

# Cuadernos de **CRISIS** y emergencias

Revista semestral de la  
psicología de las emergencias  
y la intervención en crisis

**CSEE FAR CBT:  
ver más allá de la terapia cognitivo  
conductual**

M<sup>a</sup> Patricia Acinas  
María Cervera

**Call Center Virtual ante la  
emergencia sanitaria planteada por  
la Influenza A (H1N1)**

Rodrigo Arumir García  
José Manuel Vargas Oropeza  
Aída García Hernández

**Desastres y vida cotidiana: algunas  
consideraciones desde la psicología**

Liobanis Rubio Ramírez



## **Cuadernos de Crisis**

La revista electrónica con contenidos para los profesionales de la psicología de las emergencias y la intervención en crisis.

Nuestras páginas acogen material relacionado con la gestión de las emergencias desde la perspectiva de la intervención psicológica, la gestión del estrés en situación crítica y en particular al trabajo que prestan en este campo los profesionales de la psicología, las consecuencias y efectos de los incidentes traumáticos sobre la población afectada y los profesionales que intervienen en ellos, así como las técnicas usadas para su mitigación o abordaje.

Acogemos también trabajos que contienen elementos comunes o fronterizos con la teoría y la práctica de la intervención psicológica en emergencias.

## **Suscripciones**

Suscríbase gratuitamente en la siguiente dirección:

[suscripciones@cuadernosdecrisis.com](mailto:suscripciones@cuadernosdecrisis.com)

## **Cubierta**

Accidente de escalada en el Pirineo. Bomberos tranquilizando a un herido, antes de evacuarlo en helicóptero.

Foto: Eugeni

*Aún cuando existe un arbitraje previo a su publicación, Cuadernos de Crisis no está obligatoriamente de acuerdo con las opiniones vertidas en nuestros contenidos, la responsabilidad de los cuales recae únicamente en sus autores.*

## Dirección

**Ferran Lorente i Gironella.**

[1felogi@gmail.com](mailto:1felogi@gmail.com)

Psicólogo consultor de emergencias.

**Natxu Brunet i Bragulat.**

[natxu.b@gmail.com](mailto:natxu.b@gmail.com)

Psicólogo consultor de emergencias.

Jefe de la "Unitat d'Assistència i Intervenció en Crisi".

Generalitat de Catalunya.

Direcció General de Policia.

## Consejo de redacción

**Dr. Luis de Nicolás y Martínez.**

Doctor en Psicología

Catedrático de la Universidad de Deusto.

**Jordi Vilamitjana i Pujol**

Filólogo, periodista y escritor especializado en emergencias

Diari de Girona.

**Agusti Ruiz i Caballero**

Médico de emergencias. Especializado en medicina hiperbárica.

Director Gerente de l' Institut d'Estudis Mèdics (IEM)

**Josep Garre i Olmo**

Psicólogo y epidemiólogo

Hospital de Sta. Caterina. Girona

**Fernando A. Muñoz Prieto**

Psicólogo

Director de IPSE-Intervención Psicológica Especializada

## Contacto

[info@cuadernosdecrisis.com](mailto:info@cuadernosdecrisis.com)

## Sumario

### **CSEE FAR CBT: VER MÁS ALLÁ DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL**

M<sup>a</sup> Patricia Acinas

María Cervera

### **CALL CENTER VIRTUAL ANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PLANTEADA POR LA INFLUENZA A (H1N1)**

Arumir García Rodrigo

Vargas Oropeza José Manuel

García Hernández Aída

### **DESASTRES Y VIDA COTIDIANA: ALGUNAS CONSIDERACIONES DESDE LA PSICOLOGÍA.**

Liobanis Rubio Ramírez

## Editorial

Si observamos el desarrollo de nuestra especialidad observaremos dos fenómenos simultáneos. Por una parte continua la aparición de lo que podemos llamar parcelas de intervención. Por otra, una implantación real muy somera que no se corresponde en absoluto con las expectativas que despierta.

Relatada nuestra breve historia en pocas frases, diremos que hace unos catorce o quince años, con las intervenciones en Huarte-Arakil y después Biescas se empezó a hablar públicamente de la "intervención psicológica en catástrofes", a raíz de ello aparecieron multitud de grupos de voluntarios.

Pronto descubrimos que catástrofes, lo que se llama catástrofes, eran por fortuna poco frecuentes y que si queríamos amortizar el esfuerzo organizativo debíamos buscarnos otras tareas.

Todo lo cual derivó por una parte en la participación en ONGs y por otra en el empleo de voluntarios para tareas permanentes, tal es el caso de los grupos colegiales que atienden a profesionales de la emergencia o intervienen en incidentes críticos de alta frecuencia.

Paralelamente, este proceso se ha repetido con todas sus variantes idiosincráticas, en gran parte de los países de cultura hispana.

Posteriormente hemos ido descubriendo múltiples espacios donde nuestra intervención podía ser útil a otras personas, las instituciones que gestionan las emergencias aparecen como un lugar obvio, pero continuamente aparecen otros ámbitos.

Este mismo mes he participado en Barcelona, en unas jornadas sobre riesgos laborales en los servicios médicos de emergencias. Cabe destacar que de veintidós ponentes, cuatro éramos psicólogos y de estos, dos éramos psicólogos de emergencias.

Creo que todos coincidiremos en que se trata de un buen porcentaje. Se nos consulta y ello es bueno, la pregunta que me formuló y a buen seguro nos formulamos todos es: ¿se tendrán en cuenta y se implementarán nuestras propuestas?.

**Ferran Lorente Gironella**

# CSEE FAR CBT: ver más allá de la terapia cognitivo conductual

**M<sup>a</sup> Patricia Acinas**

**Psicóloga. Especialista en Psicología de Urgencias, Emergencias y Catástrofes. Hospital San Juan de Dios (Burgos). Consultora de IPSE- Intervención Psicológica Especializada. Miembro de SEPADEM- Sociedad Española de Psicología Aplicada a Desastres, Urgencias y Emergencias.**

**María Cervera**

**Psicóloga. Práctica Privada. Clínico y Supervisor EMDR. Secretaria de la Asociación Española de EMDR. Experta en Intervención psicológica en Desastres y TEPT. Fundadora y Directora de Programas de ICAS España de 1996 a 2008**

## Introducción

El germen de este artículo para la revista Cuadernos de Crisis parte de un curso de formación y profundización en esta técnica realizado por las dos coautoras del capítulo. Dicho entrenamiento en la técnica tuvo lugar en Estambul (Turquía) y en el mismo participaron hasta 40 psicólogos de Europa y Asia Central, de al menos 15 nacionalidades.

Los facilitadores, docentes y formadores fueron expertos de Israel que llevan muchos años trabajando sobre trauma psicológico: el profesor **Mooli Lahad** y su equipo del CSPC Community Stress Prevention Center (**Miki Doron** de la Bar Ilan University, Dr **Jehuda Shacham** del CSPC, y del centro de investigación del Tel- Hai Academic College); además de otros expertos internacionales en trauma psicológico, la Dra. **Daphna Slonim** del DSA Clinic, Los Angeles EE.UU, la profesora **Nevin Dölek** del BAKIS Psychological Counseling & Training Center Universidad de Estambul, el profesor **Jacek Gajewski** de Varsovia, Polonia, investigador e impulsor de redes de ayuda intereuropeas.

El resultado de la experiencia, no solo del "training", ha sido muy enriquecedor, tanto a nivel profesional, como personal y humano, fruto del intercambio de experiencias personales y culturales.

Unido a lo gratificante de la experiencia, nos vemos en la obligación de poder divulgar los conocimientos para psicólogos castellanoparlantes, para que quien esté interesado pueda profundizar en los conocimientos que aporta la técnica.

Desde aquí queremos transmitir nuestra disposición para poder aclarar aspectos, colaborar o ayudar a quien lo necesite en relación a la técnica SEE FAR CBT.

## Justificación

En psicología sabemos que los pacientes con trauma psicológico, son personas que hay que tratar con particular atención y que cualquier intervención psicológica que se lleve a cabo debe ser especialmente cuidadosa.

En el tratamiento del trauma se han empleado multitud de técnicas, muchas de ellas dependen de la orientación terapéutica del psicólogo o psiquiatra. Vamos a hacer un resumen de las técnicas que se están empleando en los últimos años (Sosa y Capafons, 2005):

- Técnicas Cognitivo – Conductuales. Técnicas de exposición (en vivo y en imaginación), terapias cognitivas, Técnicas de manejo de la ansiedad (entrenamiento en inoculación de estrés).
- Hipnosis en sus diversas vertientes. Especialmente para el manejo de aspectos disociativos.
- EMDR. Desensibilización por movimientos oculares (Shapiro)

Tampoco podemos olvidar que en este tipo de pacientes, en muchas ocasiones hay que complementar la terapia psicológica con tratamiento farmacológico que debe ser supervisado, por un psiquiatra experimentado. Los fármacos que más se han implementado han sido ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina), Agentes Antiadrenérgicos (Betabloqueantes y Agonistas alfa 2), IMAOS, Antidepresivos Tricíclicos, Benzodiacepinas... En algunos casos se han usado también neurolépticos y anticonvulsivantes.

## Fundamentos teóricos en que se basa la técnica

El punto de partida esencial en el que se sustenta la técnica del See Far CBT es el Modelo Integrativo de Afrontamiento y Resistencia BASIC PH, diseñado por el propio Mooli Lahad (ver traducción en Cervera, 2006). Se busca

fomentar la resiliencia de la propia persona, de manera preventiva.

Se trata de un modelo para comprender las diferentes modalidades de afrontamiento que tienen las personas para, de esta manera, ser capaz de conectar más fácilmente en una Situación Crítica con los recursos de la persona.

El acrónimo BASIC PH se refiere a las diferentes modalidades de afrontamiento de una persona ante una situación traumática sobrevenida:

- **B** (*Belief*). **Valores y Creencias**. Se aplica cuando la persona afronta el estrés haciendo referencia a su propia capacidad, acorde con sus valores, opiniones y creencias.
- **A** (*Affect*). **Afectos y Emociones**. Cuando el afrontamiento se realiza mediante la expresión de afecto de cualquier tipo.
- **S** (*Social*). **Apoyo Social**. La persona busca apoyo de familiares, amigos, grupo social y de organizaciones, asociaciones.
- **I** (*Imagination*). **Imaginación**. La persona usa la imaginación para crear situaciones o compañeros imaginarios que le permitan el afrontamiento.
- **C** (*Cognition*). **Cogniciones y pensamientos**. El afrontamiento de la persona se realiza de acuerdo con sus conocimientos, información de la situación, pensamientos, sentido común.
- **PH** (*Physiology*). **Aspectos fisiológicos y/o actividades**. Se refiere a un afrontamiento de la situación traumática recurriendo a actividades físicas, como comer, bailar, viajar...

La técnica también se basa en elementos bien conocidos que se han mostrado útiles en el tratamiento del trauma psicológico: el uso de la **relajación** (cualquier técnica que maneje el

paciente y/o el terapeuta) como técnica de desactivación o para disminuir el nivel de activación; el empleo de la **exposición** como manera de disminuir las conductas de evitación asociadas al miedo y a la reexperimentación.

La técnica también tiene influencias de los modelos narrativistas experienciales en los que se trabaja, por ejemplo, con narrativas desde la posición de la víctima, de tristeza, autodestrucción, rabia, vergüenza, miedo, otras emociones predominantes... Y en los que se busca encontrar *puntos de anclaje* para construir narrativas terapéuticas y organizar el relato (porque la renarración facilita el procesamiento de la información). También en estos modelos se considera la renarración del suceso traumático bajo unas condiciones adecuadas para entrar en el mundo de significados del paciente y realizar un acompasamiento de la narrativa terapéutica (Fernández Liria y Rodríguez Vega; 2002)

## En qué consiste la técnica SEE FAR CBT

El modelo de terapia de la técnica SEE FAR CBT se puede representar gráficamente de la siguiente manera:

Podemos desarrollar los elementos de los que consta la misma, tal como los describe, y trabaja el profesor Lahad:

- *Experiencia Somática*: El método se focaliza en la memoria corporal y en resultados de trabajos de autores como **Van der Kolk, Rothschild & Levine**.
- *Realidad Fantástica*: Está basado en el modelo de Realidad Fantástica, diseñado por el propio Profesor **Lahad**, quien se inspiró para ello en autores como

**Winnicott y Jennings**. Es donde se encuentra la principal novedad, con la introducción de cartas terapéuticas (naipes).

- *Terapia Cognitivo – Conductual*: Teniendo en cuenta teorías como la de la Exposición Prolongada en TEPT empleada por el grupo de **Foa**, con los principios de Exposición en vivo y en imaginación.

La técnica tiene una serie de fases, que se suceden de manera flexible, adaptadas a cada caso o paciente:

1. Psicoeducación. Explicación al paciente la esencia del TEPT, las respuestas más comunes y las técnicas terapéuticas empleadas para su caso (con los aspectos generales que las fundamentan)
2. Decisión mutua de que la terapia es necesaria.
3. Clarificación de objetivos de la terapia psicológica.
4. Relajación, creación del lugar seguro de diversas maneras y anclaje de sensaciones corporales.
5. Examinar evitaciones y construir una jerarquía para la exposición en vivo, practicando la misma, además de desensibilización y la exposición usando Realidad Fantástica.
6. Renarración con Realidad Fantástica usando cartas terapéuticas y se continua trabajando con la exposición en vivo.
7. Procesamiento de "hot spots" (episodios sensibles/momentos difíciles) en relación al evento traumático para el paciente.
8. Resumen y evaluación de resultados terapéuticos.

El terapeuta esta técnica, no impone, pregunta, da sugerencias para que el paciente procese sus vivencias, trata de dar control al paciente sobre su situación y evolución de la terapia (da control en una situación en que antes existía descontrol e impotencia ante la situación traumática que ha vivido)

### **Novedades que aporta la técnica**

Hay varios elementos que no estaban presentes en las técnicas más conocidas para el tratamiento de TEPT, y que pueden ser tremendamente útiles en estos pacientes. La técnica del See Far CBT:

- Permite integrar en un solo protocolo o paquete terapéutico, técnicas que se emplean en el tratamiento de TEPT en pacientes con traumas simples y complejos (DESNOS)
- Permite flexibilizar la aplicación de la técnica según las características del paciente y del tipo de trauma trabajado; se sigue el ritmo que marca el paciente desde el principio.
- No exige tener que contar el trauma inicialmente (en la primera sesión), con lo que implica de aversivo para el paciente y con el riesgo de retraumatizarle, si no se hace adecuadamente o se exigen ciertos detalles almacenados en memorias traumáticas, especialmente sensibles.
- Uso de Cartas KESEM (naipes terapéuticos). Muchos de los pacientes se encuentran bloqueados por la situación que ha originado el TEPT y no pueden recurrir inicialmente a palabras para hablar y elaborar la situación vivida. El poder usar imágenes simbólicas (no

reales), permite contar la historia, con menos imágenes intrusivas reales. Además el uso de las cartas se puede hacer con pacientes en los que el uso del lenguaje sea más limitado (distinto idioma, limitaciones sensoriales o incluso en algunos casos, dificultades cognitivas leves)

- Empleo del Lugar seguro, que cuando está bien instaurado es un recurso útil ante exacerbaciones de la ansiedad y de las manifestaciones ansiosas. Además se trata de un lugar que paciente y terapeuta conocen, ven y comparten y sobre el que se puede establecer un diálogo.
- La experiencia somática – corporal, permite a la persona recurrir a sus propios recursos en cualquier momento. En el TEPT hay una hiperactivación del SNA y la persona está pendiente de su propio cuerpo y le cuesta desfocalizar la atención del mismo (asociado a un gran desgaste de energía cuando lo intenta); en esta técnica se permite la focalización en aspectos corporales que provocan malestar pero buscando aspectos placenteros, agradables que contrarresten esas sensaciones; además es el propio sujeto quien los busca (no son impuestos por el terapeuta) y lo hace a su propio ritmo y dando información de retroalimentación al terapeuta.
- Se busca potenciar la experiencia a través de los sentidos, de manera multisensorial (visual, háptica, cinestésica, auditiva...). El centrarse en sensaciones, amplificarlas y anclarlas en el cuerpo, permite al paciente conectar consigo mismo y facilita la integración,

- cuando tienen lugar manifestaciones disociativas, como mecanismo de actuación y afrontamiento.
- El uso de la Realidad Fantástica permite al paciente dar rienda suelta a los pensamientos rumiativos e imágenes intrusivas, validándolos y dándolos un significado, y lo más importante, permite elaborar el trauma progresivamente, en un ambiente controlado (no asociado al trauma), de manera segura, con posibilidad de parar, dar marcha atrás, volver a contar... También facilita el poder seguir trabajando sobre los aspectos más asentados del trauma, los que mayor activación emocional producen.
  - Al mismo tiempo, la técnica tiene un apartado que se explicita en una o varias sesiones, para tratar los aspectos asociados al trauma, más difíciles de elaborar y que el mismo tiempo, se encuentran más enraizados, más latente y más asociados a memorias traumáticas.
  - Digamos que la técnica permite partiendo de las manifestaciones naturales asociadas al TEPT, ir canalizando las manifestaciones hasta encontrar otras maneras de poder hablar de la situación vivida sin sentirse especialmente perturbado. El paciente percibe que se atiende a "los mensajes de su cuerpo" y que el terapeuta también lo hace.
  - La pendulación entre las cartas tiene influencia del EMDR, el movimiento de estimulación bilateral con movimientos oculares o con tapping, pero en la técnica del See Far CBT tiene unos

- elementos más tangibles y con un contenido emocional más controlado y más asumible para el paciente, porque permite flexibilizarlo y porque es el paciente el que hace la pendulación tras el terapeuta; esto permite al paciente tomar parte activa en el proceso, realizar la técnica siguiendo su propio y transmite al terapeuta información de cómo el paciente está elaborando el proceso traumático.
- El lugar seguro que también se usa en EMDR, y que en esta técnica es imaginario (sólo lo conoce en profundidad el paciente, el terapeuta tiene que pensar que se lo imagina igual que el paciente lo ha descrito), en la See Far CBT es tangible y real; es visible y compartido por paciente y terapeuta, lo cual permite una aproximación conjunta al problema compartiendo los mismos códigos visuales y emocionales. El lugar seguro se puede fotocopiar (en color), llevar a casa, emplear en situaciones difíciles entre sesiones, con lo que se facilita el avance de la terapia y la adherencia terapéutica del paciente.
  - La Desensibilización Sistemática se lleva a cabo en un lugar seguro, asentado; lo cual da más garantías de éxito. Se trata de dar recursos a los que recurrir en la exposición en vivo, porque además de la relajación, el paciente tiene el lugar seguro.
  - La técnica también acepta y aprueba el uso de otros recursos complementarios; por ejemplo se puede usar crema de manos, para que el paciente pueda concentrarse en sus sensaciones corporales, conectar consigo mismo

haciendo una actividad agradable.

- La técnica también apuesta por la importancia de la psicoeducación de los pacientes a lo largo de todo el proceso, porque eso les permite aprender sobre su proceso y realizar atribuciones causales adecuadas y no erradas, ante exacerbaciones de algunas manifestaciones psicológicas.

El modelo y la técnica han sido puestos a prueba por los autores con pacientes con traumas por violación, atracos, accidentes de tráfico, terrorismo, guerras, en varios países del mundo.

Se puede aplicar a pacientes con TEPT y otras manifestaciones de ansiedad: TOC (Trastorno Obsesivo Compulsivo), TAG (Trastorno de Ansiedad Generalizada)...

La técnica está perfectamente estudiada en adultos; el manual incluye algunas adaptaciones y consideraciones para su aplicación en niños (muchos de los elementos se mantienen igualmente, como el Lugar Seguro)

La técnica de See Far CBT permite también ser combinada con técnicas de Focusing o de Bioenergética que están introduciendo en los últimos años en España. Lo que se pretende, en definitiva, con este tipo de enfoques, es evitar el dualismo cartesiano, mente y cuerpo e integrar ambos aspectos en una unidad. El unificar estos aspectos es fundamental cuando se dan manifestaciones disociativas, que son tan habituales en TEPT.

En pacientes que están inicialmente muy bloqueados se pueden aplicar inicialmente (antes del See Far CBT) técnicas como EFT (Emotional Freedom Techniques), llamadas Técnicas de Liberación Emocional. Esta técnica parte del axioma de que toda emoción negativa es una ruptura en el sistema energético del cuerpo. Para

el lector interesado en este tipo de técnicas, remitimos a las fuentes bibliográficas en que aparecen publicadas con mayor precisión. Entre ellas, se puede consultar "The First Key", de la Dra Daphna Slonim.

## Integración con EMDR

**El EMDR** es un abordaje psicoterapéutico innovador validado científicamente que acelera el tratamiento de un amplio rango de patologías, entre otros, en el trastorno por estrés posttraumático.

El método descubierto y desarrollado desde 1987 por la Dra. Francine Shapiro, consiste en usar estimulación bilateral en un protocolo especial relacionado con las situaciones traumáticas, que desencadena la desensibilización y el consecuente reprocesamiento de las mismas, acompañado de la desaparición de la sintomatología. (ver Shapiro, 1993)

Después de años trabajando con EMDR muchos terapeutas experimentados nos hemos dado cuenta que el EMDR es muy potente y al trabajar con este abordaje se abren, no solo el canal de memoria que queremos trabajar sino otros que no estaban presentes para el paciente. Esto hace que, a veces, los pacientes se sientan abrumados por la experimentación de varios episodios traumáticos de su vida en una sola sesión. Una de las recomendaciones que se hacen a los terapeutas recién formados es que utilicen muchas técnicas de estabilización (Fase 2 del Método EMDR) cuando están trabajando con pacientes muy traumatizados.

Al utilizar la técnica de Realidad Fantástica con las cartas (See Far CBT) empezamos a procesar

un evento concreto pero solo uno. Limitamos la apertura de los canales de memoria a un hecho concreto con lo que el paciente no se siente abrumado por la cantidad de experiencias que pueden acudir a su conciencia.

Por ejemplo, si trabajamos con una paciente que ha sufrido un abuso sexual cuando tenía 12 años, trabajamos solo ese episodio hasta su completo procesamiento, combinando la estimulación bilateral entre el Lugar Seguro y el Episodio Traumático; lo que aporta una sensación de seguridad y calma. Con EMDR se pueden activar otros canales de memorias traumáticas y empezar a recordar episodios de abusos sexuales en la infancia, durante su permanencia en el colegio o en la guardería. Esto puede hacer que el paciente se desestabilice mucho y decida no seguir trabajando con EMDR.

En un experimento que realizaron los autores comparando la técnica See Far CBT con EMDR, ambos tratamientos consiguieron prácticamente los mismos logros en TEPT. Las diferencias que se encontraron estaban en que See Far CBT era mejor reduciendo los síntomas intrusivos, mientras que el EMDR era más efectivo con los síntomas de evitación.

Además en la comparación de medidas de TEPT que se llevó a cabo a lo largo de la terapia se encontró que en los pacientes con TEPT tratados con EMDR las medidas empezaron a descender a partir de la 6ª sesión y luego se incrementaron ligeramente; mientras con See Far CBT, los niveles empezaron a descender a partir de la sesión 10ª y mantuvieron su consistencia descendiendo hasta el final del tratamiento y se mantuvieron un año después.

## Conclusiones

La técnica See Far CBT se ha demostrado eficaz en pacientes con TEPT en muestras de poblaciones clínicas. Emplea elementos de otras técnicas que se han mostrado eficaces en el tratamiento del trauma psicológico y añade otros elementos complementarios.

El uso de la realidad fantástica lejos de considerarse patológico, puede servir como elemento terapéutico y como parte del afrontamiento de una persona con TEPT, hasta encontrar estrategias más centradas en la realidad "real".

Parte de los propios recursos del paciente, (con acompañamiento terapéutico); se adapta perfectamente al ritmo del paciente en la elaboración del trauma vivido, en las sucesivas sesiones.

Es posible generalizar el uso de esta técnica See Far CBT a otras situaciones no traumáticas que pueden presentarse en las consultas de los psicólogos y en otros ámbitos de actuación dentro la salud mental.

Es una técnica que implica bajo coste a nivel económico, de tiempo y de esfuerzo del profesional.

## Agradecimientos

Agradecemos al **Profesor Mooli Lahad**, del Tel Hai College en Israel. Fundador y Presidente de The Community Stress Prevention Center  
Y a **Miki Doron**, psicólogo, Director de la Meitan Company for Psychotherapy. Consultor Senior para el Ministerio de Defensa de Israel en las Líneas de Actuación para el Tratamiento de TEPT en Veteranos.

Como profesores formadores de la técnica SEE

FAR CBT, su dedicación, su buen hacer y profesionalidad durante el proceso de adquisición de la técnica y por toda la experiencia aportada en relación al tratamiento de pacientes con TEPT

en relación a la técnica.

Esta formación forma parte del programa de la OTAN llamado "Science for Peace NATO"

## BIBLIOGRAFÍA

**Cervera, M.** (2006) *Psicología Aplicada a Crisis, Desastres y Catástrofes*. En: Ramos, R., García, A. y Parada, E. (Coord) (2006) *Psicología aplicada a crisis, desastres y catástrofes*. Melilla: UNED Centro Asociado.

**Fernández Liria, A.; Rodríguez Vega, B.** (2002) *Intervención en crisis*. Madrid: Síntesis.

**Gendlin, E. Focusing**, proceso y técnica de enfoque corporal. (disponible en internet)

**Lahad, M. & Moron, M.** (2010). Protocol for Treatment of Post Traumatic Stress Disorder. See Far CBT Model: Beyond Cognitive Behavior Therapy. Ios Press. Netherlands. The Nato Science for Peace and Security Programme. E: Human and Societal Dynamics. Vol. 70.

**Shapiro, F.** (1993) Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). In: Shapiro, F. *Journal of Traumatic Stress*, 6 (1993): 417-421.

**Sosa, C.D.; Capafons, J.** (2005) *Estrés Postraumático*. Madrid: Síntesis.

Zayfer, C.; Becker, C.B.; (2008) *Terapia Cognitivo conductual para el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático*. México: El Manual Moderno.

# Call Center Virtual ante la emergencia sanitaria planteada por la Influenza A (H1N1)

Licenciado en Psicología Arumir García Rodrigo, Licenciado en Psicología Vargas Oropeza José Manuel, Pasante en Psicología García Hernández Aída.

[arumirgarcia@hotmail.com](mailto:arumirgarcia@hotmail.com)   [psicjmvo@gmail.com](mailto:psicjmvo@gmail.com)   [psiquis\\_5@hotmail.com](mailto:psiquis_5@hotmail.com)

**Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socio-Organizativos, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.**

## Resumen

La contingencia sanitaria por la influenza AH1N1 en 2009 obligó a que, en lo posible, la población permaneciera en casa. La desinformación, temor, ansiedad e incertidumbre ante un nuevo virus que podía ser letal y el confinamiento en los hogares hicieron necesario ofrecer atención psico-emocional a la población. Para esto se abrió una línea 01800 que, dadas las condiciones, se manejó como un *CALL CENTER VIRTUAL* en el que psicólogos voluntarios de la Brigada de Intervención en Crisis de la Facultad de Psicología de la UNAM, expertos en atención en casos de Desastres Naturales y Urbanos atendieron a los usuarios desde sus domicilios, integrados en un sistema que organiza las llamadas y las envía al hogar de los operadores. Trabajaron 17 psicólogos en el turno matutino y 26 en el vespertino. Atendieron 5561 llamadas de las cuales: 50% fueron llamadas "basura" (colgaban al contestar), 30% solicitaron informes sobre la sintomatología de la enfermedad y 20% manifestaron diversas dudas y temores. En todos los casos los usuarios recibieron la información solicitada y una buena escucha.

El *Call Center Virtual* como primera experiencia

fue un éxito porque: 1) ofreció a la población un medio para externar y resolver dudas e inquietudes; 2) brindó atención sin interferir con las medidas sanitarias establecidas por las autoridades de salud; 3) puso a México a la vanguardia de atención en Telesalud en América Latina; 4) Utilizando nuevas tecnologías de la información evitó el riesgo de contagio entre el equipo de trabajo.

**Palabras clave:** Influenza, Call Center Virtual, Crisis, Pánico Social, TIC's

## Abstract

In 2009, during the emergency for the AH1N1 influenza Mexican population was asked to preferably stay at home. Because factors such as: confusing information, anxiety, fear and uncertainty caused by the presence of a potentially lethal new virus, and the stay at home people needed psychological and emotional attention. In those conditions a 01800 telephone line was associated to a Virtual Call Center. Volunteer psychologists from the "Crisis Intervention Group" from the Psychology Faculty

of the National Autonomous University of Mexico, all of them experts in Natural and Urban Disasters attention, working at their own homes answered the Virtual Call Center calls. In this case the system organizes and redirects the calls to the operator phone.

Seventeen psychologists worked during the morning shift and 26 during the evening shift. 5561 calls were received: in 50% people hanged up (garbage calls), in 30% people asked for information on the influenza symptoms, and in 20%, people expressed variable doubts and fears. In all cases, the psychologists offer reliable information and active listening.

This first virtual call center experience was a success because: 1) The Mexican society had a way to express and solve its doubts about the sanitary emergency; 2) Psychology health care was provided without interfere with sanitary and health care guidelines provided by the health governmental authorities; 3) Took Mexico in vanguard position about Telehealth in Latin America; 4) Using ICT's, the contagion risk inside the work team was avoid.

**Key words:** Influenza, Virtual Call Center, Crisis, Social Fear, ICT's

## Introducción

El 22 de abril de 2009 la Secretaría de Salud Federal informó de un atípico brote de influenza que, hasta entonces, había provocado 20 muertos. Los síntomas eran similares a los de la gripe estacional: fiebre superior a 38 grados, tos, dificultad para respirar, aumento de la frecuencia respiratoria, dolor de cabeza y musculares, cansancio y debilidad general, irritación de ojos y

flujo nasal, además de náusea y, en algunos casos, diarrea. Se trataba de un nuevo virus que fue identificado como AH1N1 y que era resultado de la recombinación de virus de influenza humana, aviar y porcina. Era un nuevo virus ante el cual el cuerpo humano no había desarrollado inmunidad (Baden, Drazen, Kritek, Curfman, Morrissey y Campion, 2009; Salud 2009).

El brote se evolucionó a una epidemia de amplia diseminación que causó miles de infectados, muchos de los cuales desarrollaron neumonía que los puso en riesgo de muerte (Pérez-Padilla, Torre-Bouscoulet, 2009). En respuesta a esta contingencia sanitaria, el Gobierno de México implementó diversas medidas encaminadas a evitar el contagio y una mayor diseminación de la enfermedad. Así, el 23 de abril el Secretario de Salud de México, José Ángel Córdova, anunció la suspensión de clases a 7.5 millones de alumnos, y dos días después, el Presidente Calderón asumió el control sanitario ante la emergencia y suspendió actos públicos oficiales en la capital, anunció que los colegios permanecerán cerrados hasta el 6 de mayo y puso en marcha las Caravanas de la Salud, a través de 400 unidades móviles, para informar y diagnosticar a la población. Por su parte, el Gobierno de la Ciudad de México decretó la suspensión de eventos y el cierre de lugares públicos como restaurantes, museos, cines, teatros, estadios, etc. (Secretaría de Salud, 2009).

La situación generó repercusiones socioeconómicas y psicosociales importantes. Ante la alerta por el brote de Influenza, México estuvo marcado por la incertidumbre y el temor ante lo desconocido, se sabía que la exposición al virus generaba un posible contagio que podía llegar a ser letal. En este clima surgieron rumores contruidos por actores anónimos que utilizaron

la contingencia para desarrollar historias sobre su origen, ocasionando duda y desinformación entre la sociedad e incrementando el escepticismo ante una situación de emergencia sanitaria (Secretaría de Salud, 2009). Las repercusiones sociales pueden resumirse en:

a) SOCIOECONÓMICAS

- Caída en la demanda de servicios.
- Cierre de escuelas.
- Ausentismo laboral.
- Compras de pánico.
- Desplome en el consumo de carne de cerdo.
- Reducción del turismo extranjero.

b) PSICOSOCIALES

- Temor por informaciones alarmantes ante el desconocimiento del virus.
- Ansiedad por la incertidumbre generada.
- Inquietud respecto del acceso a la atención en caso de enfermedad y porque surgieron muchas dudas.
- Enojo y confusión por falta o exceso información, no siempre veraz.
- Inestabilidad: Laboral y por tanto, económica.
- Miedo a la cercanía con personas infectadas.

El impacto social ha sido importante y ha significado cambios en la vida cotidiana de toda la población, y demandaron una serie de medidas para enfrentar la contingencia. Por un lado, se atendió la parte médica y se hizo una campaña de difusión mediática para que la población conociera los síntomas, el riesgo de la automedicación y supiera que todos los hospitales públicos estaban brindando la atención médica necesaria gratuitamente. Por otro lado, se atendió el impacto social apoyando a la comunidad con una línea 01 800, para poder dar información verídica y confiable.

## El Call Center Virtual

Las particularidades de la contingencia nos plantearon un reto: ¿Cómo dar la atención telefónica necesaria en las circunstancias de permanencia en el hogar planteadas por la emergencia? Basándonos en los parámetros planteados por la OEA en su concepto de Telesalud, definido como: "Corresponde al suministro de servicios de salud por profesionales, para los cuales la distancia constituye un factor crítico, haciendo uso de las Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones (TIC) en pos de intercambiar información válida para realizar diagnósticos, ponderar o efectuar tratamiento y prevención de enfermedades y accidentes, para actividades de investigación y evaluación, así como para la formación continuada de los proveedores de cuidado en salud, de manera general para mejorar la calidad de la salud del individuo y de las comunidades" (OEA, 2003). Entre las alternativas posibles optamos por la instalación de un Call Center en el que no tuviéramos que acudir a una instalación determinada, que pudiéramos trabajar desde el hogar de cada uno de participantes, es decir, un Call Center virtual. A continuación definimos brevemente ambos conceptos.

El *Call Center* surge, en el ámbito empresarial, como un centro de servicio telefónico con capacidad para ejercer altos volúmenes de llamadas, con diferentes objetivos como el *telemarketing* y la atención al cliente (Vázquez, 2003). Luis Gallardo, director de Programas de Ifaes, dice que el concepto de *Call Center* va más allá de la mera central telefónica, y lo define como "una herramienta de gestión de recursos en la que no sólo se da un servicio de atención al cliente muy profesionalizado a través de una

formación específica del trabajador sino en la que se incluyen aspectos propios de nuevas tecnologías, como el servicio a través de Internet, recepción automática de voz, etcétera" (García, 1999).

En particular, el *Call Center Virtual* se basa en una central IP con extensiones virtuales que permite a los agentes operar desde sus propios hogares, integrados en un sistema que maneja el total de llamadas organizándolas, priorizándolas y distribuyéndolas a sus operadores ubicados en diferentes localizaciones, ya sea en delegaciones, una sede común o sus hogares. El *Call Center Virtual* permite reducir costos de operación, y brinda a los operadores la comodidad de trabajar desde su domicilio (Vocari, 2006).

Durante la contingencia sanitaria derivada de la pandemia por el nuevo virus de influenza A(H1N1), los servicios de las tecnologías de la información y comunicación (TIC's), como videoconferencia, atención a los usuarios y comercio electrónico, tuvieron un repunte pues ofrecieron la posibilidad de que muchos empleados trabajaran desde sus casas. Se observó un incremento de 200% en el número de solicitudes para cotizar servicios de videoconferencia. En el caso del servicio de *outsourcing* y mantenimiento de la infraestructura de TIC's, la empresa IBM reportó que el área de atención a clientes recibió más de 17 mil llamadas, entre el 23 de abril y el 5 de mayo. Otro ejemplo fue el sitio de Prodigy/MSN en México, cuyo *Messenger* registró un incremento de 23% respecto del promedio mensual y alrededor de 5 millones de correos electrónicos en los días de la contingencia sanitaria. Según el sitio, también aumentó 500% la demanda de su servicio de música y 150% el canal de juegos (s/a, 2009).

Los efectos psicosociales de la contingencia sanitaria durante el brote de Influenza A(H1N1) mencionados anteriormente, la posibilidad de contagio, y las condiciones de confinamiento en los hogares generaron angustia y un incremento en los conflictos familiares en la población, planteando la necesidad inminente de atención al aspecto psicológico y emocional de la contingencia. El *Call Center Virtual*, que inició en la iniciativa privada, representó la posibilidad de ofrecer la respuesta necesaria para dar contención a la población afectada, en la modalidad de atención gubernamental o pública.

## Desarrollo

### 1. Solicitud de apoyo de Secretaría de Salud

La Secretaría de Salud, a través del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) solicitó a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, el apoyo para atender el aspecto psico-emocional planteado por la contingencia sanitaria. CONADIC es una dependencia con la que el Programa de Intervención en Crisis de la Facultad de Psicología de la UNAM, trabaja desde hace varios años para dar respuesta a los desastres que aquejan a nuestro país (UNAM, 2009).

### 2. Convocatoria a voluntarios

Para atender a esta demanda se convocó a los integrantes de la brigada del Programa de Intervención en Crisis, quienes son psicólogos voluntarios *Ad Honorem* que tienen una larga trayectoria en atención en casos de Desastres Naturales y Urbanos. La convocatoria se realizó vía telefónica y por correo electrónico a los psicólogos registrados en la base de datos del Programa. Gracias a la respuesta favorable, se

formó una brigada de 43 personas que gustosas y de forma altruista decidieron participar en este gran proyecto en el que muchas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales estuvieron involucradas.

### **3. Filtro y selección de voluntarios**

Con el propósito de brindar una atención de excelencia, el equipo de Intervención en Crisis cuenta con psicólogos con diversos niveles de especialización, que son asignados eficientemente a los servicios de acuerdo a la naturaleza del evento disruptivo. Esto nos permitió adecuarnos plenamente a las necesidades planteadas por la Secretaría de Salud.

La selección del personal fue fundamental, llamamos a psicólogos voluntarios especializados en Intervención en Crisis cara a cara o vía telefónica. En este caso, dadas las necesidades tecnológicas del *Call Center Virtual* también fue necesario que contaran con habilidades informáticas específicas como un eficiente manejo de computadora, *Messenger* y, en algunos casos, de *Skype*.

### **4. Capacitación virtual**

CoPuesto que el *Call Center Virtual* era una experiencia nueva para el equipo, era necesaria la capacitación previa de los voluntarios que se realizó en línea, con ayuda del equipo Teléfonos de México (Telmex), que fueron quienes prestaron su infraestructura y experiencia. Esta modalidad se denominó "Capacitación modalidad Audioconferencia" y constó de dos fases:

1. Envío del material vía mail por el equipo Telmex, que consistía en los siguientes Manuales: la "Guía de Aplicación" en la cual se mostraba como se usaba la

página de Intranet para atender llamadas de la Secretaría de Salud, y la "Guía de Capacitación" que daba las herramientas, paso a paso, para ingresar al sistema que permitiría que el teléfono de casa se convirtiera en receptor de llamadas del 01800 123 1010. Un tercer Manual contenía la información oficial de la Secretaría de Salud y las medidas oficialmente recomendadas para el no contagio y control de la influenza. Y, finalmente, se revisó un Manual con preguntas frecuentes que posiblemente harían los usuarios de esta línea telefónica 018001231010.

2. Una vez revisado este material todos los participantes, desde el teléfono de casa y a una hora previamente determinada, llamamos al 5222 0907 con el número de conferencia: 71202. Durante esta conferencia los empleados de Telmex nos explicaron a cada uno, que estábamos vía telefónica y simultáneamente conectados a Internet, el uso de cada uno de los manuales y la forma de operación del sistema. Así, en un tiempo aproximado de 40 minutos, nos prepararon en el área tecnológica para ser operadores de la línea de la Secretaría de Salud.

La capacitación virtual se enfocó a resolver dudas sobre el manejo de tecnologías como enlace telefónico, Intranet para captura de quejas y canalizaciones, pero la parte esencial fue la atención a los usuarios. En este sentido, se trató a los usuarios como personas y no como clientes o números, puesto que a la hora de dar la atención telefónica uno se presentaba con su nombre y no con un identificador o número.

## 5. Atención *Call Center Virtual*

Para dar la atención a los usuarios que llamaban al 01800 123 1010 por parte del grupo de Intervención en Crisis se asignó a cada psicólogo voluntario un horario de atención en el cual se conectaban remotamente a un 01800 para poder acceder al enrutamiento de llamadas de Telmex y paralelamente a una conexión Intranet donde se registraban todo tipo de llamadas.

La forma de atender una llamada por parte de los voluntarios fue la siguiente:

### Ejemplo 1

*Operador:* "Gracias por llamar al centro de atención contra la influenza le atiende Aída, ¿En qué le puedo orientar?"

*Usuario:* Expresaba su duda

*Operador:* respondía al usuario y preguntaba "¿Le puedo atender en algo más?"

*Operador:* terminaba la llamada diciendo "Le atendió Aída, que tenga un buen día"

Esta forma de contestar estaba enfocada a dar calidez al usuario, atención y escucha activa. Así mismo, dar una orientación con información fidedigna quitando los mitos o incertidumbres que la persona tuviera.

## 6. Sesión de desahogo psicológico de los voluntarios

Es bien conocido que atender cualquier tipo de eventos disruptivos genera estrés y desgaste profesional (Burnout). Por esta razón, como parte de la metodología de intervención, después de las sesiones de trabajo en el *Call Center Virtual*, el equipo de Intervención en Crisis se reunió para llevar a cabo una sesión de descarga psicoemocional.

En esta sesión se explicaron los objetivos y el

encuadre de la sesión de la siguiente manera:

- a) Lo que se habla en esta sesión es confidencial,
- b) Cada quien habla solamente por sí mismo,
- c) No se permiten extraños al grupo,
- d) Una vez iniciada la sesión no se permiten interrupciones hasta terminar,
- e) Los celulares y cualquier medio de comunicación deben permanecer apagados,
- f) No debe haber prisa para terminar la sesión,
- g) Deben sentirse libres para hacer cualquier tipo de pregunta,
- h) Es deseable que permanezcan hasta terminar la sesión,
- i) La sesión no es un espacio para criticar ni para hacer investigaciones,
- j) No es obligatorio hablar durante la sesión
- k) La sesión so es para tratar temas técnicos.

## Resultados

### 1. Personas que atendieron el *Call Center Virtual*

El equipo que dio respuesta a la línea telefónica de la Secretaría de Salud estuvo conformado de la siguiente manera:

- a) Coordinación
  - General: Lic. Jorge Álvarez Martínez
  - Logístico: Lic. Rodrigo Arumir García
  - Turno I (matutino): Psic. Aída García Hernández
  - Turno II (vespertino): Lic. José Manuel Vargas Oropeza
- b) Participantes Los coordinadores estuvieron trabajando con 41

operadores, todos ellos psicólogos, quienes se distribuyeron de la siguiente manera:

- 17 psicólogos atendiendo el Turno I (09:00 a 13:00 horas)
- 26 psicólogos atendiendo el turno II (17:00 a 23:00 horas)

Todos ellos integrantes voluntarios del Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Sociorganizativos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

## 2. Llamadas atendidas

En el transcurso de 16 días del fueron atendidas 5,185 llamadas distribuidas de la siguiente manera:

Mes: Mayo

Semana del 2-9

Se atendieron 4,809 llamadas. Los días con mayor afluencia fueron el 4 de Mayo con 1041 llamadas y Mayo 5 con 1221 llamadas recibidas.

Semana del 10-17

Se atendieron 376 llamadas. El volumen de llamadas bajó considerablemente debido al inicio de clases, cabe mencionar que el día con mayor afluencia fue el 16 de mayo con 229 llamadas recibidas.

En total el tiempo en que los psicólogos prestaron sus servicios fue de 19,240 minutos efectivos.

Los padecimientos atendidos en la línea telefónica del Call Center correspondieron a una primera fase de choque o crisis que inició con la contingencia. "La gente somatiza, empieza a sentir que es portadora del virus y percibe los síntomas, aunque no tenga fundamento

fisiológico". (Álvarez, 2009).

De todas las llamadas que se recibieron, un 50% de las llamadas fueron denominadas "Basura", estas se refieren a que las personas llamaban y cuando uno contestaba colgaban. Con esto pudimos identificar que gran parte de esas llamadas eran realizadas por niños (as), pues la contingencia originó que los niños (as) al encontrarse solos (as) en casa tenían que entretenerse de alguna forma.

La otra parte de las llamadas, un 30% estaban focalizadas a solicitar informes de la sintomatología que se referían en los medios de comunicación y un 20% era variable pero lo que reportaban las personas era un pánico social de contagio. Y con el hecho de atenderlos con una buena escucha los (las) tranquilizaba en cierta medida.

## 3. Infraestructura

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC's), aportaron nuevas herramientas de comunicación que se consolidaron en el nuevo milenio. Los *Call Centers*, que anteriormente tenían al teléfono como único canal de comunicación, incorporaron el correo electrónico, el chat, el internet, etc. y migraron a la modalidad de *Contact Centers* que se sirven de un ambiente multi-canal.

La contingencia mundial por el virus A H1N1, planteó la necesidad de tomar medidas encaminadas al control de la pandemia. Una de las principales medidas para minimizar el riesgo de contagio fue mantener a la población en sus hogares para evitar la cercanía física en medios de transporte, ambientes laborales, y de diversión. En estas condiciones, la disponibilidad

de las TIC's, nos permitió establecer un Call Center Virtual o Contact Center que brindó a la población una línea telefónica que ofreció a la población la contención al temor, angustia y estrés que generó dicha contingencia sanitaria. Estas tecnologías nos permitieron también capacitar a los psicólogos participantes en el uso de cada una de estas aplicaciones. Así, las TIC's se suman a nuestra "Universidad Virtual" – que nos ofrece la oportunidad de capacitar en múltiples áreas y a través de Internet a todos nuestros psicólogos para dar frente a la demanda de la población o para cualquier otro ámbito, no solo en desastres sino en educación a distancia, evaluación continua etc. A pesar de que la tecnología es innovadora, las herramientas que requirió fueron muy sencillas:

### **Herramientas físicas**

- Computadora PC o Lap top con acceso a Internet.
- Teléfono convencional analógico o digital con línea de Telmex.
- Diademas .

### **Herramientas virtuales**

- Manuales de capacitación.
- Archivo de preguntas frecuentes.
- Páginas web: SSA, SEP, SEGOB, SEDENA, STPS, UNAM.
- Pagina de Intranet diseñada por Telmex para la línea contra la Influenza.
- Messenger y Skype para realizar la supervisión y atender las dudas de los operadores.

## **Conclusiones**

Debido a las condiciones de confinamiento domiciliario a las que se vio expuesta la

población mexicana durante la fase de contingencia, derivada de la aparición del virus de la influenza A(H1N1) se puede concluir que la figura de Call Center Virtual es exitosa, dado que permitió en primer lugar, la capacitación de los participantes desde sus domicilios, evitando así, los posibles riesgos de contagio para el equipo de trabajo.

La población afectada, tuvo gracias al Call Center Virtual, un medio de externar y resolver sus inquietudes, tanto de información acerca de las medidas sanitarias que debían seguir, acerca de la sintomatología de la enfermedad e intervención primaria en el momento crítico, así como de padecimientos psicológicos, como ansiedad, estrés agudo y crónico, estrés post-traumático o depresión superficial.

Las instituciones gubernamentales, tuvieron apoyo especializado para proporcionar primeros auxilios psicológicos e intervención crítica primaria, sin interferir con las labores sanitarias realizadas en centros de salud, hospitales, etc.

Por último, los integrantes de la brigada del Programa de Intervención en Crisis de la Facultad de Psicología de la UNAM, al integrar el Call Center Virtual, integraron una nueva modalidad de atención psicológica, gracias al uso de las nuevas herramientas tecnológicas, alcanzando la vanguardia de la atención en Telesalud en América Latina.

## **Propuestas**

En primer lugar, se descubrió que es necesario un conocimiento más profundo de los lineamientos propuestos por organismos internacionales, como la OEA. Esto fomentará

una especialización en el tratamiento a distancia, traduciéndose en mejoras para la atención, tratamiento y orientación de la población afectada, necesarias en situaciones como la planteada por el virus de la influenza A(H1N1).

Gracias a esta experiencia, se reconoce la necesidad de una capacitación continua en los lineamientos planteados por la OEA en lo que a Telesalud respecta, así como en el área de la intervención psicológica en crisis.

En segundo lugar, se propone el uso óptimo de la infraestructura de telecomunicaciones existente en la actualidad, así como promover la inversión, tanto gubernamental como de capital privado, para incluir en este tipo de servicios de telecomunicaciones a las zonas marginadas de la población.

Para el diseño de subsecuentes y nuevos

proyectos de protección civil, y en específico, de primeros auxilios psicológicos, se sugiere que se tome en cuenta la duración de los turnos de atención al público en los que los brigadistas estarán en funciones, los tiempos de descanso tomados por estos para evitar el *Burnout*, acciones de motivación dirigidas a los brigadistas y un liderazgo experimentado, sea tomado en cuenta como factores decisivos para el éxito de la atención de los pacientes mediante esta modalidad de Call Center Virtual y Telesalud.

Es importante no perder de vista el desgaste emocional que los brigadistas, en este caso, operadores telefónicos, sufren al estar en contacto con la población afectada. Por este motivo, es importante realizar con frecuencia, sesiones de descarga emocional en donde los brigadistas liberen la presión emocional acumulada durante sus funciones.

## Bibliografía y/o Fuentes de información

**Álvarez, M. J.**, (2009). Brinda la UNAM asesoría telefónica en caso de crisis psicológica por la epidemia. Recuperado el 5 de mayo de 2009 en: [http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2009\\_271.html](http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2009_271.html)

**Baden, L. R.**, Drazen, J.M., Kritek, P.A., Curfman, G.D, Morrissey, S., Campion, E.W. (2009). H1N1 Influenza A Disease - Information for Health Professionals. The New England Journal of Medicine, June.

**García, I.** (1999). Los Call Centers: Un empleo de cara al público. Recuperado 14 de junio de 2009. En: <http://www.elmundo.es/nuevaeconomia/99/NE002/NE002-41.html>

**OEA**, (2003) Telesalud en las Américas. Recuperado el 4 de mayo de 2009. En: [http://www.citel.oas.org/sp/publicaciones/TELESALUD-FINAL-r1\\_e.pdf](http://www.citel.oas.org/sp/publicaciones/TELESALUD-FINAL-r1_e.pdf)

**Pérez-Padilla, R., Torre-Bouscoulet, L.** (2009). La medicina respiratoria y la nueva gripe A/H1N1: La visión desde México. Arch Bronconeumol, 45 (7).

**S/A**, (2009). Internet, el gran ganador de la influenza. Recuperado en 15 de junio de 2009. En: <http://eleconomista.com.mx/notas-online/df/2009/05/11/internet-gran-ganador-influenza>

**Secretaría de Salud**, (2009). Información sobre la influenza A (H1 N1) en México. Recuperado el 19 de mayo de 2009. En: <http://www.prevencioninfluenza.gob.mx/>

**UNAM**, (2009). La Influenza: Las respuestas de la ciencia y acciones de la UNAM. Recuperado el 19 de mayo de 2009. En: <http://influenza.unam.mx>

**Vázquez, A. J.** (2003). ¿Qué es un call center? En Gesatioolis.com. Recuperado el 19 de mayo de 2009. En: <http://www.gestiopolis.com/canales/demarketing/articulos/61/callcenter.htm>

**Vocari**, (2007). Vocari presenta el call center virtual que permite a los operadores trabajar desde sus domicilios. En marketingdirecto.com. Recuperado el 19 de mayo de 2009. En: <http://www.marketingdirecto.com/noticias/noticia.php?idnoticia=20523>

# Desastres y vida cotidiana: algunas consideraciones desde la psicología.

Liobanis Rubio Ramírez.

Licenciado en Psicología, profesor de Psicología General y Social.

[lrubio@ismm.edu.cu](mailto:lrubio@ismm.edu.cu)

Instituto Superior Minero Metalúrgico "Dr. Antonio Núñez Jiménez"

Las Coloradas s/n, Moa, Holguín, Cuba CP83329

## Resumen

El objetivo de este trabajo es abordar en forma general algunos elementos que no pueden ser descuidados en lo relativo al tratamiento o atención a personas afectadas por desastres, partiendo de la crisis que causan los mismos en la vida cotidiana por la pérdida de referentes simbólicos importantes y cómo el albergue temporal en tanto medida derivada de los daños del desastre puede ser un factor tendente a complicar la misma.

Palabras clave: vida cotidiana, desastre, crisis de la vida cotidiana, albergue temporal.

En las últimas décadas la humanidad ha sido testigo de la ocurrencia sostenida de eventos usualmente definidos como desastres naturales (con respeto a la polémica sobre esta categoría) y aún más, si se revisan las estadísticas no será difícil arribar a la conclusión de que las pérdidas humanas y materiales atribuibles a dichos sucesos poseen una tendencia al crecimiento desde la década de 1950 hasta la actualidad (Guash, 2007).

## Abstract

The goal of this work is to deal in a general form with some elements that can not be forgotten, concerning to the treatment or assistance to persons who had been affected by disasters, considering the crisis caused by its phenomenon in everyday life due to the loss of important symbolic references and how the temporary shelter, as a direct consequence of the disaster damages, may be a factor which complicates everyday life.

Keywords: everyday life, disaster, everyday life crisis, temporary shelter.

Los desastres que tienen como causa primaria de su aparición eventos de tipo natural o tecnológicos en sus más diversas formas, ya sean terremotos, tsunamis, huracanes, sequías o erupciones volcánicas, explosiones en sectores industriales, accidentes, derrames u otros, han evidenciado con claridad la vulnerabilidad humana ante tales fenómenos y sus efectos. En tal sentido, la ciencia se esfuerza por predecir los desastres en los casos en que sea posible y en

otros, por identificar áreas o poblaciones de riesgo, así como en diseñar sistemas de alerta y reducción de desastres.

Con el desarrollo de las ciencias de la mente humana, entiéndase la Psicología, la Psiquiatría y sus ramas o especializaciones afines se ha logrado comprender en mayor grado la magnitud de las afectaciones ocasionadas por los desastres, emergiendo un enfoque más centrado en el ser humano y en sus malestares espirituales o psicológicos, superándose con esto, (en alguna medida) el criterio insuficiente de lo visible o palpable.

El estudio del impacto de los desastres en la subjetividad humana en todas sus formas y niveles es en el presente una tarea que no se puede esquivar, y por las tendencias actuales tendrá que ser también un importante área de acción en el futuro con el objetivo de incrementar no solo las posibilidades de comprensión del mismo sino también la efectividad de la intervención de los equipos de salud mental en este tipo de situaciones sumamente complejas.

Quizás la mayor evidencia de daño psicológico en un desastre sea la aparición de síntomas que indican la presencia de algún trastorno (psicosis aguda, estrés postraumático, etc.), no obstante, las alteraciones pueden ser y frecuentemente lo son en la mayoría de las personas implicadas mucho menos ruidosas y evidentes, aunque no por eso mucho menos importantes. Tal es el caso de la vida cotidiana como estructura psicológica y los desequilibrios que pueden sufrir sus componentes ante la ocurrencia de un desastre. La cotidianidad como concepto estudiado desde la psicología, "es el espacio y el tiempo en que

se manifiestan en forma inmediata y directa las relaciones que los hombres establecen entre sí y con la naturaleza en función de sus necesidades, configurándose así lo que hemos denominado sus condiciones concretas de existencia" (De Quiroga y Racedo, 1993). Es todo el tejido de relaciones sociales, representaciones, actividades, formas de satisfacer las necesidades, que se van construyendo mediadas por la cultura y el momento histórico y que regulan la vida de las personas, teniendo como uno de sus ejes principales un fenómeno de acostumbamiento psicológico conocido como **familiaridad acrítica** (Martín y Díaz, 2004), mecanismo irreflexivo mediante el cual el sujeto automatiza su comportamiento para ganar efectividad en su desempeño diario debido a lo repetitivo que puede ser el mismo. Este, aunque ventajoso, nos priva de la posibilidad de considerar otras formas de vivir o de satisfacer las necesidades cotidianas, haciéndonos altamente resistentes a cambiar, y aunque es absolutamente normal y en muchos sentidos necesario, nos hace vulnerables porque a él subyace la incapacidad de adaptarnos a situaciones donde se imponen cambios severos e inesperados.

La vida cotidiana es un lugar de confluencia y existencia práctica de nuestra subjetividad, llena de referentes simbólicos, de representaciones sociales, de "mapas mentales de actuación" que se constituyen piedra angular de nuestro funcionamiento psicológico a nivel afectivo, cognitivo y conductual, cuya pérdida o desequilibrio ocasiona crisis profundas y dolorosas en las víctimas de desastres, aún cuando no desemboquen en patologías. Oliver-Smith (1996) es categórico en tal sentido al afirmar que "*el impacto psicosocial –desaparición de las organizaciones y rutinas comunitarias,*

*pérdidas simbólicas, etc.- son generalmente tanto o más importantes que las pérdidas físicas y los síntomas psicológicos".* No podemos, por tanto, reducir la experiencia de los sujetos afectados solamente a un grupo de síntomas y síndromes.

Los desastres, generalmente implican crisis severas por la magnitud de sus daños y la rapidez con que plantean cambios radicales, no dejando margen a procesos previos de adaptación. Para entender en alguna medida el problema, es necesario tener en cuenta que en la cotidianidad lo esencial no son las actividades que se realizan o los objetos que se usan sino su significado para el funcionamiento de la vida (al menos la forma en que son percibidos) y cómo éstos al ser truncados o destruidos dejan a las personas sin recursos para su orientación.

La psicóloga española Paloma Losada (2006) explica esto con bastante claridad al contar sus experiencias en la India luego del paso del Tsunami en diciembre de 2004: "(...) *aumentaban más, en cierta forma, las sintomatologías de desesperación, depresión, incapacidad de volver a tener el control sobre la propia vida. Espacios de reunión, centros de ocio, escuelas, centros sanitarios, intimidad familiar, hogares, habían desaparecido de forma violenta creando un corte en el ciclo vital de la comunidad.(...)La playa, que culturalmente antes del tsunami era el lugar propio de ocio, las reuniones y de la mayoría de las actividades lúdicas, además del sustento económico de las familias, se convirtió en un lugar inhóspito donde solo quedaban casas destruidas, barcos medio enterrados en la arena, maderas, plásticos".*

En condiciones normales una crisis familiar, laboral, de pareja etc. produce la pérdida de algunas de nuestras referencias psicológicas y

que algunas necesidades (físicas y espirituales) se queden sin satisfacción, lo que lógicamente generará muchos malestares y frustraciones, sin embargo, una crisis originada por un desastre de gran magnitud puede multiplicar varias veces esos síntomas y sobrepasar toda capacidad de respuesta en el individuo.

Un corte o ruptura brusca del equilibrio cotidiano promueve también conductualmente diferentes tipos de respuestas, que según Martín y Díaz (2004) pueden ser clasificadas como:

- **Activas** (los sujetos trabajan de forma coherente en la recuperación).
- **Pasivas** (los sujetos no hacen nada, esperan que los cambios se produzcan por sí solos)
- **Evasivas** (optan por consumir drogas o alcohol, abandonan el lugar, todo con la finalidad de evadir la realidad).
- **Antisociales** (harán uso de la violencia contra la familia u otros individuos, roban, saquean).

Mientras mayor sea el alcance social de la crisis más compleja será la misma, no solo por el hecho de que afectará a varias personas sino porque la envergadura de sus daños alcanzará el entramado de relaciones sociales (comunidades, organizaciones, instituciones, amistades, familias, etc.) que podrían, de ser otras las circunstancias, contribuir a la recuperación de la normalidad.

Especial atención merecen en este sentido las comunidades que son afectadas en forma grave por primera vez como ocurrió en la región norte de Holguín (al oriente de Cuba) tras el paso del huracán Ike en 2008 donde los elementos hasta aquí descritos se hacen igualmente evidentes; sin embargo, debe valorarse el hecho de que al no ser la misma un lugar frecuente para el paso de

estos eventos climatológicos no existían referencias anteriores (vivenciadas) que dieran cuenta de lo que realmente podía significar una situación de este tipo, lo que le otorga cierto matiz de particularidad al ser comparada con la percepción que ante eventos similares existe en el resto del país, sobre todo en la región occidental. Ante la pérdida de la casa, los árboles, los daños al puesto de trabajo o la escuela, la falta de agua potable, alimentos o electricidad por varios días, todo lo cual da una imagen de desolación, hay que añadir que jamás se había vivido en circunstancias semejantes, por lo que tampoco existían a nivel psicológico herramientas que ayudaran a una rápida respuesta resiliente. No hay en estos casos puntos de partida para saber qué hacer o cómo comportarse, pues nunca antes la rutina diaria ni el ritmo de la vida se habían visto desequilibrados a un nivel tan abrumador.

Estos casos "primerizos" suelen ser mucho más complejos por el hecho de que no se ha desarrollado en los individuos y sus comunidades lo que se conoce como **entrenamiento histórico-cultural** (Lorenzo, 2003) y que es básicamente el modo en que los sujetos se "entrenan" y desarrollan habilidades psicosociales (ampliando también su umbral de tolerancia al impacto) para el enfrentamiento de este tipo de emergencias complejas al haber afrontado con anterioridad en el tiempo situaciones con patrones similares. Es decir, en los sujetos y comunidades "entrenadas", la posibilidad de ser afectados durante cierta etapa del año ya forma parte de su "cultura" e indudablemente pueden ser mucho más aptos a todos los niveles para enfrentar un huracán que aquellos que viven esa experiencia por primera vez.

Este adiestramiento del que hablamos se refleja

no solamente en la habilidad o rapidez con que las personas actúan o perciben el peligro sino también en la intensidad y forma de las reacciones y perjuicios psicológicos.

## El albergue temporal y su impacto en la cotidianidad de los damnificados

La evacuación es un proceso normal en estos contextos y hasta cierto punto asimilable por las personas, sobre todo cuando se percibe claramente el peligro y cuando pasados cortos períodos de tiempo les es posible retornar a sus lugares de origen.

La construcción de campamentos o albergues temporales, o la adaptación de edificaciones a tales fines, es una acción común en este tipo de situaciones y una necesidad, toda vez que los damnificados o los que pueden serlo potencialmente deben ser reubicados para su protección y para contribuir a la canalización de la ayuda. Nadie tiene dudas de los beneficios que brinda este tipo de acciones, pues da solución a una parte importante de la primera oleada de necesidades que deben afrontarse antes y con posterioridad al desastre.

Ahora, los problemas comienzan cuando debido a la devastación ocurrida en los lugares habituales de residencia o al alto riesgo de la zona se obstaculiza el retorno y se hace necesaria la permanencia de los individuos por largos períodos de tiempo en condición de albergados (evacuados, refugiados). Es en este momento cuando comienzan a aparecer con mayor fuerza síntomas de resistencia al cambio e inadaptación, pues aunque los sujetos estén completamente

dispuestos a reconocer su situación y a esforzarse por asimilarla hay elementos que escapan a su control, pues realmente no están "programados" para esta nueva realidad y aunque se reconoce que existen personas que son mucho más fuertes que otras, la experiencia dice que es un proceso difícil para todos. En ocasiones puede ser tan complejo el problema que con el paso del tiempo aún cuando algunos de los síntomas psicológicos desaparezcan, otros tenderán a permanecer, como la frustración, la ansiedad o la tristeza, los que en muchos casos dejarán de estar asociados en forma directa con el primer impacto del desastre para asumir como causa primaria de su permanencia la vida en el albergue.

Independientemente de las condiciones del albergue (que pueden ser las mejores), y de que incluso el evento solo acelerara el proceso de derrumbe de la vivienda, a nivel psicológico, la casa tenía una ventaja con relación al albergue: **era propia y conocida.**

Por otra parte, la vida en albergues puede plantear retos importantes:

- *Adaptarse a convivir repentinamente en un nuevo lugar con personas desconocidas y por tiempo indefinido.* Digo tiempo indefinido porque la duración de la permanencia va a depender de diversos factores: la magnitud de la catástrofe, la disponibilidad de recursos y en algunos casos de la disposición real de las autoridades implicadas para resolver la situación. Al mismo tiempo, la incertidumbre en cuanto al momento en que se podrá salir del albergue es una gran generadora de tensión entre los

albergados por lo que se debe ser claro (hablo de las autoridades) al momento de suministrar las informaciones a los mismos, sin ofrecer fechas irreales que creen falsas expectativas y que al final redunden en la desconfianza y en la profundización de los síntomas.

- *Enfrentar el etiquetado social de "albergado".* Esto significa que con cierta frecuencia los damnificados serán identificados en su trabajo, en la calle y en actividades sociales por otras personas con un término nuevo: "albergado" (refugiado, evacuado). Esto, a su vez puede acarrear conflictos y frustraciones para los mismos en la medida que el etiquetado implique discriminación, lástima o prejuicios.
- *Asumir la pérdida de espacios privados y de otras libertades.* Este es uno de los grandes desafíos con los que sin duda se encontrará una persona en condición de albergada (especialmente los que vivimos en sociedades occidentales) pues la privacidad es una necesidad cultural, socialmente construida y arraigada. Por tal razón, la imposibilidad de satisfacerla en forma plena genera mucha frustración y ansiedad. Desde mi experiencia he visto en forma cercana cómo la falta de sus espacios personales o familiares afecta severamente la funcionalidad de los damnificados que viven en albergues. Bajo estas condiciones, muchos de estos espacios (baños, dormitorios, cocinas, comedores) se transforman en compartidos o comunes con sujetos desconocidos y con hábitos diferentes, lo que no resultaría tan complicado si no tuviesen un alto

simbolismo psicológico en la cotidianidad de los implicados. Esto puede ser sumamente frustrante para todos y caldo de cultivo para discusiones y conflictos. En este sentido se recomienda a quienes dirigen o administran los albergues o campamentos que traten en la medida de lo posible de fomentar la creación de ciertos márgenes para la privacidad, como dividir los espacios entre familias (incluso con recursos rústicos o locales, como cartones, madera, lonas), habilitar más de un baño (al menos uno para hombres y otro para mujeres) y todas las acciones que puedan contribuir a la disminución de los efectos de tan sensible pérdida.

A estos pueden sumarse otros múltiples elementos asociados a grupos etarios importantes y peculiares como los niños, los adolescentes y los ancianos, todos particularmente sensibles a este tipo de escenarios y necesitados de atención especial y diferenciada.

### *El problema de la doble victimización*

Hay cosas que pueden parecer paradójicas. Ayudar inadecuadamente puede hacer daño. Pudiera parecer infundado lo que estamos planteando pero es una realidad innegable confirmada en diversos estudios al respecto. Al tratar con víctimas de desastres es frecuente que en muchos casos se trate de suplir por medio de la ayuda o asistencia la mayor cantidad de necesidades básicas posibles, algo que es normal debido a las condiciones excepcionales, sin embargo, prolongar este modo de actuación durante largos períodos puede convertir el procedimiento en una "desayuda" con consecuencias difíciles de manejar.

¿Qué sucede en sí? Cuando las autoridades o las organizaciones que intervienen en la ayuda asumen desde un primer momento toda la responsabilidad en la solución de los problemas de estos individuos, posicionándolos a ellos en un rol pasivo, ocurrirá que los mismos tenderán a depositar en agentes externos (las instituciones y organizaciones) la responsabilidad de garantizarles su propio bienestar, lo que mutila psicológicamente la independencia o autonomía con que funcionaban antes del la desastre (o al menos la posibilidad de recuperarla), fenómeno este que se ha dado en llamar **segunda victimización** (OPS, 2006) precisamente porque las personas no han sido solamente víctimas del desastre, sino que también han sido tratados como víctimas por parte de las instituciones. Tal modo de actuación convierte en seres altamente dependientes de la ayuda a los damnificados, lo que a su vez los puede hacer resistentes cuando se necesiten cambios significativos.

La ayuda debe ser siempre pensada y organizada con la participación activa de los damnificados como los máximos responsables en la consecución de su bienestar y en la satisfacción de sus necesidades (deben vincularse al mantenimiento e higienización del albergue, a la construcción de sus viviendas, a puestos de trabajo). La estrategia no debe ser "asistencialista" sino más bien de entrenamiento, aprovechando la oportunidad de trabajar junto a ellos.

La idea **no** es **no ayudar** sino **ayudar de forma inteligente**, que nadie cuestione que el apoyo del gobierno o las organizaciones es necesario pero debe fomentarse por todos los medios la recuperación de la normalidad en los damnificados y no la sustitución de su

autonomía por un estilo de vida dependiente, pues el objetivo es que todos puedan volver al desempeño anterior al desastre o incluso a uno mejor.

### **A modo de conclusiones**

Lo más importante es que pueda comprenderse que la presencia de afectaciones materiales o de aquellas que son psicológicamente más visibles no son la única evidencia de daño a las personas que han sido víctimas de un desastre, siempre hay un conjunto de elementos que aunque no pasan inadvertidos, en muchos casos son

desplazados a un plano más secundario, como los síntomas o daños a nivel subjetivo asociados a la pérdida del sistema de referencias que usamos para funcionar, de modo equilibrado, en nuestra vida cotidiana. Pensemos entonces en que un desastre modifica varios de esos elementos que pueden ser percibidos como vitales por los sujetos y plantea en uno u otro modo nuevas y radicales reglas en forma repentina, lo que produce una gran **disociación** entre lo que **se conocía** y lo que **se sentía** hasta ese momento y la **realidad post desastre**, todo lo cual puede afectar la coherencia de **la conducta**.

## **Referencias**

**De Quiroga, A. P. y Racedo, J.** (1993). *"Crítica de la vida cotidiana"*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.

**Guash, F.** (2007). *"Amenazas Naturales y antropogénicas"* [PDF]. Santiago de Cuba: CENAI-CITMA.

**Martín, C. y Díaz, M.** (2004). *"Psicología Social y Vida Cotidiana/Comunicación, propaganda y publicidad"*. La Habana: Editorial, Félix Varela.

**Lorenzo, A.** (2003). *"Apoyo psicológico en desastres"* [PDF]. University of the West Indies. URL <http://www.cardin.uwimona.edu.jm:1104>

**Losada, P.** (2006) *"Intervención Salud Mental, Tsunami en la India 2005"* [PDF], La Habana: Congreso Regional de la Asociación Psiquiátrica Mundial.

**Oliver-Smith, A.** (1996). *"Anthropological research on Hazards and Disasters"*. Annual Review of Anthropology, 25, 303-328.

**OPS.** (2006). *"Guía Práctica de Salud Mental en situaciones de desastres"*. URL [www.paho.org/desastres](http://www.paho.org/desastres) .