuencias de un fenómeno natural provocando un desastre.

CAPÍTULO V:

LOS DESASTRES, TIPOLOGÍA Y RECOMENDACIONES

5.1 ¿Qué es un desastre?

Los desastres son eventos extraordinarios, provocados por el hombre o causados de manera natural, que originan destrucción considerable de bienes materiales y pueden dar como resultado la muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano. En la primera categoría se incluyen los incendios, los conflictos bélicos, los disturbios civiles, los actos terroristas y la contaminación química, en la segunda, las inundaciones, los terremotos, las marejadas, los tornados o los huracanes (Cohen, 1989:5).

Los desastres no son meramente grandes accidentes, sino que implican la existencia de problemas sociales y de salud pública de magnitud excepcional, en un clima político y emocional sumamente delicado.

Al respecto, de acuerdo al gobierno japonés:

Oficialmente se declara un desastre cuando se combinan dos circunstancias: la aparición violenta de un fenómeno con alto poder destructivo que azota una región o a una comunidad; segundo, y más importante, la secuela inmediata de efectos y la magnitud de los daños, lo que provoca que los instrumentos de funcionamiento normal del gobierno no sean suficientes para hacer frente a la emergencia [...] Es decir, un desastre ocurre

precisamente cuando algún acontecimiento rebasa al gobierno y éste tiene que actuar conjuntamente con la sociedad (Trueba, 1997:9).

En México, cabe destacar como desastres significativos, los terremotos de 1985, las explosiones del Sector Reforma de Guadalajara, los accidentes en las plantas de gas de San Juanico, las inundaciones en varios Estados de la República, o el terremoto que afectó al estado de Colima y Jalisco; los cuales pueden darnos una idea más cercana de lo que puede ser un desastre y las implicaciones políticas y sociales que conllevan (intervención gubernamental, negligencias, actividad social, entre otros); pero sobre todo, el ser conscientes de que este tipo de siniestros laceran nuestro país.

5.1.1 Causas que determinan la magnitud de los desastres

5.1.1.1 Condiciones de vida de la población

Tiene que ver mucho con la situación económica de la población, pues la pobreza no sólo da lugar a que las personas sean más vulnerables a determinadas enfermedades, sino también a que construyan sus viviendas en lugares riesgosos y con materiales poco resistentes e inadecuados, lo que ya ha provocado desastres en nuestro país.

5.1.1.2 Ausencia de programas gubernamentales de protección civil

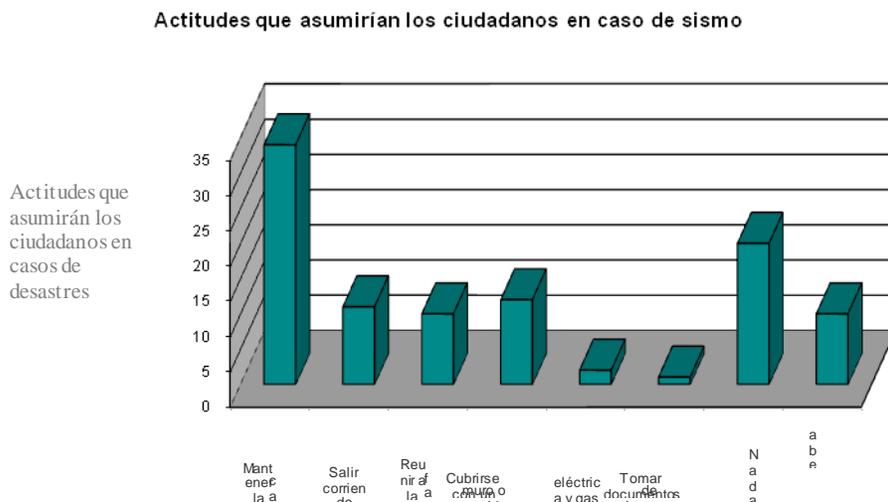
Por su parte, los programas de protección civil implementados por el gobierno son de muy reciente aparición; los más antiguos datan de 1985, y aún se enfrentan con un grave problema, ya que, “los desastres [...] requieren de una movilización de recursos materiales y humanos pertenecientes a casi todos los sectores públicos y privados. Y, en una nación como la nuestra, estos sectores o instituciones, no tienen una tradición de trabajo conjunto, sino más bien, una larga historia de lucha territorial” (Trueba, 1997:13).

5.1.1.3 Carencia de una cultura de seguridad entre sus habitantes

La mayoría de la población carece de una cultura de seguridad. Desde 1985 las escuelas comenzaron a implementar simulacros de evacuación, sin embargo,

parece ser que a la fecha se han venido dejando de lado esas medidas. “Estamos ante un vacío que puede tener graves resultados” (Trueba, 1997:14).

En la siguiente gráfica, presentada el día 24 de septiembre de 1995 en el periódico *Reforma* se evidencian las actitudes que los ciudadanos manifiestan que presentarían en caso de sismo.



Según Trueba (1997) estamos obligados a reconocer que el grueso de la población carece de la capacitación necesaria para minimizar el impacto de los desastres. Justo por esto, nuestra única opción es convertir las estrategias de protección civil en actitudes cotidianas, pues de ellas depende nuestra integridad física y nuestro patrimonio.

Sin embargo, no solamente los desastres en los que se ve implicado un gran número de víctimas y excesivas pérdidas materiales, son en los que se pretende que la población esté preparada, puesto que también es necesario reconocer que existen accidentes cotidianos en los que el tener una actitud adecuada puede ayudarnos a disminuir el impacto y sus consecuencias.

5.2 Tipos de desastres

Los tipos de desastres se clasifican en *geológicos* (provocados por sismos, volcanes y hundimientos), *hidrometeorológicos* (causados por los huracanes, trombas e inundaciones), *fisico-químicos* (debidos a la presencia de productos petroleros, accidentes industriales, incendios y derrames de productos químicos),

sanitarios, socio-organizativos (amenaza de bomba y choques de tránsito) (Trueba, 1997). A continuación se describen cada uno de ellos.

5.2.1 Geológicos

Estos desastres son causados por los movimientos violentos de la corteza terrestre. A esta categoría pertenecen los sismos, las erupciones volcánicas, los maremotos y la inestabilidad de los suelos. Ellos pueden adoptar diferentes formas, entre las que destacan las aludes, los derrumbes, derrumbes y los hundimientos.

5.2.1.1 Sismos

La historia sísmica de México es antigua y está caracterizada por una larga serie de destrucciones. Incluso –si se revisan las estadísticas sobre este tipo de fenómenos– no es difícil descubrir que el territorio nacional sufre una gran cantidad de movimientos tectónicos, cuya fuerza y frecuencia lo convierten en una de las zonas de mayor riesgo a nivel mundial.

Los sismos son movimientos del suelo que pueden ser originados ya sea, por acomodamientos de las placas del subsuelo o por erupciones volcánicas; algunos pueden ser tan leves que pueden pasar desapercibidos por las personas, y otros tan intensos, o con efectos tan devastadores como los sucedidos en México en 1985.

Como consecuencia de los sismos tectónicos bajo el fondo del mar, a veces se producen los maremotos, “...éste llega a mover el agua como si estuviera empujada por un gran remo. Las olas provocadas se propagan a partir de los alrededores de la fuente del terremoto a través del océano hasta que llegan a las costas. Allí su altura puede llegar a ser hasta de 30 metros...” (Trueba, 1997:26).

5.2.1.1.1 Recomendaciones

En la vía pública:

- Mantener la calma evitando gritar y/o realizar acciones que manifiesten pánico.

- Evitar lanzarse a correr. Una buena parte de las desgracias que ocurren se deben a personas que corren sin fijarse, y son atropelladas o sufren caídas.
- Analizar la zona donde se encuentra, a fin de dirigirse al sitio más seguro. Éste será aquel que no tenga edificios cercanos con ventanales y que esté alejado de los cables que conducen energía eléctrica.
- Evitar acercarse a los postes donde se encuentran los transformadores.
- Tratar de situarse en el centro de los camellones o en los paraderos del transporte público, a fin de garantizar su protección.
- Encender la radio a fin de informarse sobre la magnitud del evento y sus consecuencias.
- Comunicarse con sus familiares para saber su estado. En el vehículo:
- Mantener el control del automóvil, disminuyendo la velocidad hasta detenerse por completo.
- Estacionar el vehículo evitando quedar a la sombra de los edificios que tienen de 5 a 7 pisos, los cuales son más vulnerables.
- Evitar descender de la unidad y mantener la calma.
- Encender la radio a fin de informarse sobre la magnitud del evento y sus consecuencias.
- Comunicarse con sus familiares para saber su estado.

En el transporte público:

- Mantener la calma y evitar ser presa del pánico.
- Evitar –dentro de lo posible– descender del vehículo
- Comunicarse con sus familiares para saber su estado.

En la residencia:

- Mantener la calma.
- Comprobar que las llaves del gas estén cerradas y que los aparatos eléctricos estén apagados.
- Realizar, en caso de contar con el tiempo suficiente, la evacuación del inmueble.

- Situarse en los sitios más fuertes de la construcción: bajo las trabes o en las esquinas que cuenten con columnas.
- Evitar situarse en los sitios donde se encuentren repisas o libreros que puedan caerle encima.
- Encender la radio a fin de informarse sobre la magnitud del evento y sus consecuencias.
- Comunicarse con sus familiares para saber su estado.
- Es importante que las familias que viven en zonas sísmicas cuenten con un botiquín de primeros auxilios, un radio de pilas, una linterna, agua potable y un sobre con sus documentos más importantes (identificaciones, cuentas bancarias, etc.) a fin de tomarlos al momento de iniciarse el movimiento telúrico.

En los centros de trabajo:

- Mantener la calma.
- Apagar el equipo eléctrico.
- Evitar perder el tiempo reuniendo las pertenencias personales.
- Evitar correr y gritar.
- Evitar el uso de elevadores y escaleras eléctricas.
- Seguir las señales que marcan las rutas de evacuación.
- Buscar al salir del edificio una zona segura, considerando los ventanales de los inmuebles cercanos, los cables de corriente eléctrica, los transformadores y el flujo vehicular.
- Encender la radio a fin de informarse sobre la magnitud del evento y sus consecuencias.
- Comunicarse con sus familiares para saber su estado.

En los centros de reunión:

- Mantener la calma y evitar conductas alarmantes.
- Seguir la ruta de evacuación.
- Evitar correr.

- Evitar quedar bajo repisas que contengan adornos o bajo las lámparas del local.
- Evitar las cercanías con aparadores o ventanas.
- Evitar el uso de elevadores o escaleras eléctricas.
- Situarse en lugares que muestren seguridad (bajo las trabes o en las esquinas que estén reforzadas con columnas).
- Encender la radio a fin de informarse sobre la magnitud del evento y sus consecuencias.
- Comunicarse con sus familiares para saber su estado.

A pesar de su importancia, las medidas anteriores no son las únicas que deben observarse dentro de un programa de protección civil. Las otras manifestaciones de las fuerzas geológicas –tal es el caso del vulcanismo– también ameritan una serie de acciones preventivas.

5.2.1.2 Volcanes

En muchos lenguajes, la palabra volcán significa literalmente “montaña que humea”. En castellano “Volcán” proviene del latín vulcano, referido al Dios del fuego de la mitología romana, que a su vez, deriva del Dios Hefestos de la mitología griega. De una manera algo más formal puede utilizarse la definición de MacDonald (1972) y decirse que un volcán es aquel lugar donde la roca fundida o fragmentada por el calor y gases calientes emerge a través de una abertura desde las partes internas de la tierra hacia la superficie. La palabra volcán también se aplica a la estructura en forma de loma o montaña que se forma alrededor de la abertura mencionada por la acumulación de los gases emitidos.

La roca fundida que se encuentra en la parte interna del volcán se denomina magma. La lava es el magma o material rocoso que ha sido arrojado a la superficie y puede alcanzar temperaturas de entre 700 °C y 1200 °C, dependiendo de su composición química.

Los volcanes pueden arrojar gases, pómez, polvo, arena o bloques volcánicos que las nubes distribuyen en dirección del viento, o que pueden fluir en una mezcla con gases calientes por las laderas y las zonas adyacentes. Debido a su

alta temperatura y movilidad, estos flujos y oleadas piroclásticas (o nubes ardientes), arrasan las zonas a su paso originando incendios, sepultando el área bajo material incandescente y causando quemaduras y envenenamiento a la población.

Los daños que pueden acarrear los derrames de lava, están directamente asociados a la fluidez con que se mueve ese material sobre el terreno y, al contrario de lo que comúnmente se piensa, no representan un peligro grave.

En erupciones fuertes, la lluvia de ceniza y fragmentos volcánicos puede afectar áreas de hasta centenares de kilómetros y producir daños materiales y de salud a la población. La abundancia de ceniza en el ambiente produce una notable disminución de la visibilidad, e incluso puede provocar oscurecimiento, lo que afecta directamente las comunicaciones terrestres y aéreas. El depósito de grandes cantidades de material volcánico puede bloquear caminos, carreteras, desviar los cauces de los ríos y causar su desbordamiento. Otros problemas que pueden originarse por el impacto directo de los productos volcánicos son, el colapso de techos y estructuras, daños en líneas de suministro eléctrico, contaminación de las aguas, afectación de las tierras de cultivo y pérdidas de ganado. En cuanto a la salud, entre otros problemas que se pueden suscitar, está la inhalación de material fino y gases tóxicos que causan problemas en las vías respiratorias.

La actividad volcánica en México no ha culminado, está en espera de manifestarse en cualquiera de los cráteres activos; a través del nacimiento de otro volcán, o incluso a través de la erupción de alguno de los que hasta la fecha se considera apagado.

5.2.1.2.1 Recomendaciones

En la residencia:

- Mantener la calma y evitar, dentro de lo posible huir precipitadamente del lugar.
- Conservar limpia la azotea de la vivienda, a fin de evitar la acumulación de materiales flamables.

- Reforzar las ventanas con cinta adhesiva, para evitar que los vidrios estallen causando daño a los habitantes.
- Encender la radio o la televisión a fin de mantenerse informado sobre las indicaciones de protección civil.
- Comunicarse con sus familiares para saber su estado.
- Es importante que las familias que viven en zonas de actividad volcánica cuenten con un botiquín de primeros auxilios, una radio de pilas, una linterna, agua potable y un sobre con sus documentos más importantes (identificaciones, cuentas bancarias, etc.) de modo que pueda tomarlos al momento de iniciarse las explosiones o las fumarolas.

En el transporte:

- Mantener la calma.
- Controlar el vehículo hasta detenerse. En caso de encontrarse en una carretera, es fundamental que se enciendan las luces de emergencia a fin de evitar un accidente.
- Evitar huir del automóvil, ya que la lámina brinda una protección contra las piedras y las cenizas.
- Encender la radio y estar atento a las medidas de protección civil.
- Comunicarse con sus familiares para saber su estado.

Los riesgos geológicos que se presentan en nuestro país no se reducen a los sismos y al vulcanismo. Durante las últimas décadas, el desmesurado crecimiento urbano ha provocado la irrupción de un nuevo tipo de siniestro: el hundimiento de la corteza terrestre.

5.2.1.3 Hundimientos

La acelerada expansión de la mancha urbana no sólo se ha traducido en graves problemas sociales y en una incapacidad para proporcionar servicios públicos, sino que también ha dado lugar a una nueva serie de riesgos para los ciudadanos. Los asentamientos que rodean las zonas fabriles han sufrido las consecuencias de los accidentes industriales, las poblaciones que circundan los ductos de petróleo y

gas se enfrentan con la posibilidad de explosiones –y para colmo de males– se han construido algunas colonias en sitios donde se realizaban trabajos mineros.

Lamentablemente, es muy poco lo que pueden hacer los habitantes de estas colonias para evitar ser víctimas de los hundimientos. Las medidas correctivas que se utilizan para anular este tipo de siniestros (relleno de las minas o piloteo del suelo) son excesivamente caras y, por lo tanto, los particulares están imposibilitados para costearlas. A pesar de esto, las personas pueden establecer algunas medidas preventivas, mismas que delineamos en los siguientes párrafos.

5.2.1.3.1 Recomendaciones

Antes de comprar o rentar una residencia en zonas con riesgos de hundimientos, conviene investigar si bajo ese terreno se realizaron trabajos mineros. En este sentido es importante buscar información en el Centro Nacional de Prevención de desastres.

En el caso de realizar una compra, es importante exigir a la empresa constructora los estudios de mecánica de suelos a fin de valorar los riesgos.

Por último, vale la pena investigar si la empresa constructora no ha sido demandada por realizar edificaciones en zonas de riesgo. Esta información puede obtenerse en la Procuraduría Federal del Consumidor y en los juzgados mercantiles.

Las medidas de protección civil que se mencionan no cubren la totalidad de los riesgos geológicos. Las manifestaciones de las fuerzas de la naturaleza pueden escapar de los tres casos analizados. Aunque ellas permiten enfrentar –de la mejor manera posible– los principales desastres que ocurren en el país y, justo por ello, se convierten en un buen arsenal que puede ser empleado para salvaguardar la vida y el patrimonio de los lectores.

5.2.2 Hidrometeorológicos

Los desastres naturales sufridos por el país tienen una geografía específica: mientras los sismos, el vulcanismo y los hundimientos afectan las zonas urbanas del centro y el suroeste de México; el grueso de los siniestros hidrometeorológicos

se concentran en los valles y las costas. En una buena parte de los estados del país, las trombas, los ciclones y los huracanes son acontecimientos casi periódicos, cuyo saldo se materializa en una gran cantidad de pérdidas humanas y económicas.

5.2.2.1 Huracanes

Descrito de la manera más sencilla posible, un huracán es un viento muy fuerte que se origina en el mar, que gira en forma de remolino acarreando humedad en enormes cantidades, y que al tocar áreas pobladas, generalmente causa daños importantes o incluso desastres (Centro Nacional de Prevención de Desastres, 1996).

Al fenómeno se le conoce con varios nombres, además del de Huracán, por ejemplo: ciclón, en la zona Centroamericana; Tifón, en el Océano Pacífico y Baguio en el archipiélago Filipino.

De acuerdo a la Dirección General de Protección Civil (1992) de la Secretaría de Gobernación, un huracán se compone de tres etapas:

Depresión tropical: Consta de vientos máximos constantes de hasta 63 Km/h.
Tormenta tropical: consta de vientos de 63 a 118 Km/h, en esta etapa se le asigna un nombre por orden de aparición de forma alfabética predeterminados anualmente por el Comité de Huracanes de la Asociación Regional IV de la Organización Meteorológica Mundial.

Huracán: Se alcanza esta etapa cuando la velocidad del viento llega hasta los 119 Km/h.

5.2.2.2 Trombas

Son nubes que contienen gran cantidad de agua que no cae poco a poco como normalmente se produce la lluvia, sino que se deja venir hacia abajo de una sola vez, formando un chorro de muchos metros de diámetro y sobre un espacio muy pequeño, por lo que en el lugar que se desploma, ocasiona graves daños.

Para que se produzca una tromba, que también es conocida popularmente como culebra, no es necesario que esté lloviendo previamente. Además es poco probable que vuelva a repetirse en el mismo lugar por muchas temporadas.

Son más peligrosas cuando se presentan con remolinos de aire, ya que éstos, algunas veces. Antes de que se desplome el agua, absorben objetos, animales pequeños o agua de algún charco, arroyo o laguna que llevan hasta la nube que forma la tromba.

Se originan en temporada de lluvias y por lo general se forman en áreas a campo abierto, rara vez es visto este fenómeno en poblaciones de importancia y suceden con menor frecuencia que los temblores y huracanes. No puede predecirse cuando se desencadenará, ya que se forma en cuestión de pocos minutos.

Es posible observar que se está formando una tromba o culebra dado que las nubes en que se está concentrando el agua que contienen son de un color más oscuro que las demás y esto se debe a que son más densas. En determinado momento se descuelga por uno de los extremos de la gigantesca nube el agua que se almacena.

Sin embargo, no se puede asegurar que cada vez que observemos esa clase de señales sea motivo para que se descargue una tromba, puesto que, tan fácil como se forman en las nubes, se pueden desintegrar a través de una lluvia normal.

5.2.2.2.1 Recomendaciones

En la residencia

- Mantener la calma.
- Reforzar las ventanas con cinta adhesiva para evitar el estallido de los vidrios.
- Cerrar las llaves del gas y cerciorarse de que los aparatos eléctricos estén apagados.
- Encender la radio de pilas a fin de mantenerse informado de la situación.

- Mantenerse, junto con la familia, en una habitación alejada de las ventanas durante el siniestro.
- Subir a la azotea de la residencia cuando el evento haya concluido, a fin de valorar el entorno, y en caso de ser necesario, evitar ser víctimas de la inundación.
- Es importante que las familias que viven en zonas de actividad hidrometeorológica cuenten con un botiquín de primeros auxilios, una radio de pilas, una linterna, agua potable y un sobre con sus documentos más importantes (identificaciones, cuentas bancarias, entre otros) a fin de tomarlos al momento de iniciarse un posible siniestro.

En el Transporte:

- Mantener la calma.
- Controlar el vehículo y buscar la protección en algún sitio alejado de cables eléctricos, transformadores y corrientes de agua.
- Encender la radio a fin de mantenerse informado sobre la situación y la posible intervención de los cuerpos de rescate.
- Evitar abandonar la unidad y mantener las ventanas ligeramente bajas, para evitar que el vehículo se encapsule y sea arrastrado por la corriente.
- Subir al techo del vehículo cuando la tormenta haya concluido y el agua no lo haya invadido, a fin de ser detectado y auxiliado por los rescatistas.

5.2.2.3 Inundaciones

La República Mexicana se ve afectada por precipitaciones derivadas de diferentes fenómenos hidrometeorológicos. En verano (junio-octubre), el país, prácticamente en toda su extensión está sujeto a la acción de ciclones o tormentas tropicales. Durante el invierno, en cambio, es afectado por tormentas de origen extratropical; fuentes polares que viajan hacia el sur, originados en latitudes altas, y que causan también fuertes lluvias en todo el país, sobre todo en el norte.

A estos fenómenos se suman los efectos orográficos y los originados por fenómenos convectivos, los cuales producen tormentas muy intensas aunque de poca duración y extensión.

Esta diversidad de fenómenos produce condiciones extremas de precipitación, con una secuela de avenidas que pueden generar desbordamientos de causes e inundación de terrenos.

De acuerdo con su origen, las inundaciones se clasifican en: pluviales, fluviales y costeras.

Inundaciones pluviales y fluviales: Se dan como consecuencia de las precipitaciones que se producen cuando la humedad contenida en los mares, océanos y otros grandes cuerpos de agua, es transportada hacia la tierra por el viento; al ascender el vapor de agua y disminuir su temperatura, ésta se presenta en cualquiera de las siguientes formas; lluvia, nieve o granizo. El proceso puede originarse debido a la existencia de: Huracanes, vientos normales, masas polares y procesos convectivos.

Inundaciones costeras: Además de las inundaciones pluviales (causadas directamente por la lluvia) y fluviales (desbordamientos de ríos), las zonas costeras pueden ser afectadas por las mareas de tormenta, particularmente en el Golfo de México, donde la sobre elevación del nivel medio del mar hace que éste penetre tierra adentro afectando en algunas ocasiones zonas muy amplias.

A este fenómeno se suma el del oleaje y, juntos, causan daños muy importantes, como la socavación de los cimientos en los edificios costeros, el naufragio de las embarcaciones, la demolición y destrucción de instalaciones portuarias, la ruptura de las obras de defensa costera y la erosión de las playas y riscos. El efecto del agua no sólo es destructivo al avanzar tierra adentro, sino también en su retirada hacia el mar.

5.2.2.3.1 Recomendaciones

En la residencia:

- Mantener en perfectas condiciones el drenaje de su casa. Para esto es conveniente exigir en su delegación o municipio la realización de trabajos de desazolve en los días que anteceden a la temporada de lluvias.
- Evitar, dentro de lo posible, dejar totalmente cerrado su automóvil, ya que cuando suben los vidrios el vehículo queda encapsulado y, justo por ello puede flotar.
- Cerciorarse de que la energía eléctrica sea cortada durante el siniestro para evitar cortos circuitos o accidentes.
- Instalar sistemas de aislamientos en puertas y ventanas exteriores a fin de evitar que el agua se introduzca dentro de su residencia.
- Subir a la azotea o a la planta alta en caso de que la residencia comience a ser invadida por el agua.

En el vehículo:

- Evitar, dentro de lo posible, transitar por las zonas que sufren inundaciones continuas.
- Abandonar, cuando las condiciones meteorológicas así lo requieran, las vías de comunicación que se inundan frecuentemente.
- Evitar, cuando sea sorprendido por una inundación, cerrar las ventanas de su automóvil, ya que esto encapsula la unidad y ésta comienza a flotar.
- Abandonar el interior del vehículo cuando el agua comience a subir para situarse en el techo del mismo.
- No perder la calma y esperar la ayuda de los cuerpos de rescate.

Al igual que en el caso de los desastres geológicos las anteriores estrategias no abarcan la totalidad de las manifestaciones de los siniestros hidrometeorológicos. No obstante, gracias a su carácter general, pueden contribuir a minimizar los embates de este tipo de fenómenos y, debido a ello, garantizar que las personas y sus bienes sufran los menores daños posibles.

5.2.3 Físico–Químicos

El desarrollo tecnológico e industrial tiene un lado oscuro: los riesgos que surgen a partir del manejo de las sustancias tóxicas, inflamables y explosivas, los desechos químicos que pueden afectar contra la salud de las personas, la contaminación y los accidentes ocurridos en las fábricas son sólo algunos de los hitos del rostro oscuro del progreso. Así, cuando revisamos las noticias publicadas por la prensa, no tardamos mucho en encontrar que, en algún sitio del planeta ocurrió un desastre físico-químico de gravísimas consecuencias para la población y, lamentablemente, nuestro país tampoco ha sido ajeno a estas tragedias.

5.2.3.1 Productos petroleros: las explosiones y las llamas

Hoy en día, uno de los principales causantes de desastres en las ciudades es el mal manejo de los productos petroleros. Las pipas que transportan gasolina, los oleoductos y las empresas gaseras han dado origen a un sinnúmero de accidentes cuyo saldo mortal es elevadísimo. Las muertes causadas por las explosiones de las plantas gaseras ubicadas en la zona de San Juanico, al igual que las ocurridas en el Sector Reforma de Guadalajara, son sólo un par de ejemplos de los siniestros que de manera casi cotidiana han ocurrido en los últimos años.

Los más de 60 000 kilómetros de ductos instalados a lo largo y ancho del país ponen en riesgo a comunidades enteras, no sólo por la reducida partida presupuestal que Pemex estima al mantenimiento de estas instalaciones, sino también por el crecimiento desordenado de las manchas urbanas. En la zona metropolitana de la Ciudad de México, la posibilidad de enfrentarse con un desastre de este tipo es sumamente alta en algunas de sus Delegaciones y municipios conurbados, cuyos territorios son atravesados por las tuberías de Pemex.

La volcadura de las pipas propiedad de Pemex, y las empresas gaseras también han provocado una gran cantidad de siniestros, además de ello, los derrames de hidrocarburos se han convertido en un factor que puede generar tragedias similares a la sufrida por los habitantes del Sector Reforma. Cuando se derraman los productos contenidos en alguno de estos transportes, los bomberos, por regla general utilizan sus mangueras para limpiar los hidrocarburos y

conducirlos al drenaje, donde se acumulan y aumentan el riesgo de una explosión. Al revisar la estadística de los más graves accidentes que han ocurrido en la zona metropolitana de la Ciudad de México, encontramos una frecuencia preocupante de derrames de combustible causadas por fallas tanto en los vehículos como en los oleoductos que los transportan.

Pero los riesgos mencionados hasta ahora no son los únicos que se pueden atribuir a los malos manejos de los productos petroleros: las explosiones de los tanques de gas, las filtraciones y los derrames provocados por las gasolineras, y los incendios que han ocurrido a causa de los choques de las pipas agravan el panorama. Así pues, los ciudadanos sólo tienen la opción de asumir algunas medidas de protección civil.

5.2.3.1.1 Recomendaciones

En la residencia:

- Mantener la calma.
- Reportar de inmediato el siniestro a los cuerpos de auxilio.
- Evitar el aproximarse al lugar del incidente.
- Guarecerse en la habitación más lejana a la vía pública.

En la vía pública:

- Mantener la calma.
- Evitar aproximarse al lugar donde ocurrió el percance.
- Retirarse a la mayor velocidad posible del sitio donde ocurrió el accidente. Es importante que en esta maniobra se considere la dirección del viento, de tal suerte que el avance se realice en dirección opuesta a su rumbo, a fin de evitar ser alcanzado por las llamas o por las emisiones de humo y gases tóxicos.
- Buscar resguardo en alguna construcción lejana y segura.

El hecho de que una buena parte de los establecimientos fabriles hayan sido copados por viviendas, ha repercutido en la proliferación de daños y tragedias

causados de los accidentes industriales, de tal manera, es necesario que dediquemos algunos párrafos al análisis de estas contingencias.

5.2.3.2 Accidentes industriales: el riesgo de la producción

La mayor parte de las actividades industriales conllevan riesgos: el manejo y el almacenamiento de ciertas sustancias, los procesos productivos donde intervienen materiales tóxicos o explosivos, y las fugas de elementos nocivos, son parte de una terrible gama de eventualidades. Casos como el ocurrido en Altamira, Tamaulipas, donde una fuga de amoníaco en la fábrica Hielo Mundo provocó seis lesionados de gravedad y una gran cantidad de intoxicados, se han convertido en hechos cotidianos que nos obligan a tomar prevención ante estos eventos.

5.2.3.2.1 Recomendaciones

En la residencia:

- Mantener la calma.
- Reportar el siniestro a los cuerpos de rescate.
- Evitar a toda costa salir al lugar donde ocurrió el accidente.
- Abrir las ventanas opuestas al sitio donde sucedió el accidente a fin de garantizar la ventilación de la residencia.

En los centros de trabajo:

- Mantener la calma.
- Abandonar el lugar de trabajo sin detenerse a recoger los objetos personales.
- Cerciorarse de que los aparatos eléctricos estén apagados.
- Seguir la ruta de evacuación evitando correr y gritar.
- Buscar la protección del viento a fin de no ser alcanzado por los vapores, las llamas o las fugas de gases.
- Buscar la protección arquitectónica en un lugar cercano.

A pesar de su importancia y su impacto en la salud y la economía, los accidentes industriales no son los desastres más frecuentes en el país. Los

incendios, independientemente de la causa, son eventos que se presentan habitualmente y provocan una gran cantidad de tragedias.

5.2.3.3 Incendios

Dentro de la historia de los desastres, los incendios ocupan un sitio privilegiado. La furia de las llamas se ha presentado una y otra vez para arrasar ciudades o destruir las posesiones de un sinnúmero de personas. Durante nuestro siglo, la zona metropolitana de la Ciudad de México ha sufrido una gran cantidad de eventos de esta naturaleza: la destrucción de una buena parte del campamento 2 de Octubre, los siniestros que consumieron una porción de la esquina de Isabel la Católica y Venustiano Carranza, la explosión ocurrida en 1988 en la zona de la Merced, y el fuego que arrasó un jirón del barrio de Tepito son sólo algunos hitos de un pasado doloroso y terrible.

Los incendios –al igual que la mayor parte de los siniestros– también tienen una geografía específica, la cual depende de una gran cantidad de factores, entre los que destacan: el estado de las instalaciones eléctricas y de gas, además del tipo de actividades productivas, las condiciones y materiales con que fueron construidos los edificios.

Ante este tipo de eventos, Protección Civil propone una serie de medidas para prevenirlos y enfrentarlos; entre estas acciones, destacan las siguientes.

5.2.3.3.1 Recomendaciones

En la residencia:

- Al detectarse el inicio de un incendio, y si se cuenta con los medios necesarios, es fundamental tratar de combatirlo, para lo cual, es importante señalar que si el siniestro fue provocado por un cortocircuito no debe emplearse agua para sofocarlo.
- Si el incendio se inicia en una habitación deshabitada y la puerta se encuentra cerrada, por ningún motivo debe intentar abrirla, dado que el fuego se avivará por el oxígeno. Tampoco abra las ventanas para que salga el humo.

- Si el fuego ha cobrado fuerza, humedezca una toalla y cúbrase con ella boca y nariz.
- Tenga presente que un incendio eleva considerablemente la temperatura ambiente y, por lo tanto, puede causar lesiones considerables en la epidermis y los pulmones.
- Con el objeto de evitar una intoxicación por el humo, agáchese lo más posible y diríjase de inmediato a la salida.
- Los materiales que sirven de combustible al fuego determinan su grado de toxicidad, por ello es importante que evite exponerse al humo que –en algunos casos– puede causar daños irreversibles.
- Evite tocar objetos metálicos pues la transferencia de calor eleva sensiblemente su temperatura.
- No pierda el tiempo tratando de salvar algunas pertenencias, abandone de inmediato el inmueble.
- Si el incendio se inicia en un tanque de gas, no intente sofocarlo, de inmediato llame a los bomberos y abandone su residencia.
- En caso de quedar atrapado a causa de un incendio, trate de alcanzar las ventanas o la azotea y espere el auxilio de los bomberos. En su trayecto manténgase al ras de suelo, a fin de no exponerse al humo.

En el vehículo:

- Al iniciarse el incendio trate de sofocarlo con el extintor o con un refresco, agitándolo y dirigiendo el líquido a la base del fuego.
- En caso de no poder sofocar el fuego, aléjese de inmediato y evite obstaculizar con su presencia la labor de los cuerpos de Protección Civil.
- Para evitar los incendios en la zona del motor, manténgalo limpio de aceites y residuos flamables.

En el transporte colectivo:

- Mantenga la calma y evite provocar el pánico entre las personas que están a su alrededor.

- Trate de descender en orden, dando prioridad a discapacitados, mujeres de edad avanzada y niños.
- Manifieste su espíritu solidario ayudando a quienes lo requieran.
- Al descender del vehículo, aléjese de inmediato.
- Recuerde que los automóviles no estallan como en las películas y, por lo tanto, cuenta con el tiempo suficiente para descender y alejarse.

5.2.3.4 Derrames de productos químicos

5.2.3.4.1 Recomendaciones

En volcaduras de vehículos que transportan productos químicos:

- Mantenga la calma.
- No toque el líquido derramado.
- Manténgase contra el viento.
- Aléjese lo más rápido posible del lugar del siniestro.
- En caso de haber inhalado los vapores, aléjese a un sitio donde pueda recibir aire fresco y acuda con su médico.
- En caso de haber tenido contacto con el líquido, quítese la ropa y el calzado a fin de prevenir ser presa del fuego.
- En caso de que su piel haya sido tocada por los líquidos, debe lavarla inmediatamente y mantener la zona afectada bajo el agua 15 minutos.

En las oficinas de servicios:

- Mantenga la calma.
- Utilice las escaleras de emergencia y siga las rutas de evacuación.
- No corra ni empuje a las otras personas.
- No utilice los elevadores.
- Si existe una considerable cantidad de humo, cúbrase nariz y boca con una tela mojada y manténgase al ras del piso.
- En caso de ser atrapado, trate de alcanzar la azotea o las ventanas, con el fin de ser rescatado por los bomberos. En los sitios de reunión:

- Mantenga la calma y evite ser presa del pánico.
- Utilice las salidas de emergencia o siga las rutas de evacuación. La mejor salida es la más cercana.
- No corra ni empuje a las otras personas.
- Manifieste su sentido de la solidaridad ayudando a discapacitados, personas de edad avanzada y niños.
- En caso de presentarse una gran densidad de humo, cúbrase boca y nariz con un trapo húmedo y agáchese para evitar –dentro de lo posible– aspirar el humo.

En las empresas industriales:

- Mantener la calma.
- No correr ni empujar a las personas.
- Seguir los señalamientos de las rutas de evacuación.
- Obedecer las instrucciones de las brigadas de evacuación.
- Ubíquese dentro de las zonas de seguridad establecidas.
- No realice ninguna acción de manera independiente.

5.2.4 Sanitarios

La historia oficial de la medicina muestra como una sucesión de éxitos, los casi incesantes descubrimientos de vacunas y antibióticos, aunados a la masificación de ciertas prácticas profilácticas que han provocado la virtual desaparición de algunas enfermedades, al tiempo que han ampliado la esperanza de vida de las personas. Aparentemente, una buena parte de las sociedades han conquistado la salud; no obstante, si se revisa con cierto cuidado la historia sanitaria reciente, no tardará mucho en descubrirse la otra cara de la moneda. La pauperización sufrida por millones de seres humanos, los procesos migratorios. La violencia y el descubrimiento de nuevos males, han colocado a los hombres ante los fantasmas de la peste.

Efectivamente, tras el descubrimiento del retrovirus que provoca el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, la nómina de nuevos y viejos males no ha dejado de

engrosarse. Las epidemias de ébola y lepra en África, la irrupción del cólera en buena parte del territorio latinoamericano. Los brotes de dengue en Brasil, y el resurgimiento de algunas enfermedades que se creían olvidadas, nos obligan a tomar una serie de medidas de protección civil.

5.2.4.1 Recomendaciones

En la residencia:

- Mantener en óptimas condiciones sanitarias los sistemas de almacenamiento de agua (tinacos, cisternas, entre otros).
- Mantener en óptimas condiciones sanitarias los sistemas de eliminación de aguas negras y grises.
- Garantizar la desinfección de los alimentos y del agua mediante sistemas de cocción o cloración.
- Evitar adquirir alimentos en lugares insalubres.
- Cerciorarse acerca de la procedencia de los alimentos y evaluar los sistemas de conservación a los que fueron sometidos.
- Participar en las campañas de vacunación.
- Acudir a los servicios médicos de la comunidad. En los centros de trabajo:
- Vigilar que las instalaciones sanitarias guarden un excelente estado.
- Evitar ingerir agua que no haya sido desinfectada.
- Evitar comer en establecimientos que carezcan de medidas de higiene.
- Exigir en los restaurantes, la exhibición de los análisis bacteriológicos del agua y los alimentos.

Las medidas anteriores no bastan para enfrentar todas las emergencias sanitarias. No podemos olvidar que cada enfermedad obliga a una profilaxis y un tratamiento específico. Sin embargo, la observancia de las acciones enumeradas contribuye a disminuir y evitar este tipo de desastres.

5.2.5 Socio-Organizativos

Desde los años 70, una buena parte de los países latinoamericanos han sido presa de la violencia política. Las guerrillas, la represión gubernamental y los conflictos sociales han marcado la vida de millones de personas, a través de una serie de daños físicos y psicológicos; sin embargo, y a pesar de la gravedad y la frecuencia de estos fenómenos, es virtualmente imposible sostener que los siniestros socio-organizativos que ocurren en todas las naciones tienen las mismas consecuencias para la población: los sufrimientos experimentados por los exiliados centroamericanos, las lesiones padecidas por los torturados y el deterioro psicológico vivido por los balseros cubanos son inconmensurables entre sí.

Las acciones de protección civil contra eventos socio-organizativos, —a diferencia de las diseñadas contra los desastres naturales e industriales— dependen de las condiciones políticas y del grado de conflicto de cada nación. Por ejemplo, en nuestro país, el número de atentados terroristas es significativamente más bajo que el de las naciones de Medio Oriente, y sus enfrentamientos sociales han tenido consecuencias mucho menos severas que las experimentadas en el Cono Sur. Esta situación ha dado como resultado que la mayoría de las personas supongan que nunca tendrán que enfrentarse con la problemática de esta naturaleza.

No obstante, el grado de conflicto social que actualmente se vive en el país nos obliga a tomar ciertas precauciones ante los eventos más comunes como las manifestaciones y las amenazas de bomba.

5.2.5.1 Recomendaciones

En manifestaciones:

- Manténgase informado sobre los sitios donde se realizarán estas propuestas y evite acercarse a ellos.
- Evite permanecer observando a los manifestantes.
- Evite ser confundido con un manifestante o con un provocador.
- Busque el cobijo de un centro de reunión.
- Obedezca las instrucciones de los cuerpos de seguridad pública.

- Evite hacer comentarios negativos o señales que puedan provocar a los manifestantes o a la policía.

5.2.5.2 Amenaza de bomba

- Mantenga la calma.
- Obedezca las instrucciones del personal que dirige la evacuación.
- Evite usar el elevador.
- Evite tocar cualquier objeto.
- Evite perder tiempo tratando de reunir sus pertenencias.
- Ubíquese en las zonas de seguridad y, con calma, espere nuevas instrucciones.

Las anteriores medidas, sin duda alguna, permiten que las personas puedan evitar –hasta el máximo posible- sufrir las consecuencias de los eventos socio-organizativos, aunque, en la mayor parte de los casos, la prudencia es la mejor arma a disposición de quienes no desean verse involucrados en situaciones difíciles.

5.2.5.3 Choques de tránsito

El número que arroja diariamente esta clase de accidentes, sobrepasa con mucho, el número de personas que fallecen por la causa de otros accidentes o por agresiones con arma blanca o de fuego.

Se puede decir, sin equivocación, que esta clase de accidentes se deben en un 95% a la imprudencia de los conductores, pues se ha comprobado que muchos de ellos conducen ebrios, drogados, mermados de sus facultades por el sueño, con impericia y sin atención a los reglamentos de tránsito.

5.2.5.4 Medidas para evitar y contrarrestar sus efectos

Los conductores deberán evitar el conducir a exceso de velocidad o bajo cualquier circunstancia anormal que además de poner en peligro su vida amenaza la de otros conductores y transeúntes.

Especial atención merecen los choques o volcaduras de transportes colectivos, dado que en gran mayoría de éstos ocurren en las carreteras y por características de los vehículos que participan, velocidad y dirección que llevan al impactarse o volcarse, resultan de funestas consecuencias.

5.2.5.5 Medidas para contrarrestar sus resultados y recordatorias para evitarlos

Los conductores deben llevar equipo de primeros auxilios, lo que resulta de gran utilidad, sobre todo para aplicación de vendajes, o para inmovilizar miembros con probables fracturas.

Si alguna víctima resultara prensada o con parte del cuerpo atrapada debajo del vehículo o en el interior de él, no trate de rescatarlo si no cuenta con el equipo o herramienta apropiados, es mejor esperar al personal que se presente al salvamento.

Si por la gravedad del caso, es necesario que usted preste auxilio en un accidente de transporte colectivo, primeramente traslade a lugares seguros, a distancia del o de los vehículos y de la cinta asfáltica a los lesionados que no presenten dificultad para esa operación. Esto evitará que otro vehículo pueda agravar más la situación, ya sea, atropellando a los que estén en la carretera, o que puedan estrellarse con los vehículos accidentados.

Los lesionados deben ser colocados en la posición más cómoda para ellos. De ser posible proceder a vendar heridas y evitar mover del sitio en que quedaron a los que estime que presenten lesiones internas. Si es necesario moverlos, es mejor hacerlo entre dos o tres personas, evitando jalones y procurando que sea, levantado en la misma posición que esté para descansar en igual forma.

Esté pendiente del arribo de las unidades de socorro. Previamente debieron colocarse señales de alerta en ambos lados de la carretera.

Con esto podemos determinar que no todos los desastres son iguales y que no es seguro que nos suceda en el mismo lugar, las recomendaciones también son diferentes de un lugar a otro.

Al identificar la tipología de los desastres podemos hacer las recomendaciones necesarias para cada uno, así como en las condiciones de vida que tienen las personas dependiendo el lugar de su residencia.

CAPÍTULO VI:

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

6.1 Propósito

Con la finalidad de fortalecer el bienestar de la comunidad universitaria de la Educación Media Superior de la Universidad de Guadalajara (U de G) es

necesario formar al personal dedicado a dar servicio relacionado con el área de la salud, con estrategias de intervención en casos de desastre, ya que en las Escuelas Preparatorias de esta universidad se tiene el contacto con Protección Civil únicamente para protegerse en algún caso de desastre, pero no se tienen programas para dar seguimiento a las personas afectadas de algún desastre. Para ello se tiene programado realizar un Curso Taller de capacitación utilizando el “Manual de Intervención psicológica en casos de desastres” conformado por cinco módulos.

6.2 Justificación

Este Manual de Intervención psicológica en casos de desastres está diseñado para facilitar herramientas de intervención a las personas que sufran algún tipo de desastre y que se le dificulte integrarse a su vida cotidiana nuevamente.

Se tomaron en cuenta autores reconocidos en el ámbito de Intervención psicológica especialmente en los casos de desastres, los cuales se nombran a continuación los más sobresalientes.

Para revisar los elementos teóricos de las víctimas de desastre se revisó a Raquel E. Cohen, Francisco Gutiérrez, Pearlin, Fritz, entre otros investigadores.

Para identificar las principales afecciones psicológicas se consideró a David Sue, Juan J. Lopez-Ibor Aliño como los más sobresalientes para explicar algunos trastornos mentales que se puedan generar.

Para las revisar las técnicas de intervención psicológica están Leopold Bellak, Francisco Javier Labrador, Nohelia Hewitt Ramírez, Gantiva, para abordar la Psicoterapia Breve; Vicente Caballo y William Miller para abordar las Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta a María del Mar Ospina Atención psicológica, entre otros autores que nutren la información para este apartado.

Para abordar la parte del tratamiento, área emocional y reflexiones sobre la intervención se retomó a Sara Bosch, Beatriz Vera y Ferran Lorente entre otros. Para explicar la tipología de los desastres se abordó a Cohen, Trueba, así como a la Secretaría de Educación Pública.

6.3 Objetivos

Al concluir el curso el participante será capaz de:

- Distinguir las diferentes fases y afecciones psicológicas que puedan producirse en una persona que fue víctima de un desastre, así mismo asociarlas a algún modelo de diagnóstico para identificar si existe algún trastorno.
- Aplicar algunas técnicas de intervención básicas y dar algunas recomendaciones que favorezcan a las personas afectadas.

6.4 Población

Está dirigido a todos los profesionales de la salud que ofrezcan un servicio de atención a la población estudiantil de las Escuelas Preparatorias del Sistema de Educación Media Superior (SEMS) de la Universidad de Guadalajara la cual se enlista a continuación:

Preparatorias Metropolitanas

Escuela Preparatoria de Jalisco
Escuela Preparatoria No. 2
Escuela Preparatoria No. 3
Escuela Preparatoria No. 4
Escuela Preparatoria No. 5
Escuela Preparatoria No. 6
Escuela Preparatoria No. 7
Escuela Preparatoria No. 8
Escuela Preparatoria No. 9
Escuela Preparatoria No. 10
Escuela Preparatoria No. 11
Escuela Preparatoria No. 12
Escuela Preparatoria No. 13
Escuela Preparatoria No. 14
Escuela Preparatoria No. 15
Escuela Preparatoria No. 16
Escuela Preparatoria No. 17
Escuela Preparatoria No. 18
Escuela Preparatoria No. 19
Escuela Preparatoria No. 20
Escuela Preparatoria de Tonalá
Escuela Preparatoria de Tonalá Norte
Escuela Vocacional
Escuela Politécnica Guadalajara

Preparatorias Regionales

Escuela Preparatoria de Aqualulco de Mercado
Escuela Preparatoria de Ameca
Escuela Preparatoria de Arandas
Escuela Preparatoria de Atotonilco
Escuela Preparatoria de Autlán de Navarro
Escuela Preparatoria de Casimiro Castillo
Escuela Preparatoria de Chapala
Escuela Preparatoria de Cihuatlán
Escuela Preparatoria de Ciudad Guzmán
Escuela Preparatoria de Colotlán
Escuela Preparatoria de Degollado
Escuela Preparatoria de El Grullo
Escuela Preparatoria de El Salto
Escuela Preparatoria de Jocotepec
Escuela Preparatoria de La Barca
Escuela Preparatoria de Lagos de Moreno
Escuela Preparatoria de Puerto Vallarta
Escuela Preparatoria de San Juan de los Lagos
Escuela Preparatoria de San Martín Hidalgo
Escuela Preparatoria de Sayula
Escuela Preparatoria de Tala
Escuela Preparatoria de Tamazula
Escuela Preparatoria de Tecolotlán
Escuela Preparatoria de Tepatlán
Escuela Preparatoria de Tequila
Escuela Preparatoria de Tlajomulco de Zúñiga
Escuela Preparatoria de Tuxpan
Escuela Preparatoria de Zacoalco de Torres
Escuela Preparatoria de Zapotiltic
Escuela Preparatoria Regional de Zapotlanejo
Escuela de Educación Media Superior de Ocotlán

6.5 Metodología

El modelo pedagógico es el “Modelo Social” ya que propone el desarrollo máximo y multifacético de las capacidades e intereses del participante, así mismo los escenarios sociales que propone pueden propiciar oportunidades para que trabajen de forma cooperativa y puedan resolver problemas que sería muy difícil hacerlo solos.

Los cuatro requisitos que debe de cumplir la enseñanza según esta pedagogía social son:

- a) Los problemas o retos a estudiar son tomados de la realidad.

- b) El tratamiento y búsqueda de la situación problemática se trabaja de manera integral (no se aísla) mediante una práctica contextualizada.
- c) Aprovechamiento de la oportunidad de observar a los compañeros en acción para revelar los procesos ideológicos implícitos, sus presupuestos, concepciones y marco de referencia.
- d) La evaluación es dinámica, lo que se evalúa es el potencial del aprendizaje que se vuelve real gracias a la enseñanza y la interacción de los participantes con otros más expertos.

El método

Es el estudio de caso; el cual consiste en comprender las dinámicas presentes en contextos singulares, combinando distintas modalidades y estrategias para la integración de evidencias cualitativas y/o cuantitativas con el fin de generar el conocimiento, habilidades y destrezas suficientes para intervenir adecuada y oportunamente. A continuación se describen de manera general los módulos del programa de capacitación como se presenta en el manual como capítulos.

En el **primer módulo** se revisarán los elementos teóricos básicos para comprender la situación de las personas afectadas por los desastres, ya que es de suma importancia entender los conceptos que se utilizarán en los siguientes módulos.

Modalidades de enseñanza

Clase teórica; consiste en sesiones expositivas, explicativas y/o demostrativas de contenidos.

Las Estrategias

Los relatos de experiencias de vida; es la descripción por parte del expositor de situaciones reales donde las emociones, motivaciones, actitudes y valores han jugado un papel central en el aprendizaje.

Evidencias

Elaboración de un mapa conceptual u organizador gráfico.

En el **segundo módulo** se revisará la información para que los participantes identifiquen los principales rasgos psicológicos que se pueden presentar en

situaciones de desastres y por consecuencia si se manifiesta el trastorno por estrés postraumático.

Modalidades de enseñanza

Estudio y trabajo en grupo; consiste en hacer que aprendan entre ellos con lecturas, investigaciones, trabajos, obtención y análisis de datos etc. para exponer o entregar en clase mediante el trabajo de los participantes en grupo.

Las Estrategias

Investigación en equipo y organización de la información.

Evidencias

Elaboración de un diagrama.

En el **tercer módulo** se revisarán las diferentes herramientas y técnicas que se pueden utilizar al realizar una intervención psicológica. Este módulo en particular es de los más complejos porque se requiere de hacer prácticas en el grupo y se llevará en varias sesiones.

Modalidades de enseñanza

Seminario-Taller; consiste en construir conocimiento a través de la interacción y la actividad, sesiones supervisadas con participación compartida.

Clases prácticas; la finalidad es mostrar cómo deben actuar en una situación determinada.

Tutorías; es la atención personalizada a los participantes, relación estrecha de ayuda en la que un expositor atiende, facilita, orienta y retroalimenta a uno o varios participantes en el proceso formativo.

Estudio y trabajo en grupo; hacer que aprendan entre ellos con lecturas, investigaciones, trabajos, obtención y análisis de datos etc. para exponer o entregar en clase mediante el trabajo de los participantes en grupo.

Las Estrategias

Contextualización en la realidad y simulación de actividades profesionales; consiste en mostrarles a los participantes los beneficios concretos de poseer la

competencia de intervención a víctimas en casos de desastre, teniendo en cuenta las necesidades vitales relacionadas con su proyecto de vida.

Evidencias

Reporte de lectura, trabajo en equipo, realizar un sociodrama y un reporte de práctica.

En el **cuarto módulo** se revisará información inherente a este tipo de sucesos que pueden vivir las víctimas de desastre, el personal encargado de dar el servicio de atención y orientación a todos los alumnos, maestros y trabajadores de las escuelas Preparatorias de la Universidad de Guadalajara, con la finalidad de promover las recomendaciones a sus familiares y amigos en los diferentes ámbitos de vida (trabajo, casa, escuela, en la calle).

Modalidades de enseñanza

Seminario-Taller; consiste en construir conocimiento a través de la interacción y la actividad, sesiones supervisadas con participación compartida.

Las Estrategias

Investigación en equipo y organizar la información.

Evidencias

Elaboración de un Collage.

Y en el **quinto módulo** se revisará la tipología de los desastres y la explicación de cada uno de ellos, esto con el fin de que puedan identificar cada uno de los desastres y se da algunas recomendaciones de lo que pueden hacer en el momento.

Modalidades de enseñanza

Estudio y trabajo en grupo; hacer que aprendan entre ellos con lecturas, investigaciones, trabajos, obtención y análisis de datos etc. para exponer o entregar en clase mediante el trabajo de los participantes en grupo.

Las Estrategias

Análisis de la información y estudio de caso.

Evidencias

Elaboración de un periódico mural y resolver un estudio de caso.

La importancia de este manual de investigación y aplicación va enfocada a la intervención de las personas afectadas por algún tipo de desastre y de ahí se derivan las acciones mencionadas.

El quinto módulo que habla de la tipología de los desastres y su explicación; se aborda al final porque Protección Civil ya dio los cursos relacionados a este tema a todos los centros educativos del nivel medio superior de la Universidad de Guadalajara, pero se retoma para recuperar la información y por si algún participante no cuenta con ella.

6.6 Cronograma de Capacitación

CRONOGRAMA DE CAPACITACION			
ACTIVIDAD A REALIZAR	DURACIÓN	FECHA ESTIMADA	EVIDENCIAS
Presentación y Bienvenida.	30 Minutos 9:00 a 9:30 Hrs	Sábado 01 de Febrero de 2014	N/A
Módulo I Elementos Teóricos	4 ½ Horas 9:31 a 14:00 Hrs	Sábado 01 de Febrero de 2014	Elaboración de un mapa conceptual u organizador gráfico
Módulo II Información de identificación	5 Horas 9:00 a 14:00 Hrs	Sábado 15 de Febrero de 2014	Elaboración de un diagrama
Módulo III Primera parte (1/4) Generalidades	5 Horas 9:00 a 14:00 Hrs	Sábado 01 de Marzo de 2014	Reporte de lectura
Módulo III Segunda parte (2/4) Entrevista y lineamientos	5 Horas 9:00 a 14:00 Hrs	Sábado 15 de Marzo de 2014	Trabajo en equipo
Módulo III Tercera parte (3/4)	5 Horas 9:00 a 14:00 Hrs	Sábado 29 de Marzo de 2014	Realizar un sociodrama

Intervención			
Módulo III Cuarta parte (4/4) Métodos y enfoques	5 Horas 9:00 a 14:00 Hrs	Sábado 05 de Abril de 2014	Realizar un reporte de práctica
Módulo IV Recomendaciones	5 Horas 9:00 a 14:00 Hrs	Sábado 03 de Mayo de 2014	Elaboración de un Collage
Módulo V Los Desastres y sus Tipología	5 Horas 9:00 a 14:00 Hrs	Sábado 17 de Mayo de 2014	Elaboración de un Periódico Mural
Cierre	5 Horas 9:00 a 14:00 Hrs	Sábado 31 de Mayo de 2014	Resolver un estudio de caso

La capacitación se realizará durante cuatro meses para que los participantes puedan asimilar la información.

6.7 Metodología de evaluación

La forma de evaluación será dinámica, formativa y sumativa durante el curso, cada una de las evidencias se revisará y se retroalimentarán las observaciones por parte del instructor.

6.8 Recursos

El equipo que se utilizará durante la capacitación:

1. Equipo para el instructor

- Computadora Portátil
- Cañón
- Pantalla de proyección
- Rotafolio para anotaciones
- Plumones para rotafolio

2. Material didáctico

- Manual de Intervención psicológica en casos de desastres para cada participante
- Presentaciones de apoyo
- Formatos de registro

3. Infraestructura

- Salon para 30 participantes
- Ventilación
- Iluminación
- Mesas y sillas

CONCLUSIONES

El ser humano a través del tiempo se hace cada vez más vulnerable a un desastre por las pérdidas que pueda sufrir, ya que hoy en día se trata de tener las mejores comodidades y el menor sufrimiento posible.

Aunque los desastres han existido todo el tiempo, no se genera la cultura continua de prevención y seguridad en los diferentes lugares en donde puedan suceder.

Los desastres no sólo generan destrozos de los materiales y pérdidas humanas, sino que también provocan traumas en las personas que lo viven, estrés y angustia porque no se esperaban que les sucediera algo así.

Una forma de ayudar a la sociedad es preparar con programas de capacitación a un grupo de personas profesionales de la salud con todas las herramientas (manual de intervención psicológica en casos de desastre) para que pueda promover e intervenir si se requiere en el momento de que suceda un desastre.

Al concientizar a toda la población de aplicar las recomendaciones sugeridas, y de apoyar a nuestros compañeros de trabajo, vecinos o a quien tengamos cerca cuando suceda un desastre. Muchas consecuencias de estos desastres se agravan por nosotros mismo, ya sea por la alteración mental del suceso o por nuestra forma de vida, de una u otra manera el compromiso de esta investigación es fortalecer ambas situaciones en beneficio de la humanidad.

Podemos finalizar mencionando que la intervención del profesional de la salud es necesaria e importante cuando se cuenta con el conocimiento y las capacidades adecuadas para evaluar, diagnosticar e intervenir en estas situaciones, proporcionando el apoyo psicológico a los individuos afectados. Se requiere por lo tanto claridad conceptual y práctica sobre el objeto de estudio en la psicología de emergencia.

Es imprescindible también realizar un trabajo en aras a la prevención y no simplemente esperar a que ocurran las situaciones para trabajar sobre improvisaciones que le restan valor a la psicología.

Por esta razón, la información de éste manual puede incidir de manera cualitativa en la formación del profesional de la salud, debido a que se identificaron los tipos de apoyo que se puede brindar al alumno de ésta preparatoria, de una manera clara.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aliño, J. J. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-T*. España: Editorial Masson.
- Asociación Mexicana para Ayuda Mental en Crisis. (2000). *Compendio de Guías Básicas*. Consultado en diciembre 2010, disponible en: <http://www.amauta-international.com/AyudaMental.html>
- Bellak Leopold; S. (2004). *Psicoterapia Breve y de Emergencia*. México: Editorial Pax.
- Bosch, S. (2007). Tratamiento psicológico con víctimas de experiencias traumáticas. *1ª jornada de formación práctica de intervención psicológica con víctimas de terrorismo. Cuaderno de crisis. Girona, 1, (6)*. Recuperado en: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num6vol1-2007.pdf.
- Brunet, I. (2002). Catástrofes, asistencia psicológica y organización ambiental. *Cuadernos de Crisis. Girona, 1(1)*. Disponible en: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num1vol1-2002.pdf.
- Caballo, V. (1995). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Centro Nacional de Prevención de Desastres. (1996). CENAPRED, Centro Nacional de Prevención de Desastres. México: Secretaría de Gobernación.
- Cohen, E. R. (1989). *Manual de la Salud Mental para Víctimas de Desastres*. México: Editorial Harla.
- Dirección General de Protección Civil. (1992). *Atlas Nacional de Riesgos*. México: Secretaría de Gobierno.
- Gantiva, C., Gómez, C., & Flórez, L. (2003). Evaluación del impacto de un programa de autoayuda dirigida: una alternativa para el tratamiento de personas que abusan del consumo de alcohol. *Revista Colombiana de Psicología, 12*. 38-48.
- Gantiva, C. & Flórez-Alarcón, L. (2006a). Evaluación del impacto de un programa de entrevista motivacional en formato grupal e individual para consumidores abusivos de alcohol. *TIPICA: Boletín Electrónico de Salud Escolar, 2(2)*. Disponible en: http://www.tipica.org/pdf/gantiva_florez_evaluacion_programa_de_entrevista_motivacional.pdf
- Flórez, R. (2005). *Pedagogía del Conocimiento*. Colombia. McGraw-Hill Interamericana.
- Gantiva, C. & Flórez, L. (2006b). *Intervenciones de la Entrevista Motivacional Asociadas a un Aumento en la Disponibilidad al Cambio en Personas que Consumen Alcohol Abusivamente* (Tesis de Maestría). Universidad Católica de Colombia.
- Gobierno del Estado de Jalisco, Secretaría General. (1986). *Medidas Preventivas en Casos de Desastres*. México: Unidad Editorial.
- Goodman, J. (1983). *Nosotros la Generación de los Terremotos*. México: Diana.

- Gutiérrez, F. (2001). *Manual Básico para el Entrenamiento de Apoyo a Víctimas de Desastres*. México: Universidad de Guadalajara.
- Hewitt Ramírez, N. (2009). *La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. Volumen. 27*.
- Labrador, F. (1998). *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de la Conducta*. Madrid: Pirámide.
- Lizarraga, S. & Ayarra, M. (2001). Entrevista motivacional. *ANALES Sis San Navarra, 24(2)*. 43-53.
- Lorente, F. (2003). Reflexiones sobre la intervención psicológica en emergencias: El caso Español. *Cuadernos de Crisis. Girona, 2(2)*. Disponible en: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num2vol2-2003.pdf.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Miller, W.R. & Sanchez, V.C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G. Howard (Ed.), *Issues in alcohol use and misuse by young adults* (pp. 55-82). Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Ospina, M. del Mar. (2008). *Atención psicológica a personas víctimas del terrorismo en el momento inmediatamente posterior al suceso* (Tesis de Licenciatura). Fundación Universitaria Católica del Norte, Santiago de Cali.
- Pérez, J., Valderrama, J., Cervera, G., & Rubio, G. (2006). *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Rolle, D. (2004). 155 narraciones teñidas de valentía y sensibilidad de coraje y humanidad, de... *Cuadernos de Crisis. Girona, 2(3)*. Disponible en: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num3vol2-2004.pdf
- Sánchez, E., & Gradolí, V. (2002). Terapia breve en la adicción a drogas. *Papeles del Psicólogo, 83*. 49-54.
- Sue, D. (1996). *Comportamiento Anormal*. México: McGraw-Hill.
- Trueba Buenfil, J. (1997). *¡Protéjase en Caso de desastres!* México: Editorial Patria.
- Vera, B. (2005). Trauma y ventilación emocional: ¿mito o realidad? *Cuadernos de Crisis. Girona, 2(5)*. Disponible en: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num4vol2-2005.pdf.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Gutiérrez, F. (Mayo, 1999). Primeros Auxilios Psicológicos en las Conductas Suicidas. En *XIII Jornada Universitaria para la Salud Mental*. Jornada llevada a cabo en la Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.
- UNAM Comisión Interdisciplinaria. (1985). *La UNAM Ante los Sismos de Septiembre*, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- UNAM Comisión Interdisciplinaria. (1986). *Manual de Orientación a la Población en Caso de Temblor o Incendio*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Secretaría de Educación Pública. (1986). *Tipología de las Calamidades y Qué Hacer en Caso de Desastres*. México: Secretaría de Educación Pública.
- Gutiérrez, F. (1998). *Programa de Atención a la Salud Mental en Caso de Desastres*. México: Universidad de Guadalajara.

