

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROTOCOLO PARA EL DESAHOGO PSICOEMOCIONAL DEL
PERSONAL QUE ATIENDE EMERGENCIAS Y DESASTRES EN
EL ÁREA DE PROTECCIÓN CIVIL DEL DISTRITO FEDERAL**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
RODRIGO ARUMIR GARCÍA**

**DIRECTOR DE TESIS:
LIC. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ
REVISOR DE TESIS:
LIC. RAFAEL LUNA SÁNCHEZ
COMITÉ DE TESIS:
DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA
MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO
LIC. MARGARITA MORENO AVILES**

México D.F., Agosto de 2009

“Una normal respuesta a un anormal evento” **Mitchell**

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1	
Emergencias, Desastres y Protección Civil	6
1.1 Las Emergencias	6
1.2 Los desastres y catástrofes	7
1.3 Ciclo de las emergencias y desastres	8
1.4 Protección Civil: Historia	11
1.5 Normatividad y leyes	13
1.6 Estructura de la Secretaría de Protección Civil del Distrito Federal (SPCDF)	14
1.7 Indicadores de salud en el personal de Protección Civil	14
1.8 Interacción con otras áreas	15
Capítulo 2	
Personal de Primera Respuesta y Psicología de las Emergencias y Desastres	18
2.1 Personal de Primera Respuesta	18
2.2 Perfil psicológico del personal de primera respuesta en emergencias y desastres	20
2.3 Psicología de las Emergencias y Desastres	23
Capítulo 3	
Alteraciones Normales y Patológicas en las Emergencias y Desastres	26
3.1 Reacciones ante una situación de emergencia o desastre	26
3.2 Principales trastornos de Ansiedad en las emergencias y desastres	27
3.3 Manifestaciones “normales” ante eventos traumáticos	37
3.4 Violencia y drogodependencia	42
Capítulo 4	
Intervención en Crisis	43
4.1 Teorías de las Crisis	43
4.2 Factores que afectan el equilibrio en la crisis	47
4.3 Principios de la Intervención en Crisis	50
4.4 Las fases de la Crisis en los desastres	54
4.5 Manejo de Duelo o Pérdida	56
Capítulo 5	
Primeros Auxilios Psicológicos	61
5.1 ¿Qué son los Primeros Auxilios Psicológicos?	61
5.2 Intervención de Primer y Segundo Momento	62
5.3 Principios Clínicos de los Primeros Auxilios Psicológicos	64
5.4 Los componentes estratégicos de los Primeros Auxilios Psicológicos	64

Capítulo 6	
Burnout	70
6.1 Síndrome de Burnout (desgaste profesional)	70
6.2 Definición	71
6.3 Factores que influyen en el síndrome de Burnout	72
6.4 Consecuencias provocadas por el Burnout	72
6.5 El proceso de desarrollo del síndrome	73
Capítulo 7	
Resiliencia	74
7.1 Resiliencia	74
7.2 Crecimiento postraumático	77
7.3 Concepto de salud desde la resiliencia	80
Capítulo 8	
Técnicas	85
8.1 Técnicas para el desahogo psicoemocional	85
8.2 Respiración diafragmática	86
8.3 Escritura emocional autoreflexiva	86
8.4 Imaginería guiada	87
8.5 Relajación muscular progresiva	88
8.6 Debriefing	90
8.7 Defusing	92
Protocolo de Desahogo Psicoemocional para el Personal de Protección Civil del D.F.	95
Metodología	95
Objetivos del Protocolo	96
Glosario	110
Conclusiones	113
Bibliografía	116
Anexo 1 Programación Curso – Taller	123
Anexo 2 Evaluación del Curso	124
Anexo 3 Cartas descriptivas	126

DEDICATORIAS

A mi madre: **Concepción García Gómez.**

Por tu amor, cariño, apoyo y por trasmitirme tu sensibilidad y resiliencia. TQM

A la memoria de mi padre: **Manual Arumir Ramírez †**

Por el carácter que me heredaste y por tu sabiduría.

A mis Hermanos, los quiero y los amo mucho.

Aída. Por tu fortaleza y tus ganas de ayudar.

Silvia. Por tu pasión y dedicación a tu familia.

Manuel. Por ser como eres y tu diversión.

María. Por entusiasmo que le imprimes a tu vida.

Cecilia. Por la alegría que hay en ti y por tus hijos.

Juana. Por tu cariño y grandeza que en ti.

Francisco. Por tu apoyo y el crecimiento que hemos tenido juntos.

Julia. Por estar sin estar y ser una persona que escucha.

Octavio. Por tu dedicación a lo que quieres, te admiro mucho.

A toda mi gran familia: Sobrin@s, cuñad@s, ti@s y prim@s.

A mis Hermanas Adoptadas

Francisca y Silvia Z.

A **Roberto López Olmedo**, mi hermano y amigo no sólo del alma sino también de la psique. Por todo lo que hemos recorrido a lo largo de una vida profesional y personal. “México, Pumas, Universidad”.

A **Jesús Aguilera Valencia**, mi hermano y compadre de la vida meta académica. Por todos los años de estar juntos, por las desveladas, a las alegrías y a la forma de reponerte frente a la vida.

A mis grandes amigas.

Alenka, Nashely, Perla, Alondra, Estela, a las Vaqueras.

A mis Profesores y Sinodales.

Jorge Álvarez Martínez. Por tu apoyo, tus conocimientos y amistad.

Amada Ampudia Rueda. Por todas las clases que me diste, gracias por todo.

Rafael Luna Sánchez. Por la amistad que me has dado y todos tus comentarios a este trabajo, los cuales hicieron una diferencia.

Margarita Molina Aviles. Por los excelentes momentos que he vivido a lado tuyo.

Guadalupe Santaella Hidalgo. Por sus magníficos comentarios, su claridad y apoyo.

A mi queridísima **Josette Benavides Tourres.** Por ser una guía en mi vida, una amiga y una excelente profesora.

Al programa de Intervención en Crisis en situaciones de Desastres Naturales y Socio-Organizativos.

A mis amig@s y compañer@s del programa.

Roxanna, Angelina, Aída, Silvia, Jafet, Blanca, Berenice, Carolina, Geovani, Víctor, Marco, Alma.

A la Asociación Mexicana de Atención a Población Vulnerable y en Condiciones de Emergencia y Desastre A.C. En particular a **Ricardo Cruz Chávez**, por apoyarme y brindarme su amistad.

A la UNAM

MÉXICO, PUMAS, UNIVERSIDAD.

¡GOYA! ¡GOYA!
¡CACHÚN, CACHÚN, RA, RA!
¡CACHÚN, CACHÚN, RA, RA!
¡GOYA!
¡¡UNIVERSIDAD!!

PROTOCOLO PARA EL DESAHOGO PSICOEMOCIONAL DEL PERSONAL QUE ATIENDE EMERGENCIAS Y DESASTRES EN EL ÁREA DE PROTECCIÓN CIVIL DEL DISTRITO FEDERAL

RESUMEN:

En las últimas décadas se han suscitado eventos catastróficos de magnitudes nunca antes vistas. Las catástrofes, ya sean naturales o producidas por el ser humano, causan pérdidas tanto humanas como materiales. La gran mayoría de las investigaciones sobre trauma y desastre han identificado síntomas físicos como la fatiga, problemas psicológicos y psiquiátricos que enfrentan los sobrevivientes después de una exposición al trauma o evento disruptivo. Las emergencias y desastres en el Distrito Federal son atendidas en parte por el personal que labora en el área de Protección Civil, sumándose Bomberos, Policías, Rescatistas, entre otros, los cuales a su vez son afectados de tercer nivel sufriendo considerables alteraciones psicosomáticas, laborales y familiares. Por lo tanto, en este trabajo pretende sistematizar la atención psicológica a dicho personal a través de un protocolo. Así entonces, esta investigación tiene por objetivo establecer las acciones y procedimientos para dar la atención psicoemocional al personal de primer contacto llamado “Protocolo para el desahogo psicoemocional del personal que atiende emergencias y desastres en el área de Protección Civil del Distrito Federal”. En este protocolo se establecen los mínimos para dar una contención psicoemocional al personal de primera respuesta, como es la capacitación, la atención en emergencias o en desastres y la recolección de datos para la mejora y el diagnóstico temprano. La metodología utilizada para este protocolo está basada básicamente de la psicología comunitaria y psicología clínica, así mismo, revisando ámbitos de la prevención primaria, donde su objetivo final es que la atención psicológica sea una prestación de salud para el personal de primera respuesta en emergencias y desastres.

INTRODUCCIÓN

Por su ubicación geográfica, México se encuentra sujeto a diversos fenómenos naturales que pueden derivar en casos de desastre; entre las calamidades a las que mayormente está expuesto el territorio nacional resaltan los sismos, que en el transcurso de la historia han sido de significación especial, tanto por su frecuencia como por los daños que han ocasionado, particularmente los ocurridos en la ciudad de México en septiembre de 1985 (Gutiérrez y Quaas, 2005).

En las últimas décadas se han suscitado eventos catastróficos de magnitudes nunca antes vistas. Las catástrofes, ya sean naturales o producidas por el ser humano, causan pérdidas tanto humanas como materiales, así las comunidades afectadas quedan devastadas por largos periodos. A menudo, se trata de eventos que no se puede predecir, prevenir o controlar. El impacto de tales catástrofes sobre los individuos se traduce en sobrevivientes que deben afrontar el trauma, la pérdida y la crisis a fin de encontrar el modo de reconstruir sus vidas. En las comunidades afectadas por cualquier incidente, una gran cantidad de personas se convierte en sobrevivientes y otras en rescatistas (Cohen, 2003)

Los eventos catastróficos generados por cambios climáticos demuestran que el hombre no se encuentra preparado para afrontar tales eventos, muestra de ello fue el tsunami de 2004 en las costas de Sumatra en Asia dejando cerca de 300,000 cadáveres, el huracán Katrina en 2005 en E.U. dejando casi 2,000 muertos, el terremoto de Sichuan en China en mayo de 2008 dejando más de 50,000 muertos y muchos más bajo los escombros.

Así mismo, los cambios políticos, económicos, y sociales nos han tomado de sorpresa, generando paranoia generalizada, como fue el atentado terrorista 9/11 a las Torres Gemelas en E.U. en 2001, el atentado terrorista en los trenes de Madrid en 2004, los atentados a los trenes en Londres en 2005. En el mismo tenor, estos cambios sociopolítico-económicos siguen y seguirán dejando un sin fin de muertes y accidentes en todas las guerras y guerrillas a lo largo y ancho de nuestro planeta.

Ante un acontecimiento traumático, estresante y que suele ocurrir de forma inesperada, (inundaciones, accidente aéreo, terremotos, etc.) las personas reaccionan con temor, miedo, malestar psicológico intenso y ansiedad, porque se ven envueltos en situaciones que representan un peligro real para su vida o la de los demás (DGPCE, s/f).

No solamente existen en nuestro país y en particular en el Distrito Federal desastres de grandes magnitudes, sino que a diario se dan eventos ya casi cotidianos para nuestra ciudad, como son los casos de choques automovilísticos, incendios a casas particulares como a

industrias, inundaciones en época de lluvias, atropellados en grandes y pequeñas vialidades, desgajamientos en zonas de barrancas y cerros, hundimientos de tierra, manifestaciones y marchas de grupos sociales, asaltos a mano armada, secuestros, entre otros.

Muchos de estos eventos son atendidos por el Personal de Primera Respuesta en Desastres y Emergencias, como es el caso del personal de Protección Civil, Heroico Cuerpo de Bomberos, Policías, Cruz Roja, Grupos de rescate y en algunos casos excepcionales el Ejército.

Como es de saberse, estos eventos en su mayoría traen caos, devastación, pérdidas materiales, muertes y sobre todo, alteraciones psicoemocionales no sólo a los afectados directamente, sino también a los que atienden dichos eventos. Esto se dejó ver más claramente a partir de los sismos de 1985 en la Ciudad de México.

La forma de afrontar los aspectos psicológicos de los grupos que atienden emergencias y desastres, hasta la fecha no ha sido la más adecuada y mucho menos ha sido sistematizada, pues aunque se han hecho grupos de descarga emocional después de una emergencia o desastre, ésta se queda corta, pues solamente se lleva por una sola ocasión y en algunos casos ni siquiera existe ningún tipo de apoyo emocional ni psicológico para este personal.

Podemos ver que los sistemas de prestación de asistencia sanitaria, inclusive de atención de salud mental, no han logrado hasta ahora atender realmente las necesidades de la mayor parte de la población mundial. Muchos de ellos son centralizados, están en los hospitales, se centran en la enfermedad y se basan en la atención del personal médico, en una relación bilateral médico-paciente. Por lo tanto, esto deja ver que muchas organizaciones tienen buenas intenciones, sin embargo, no han logrado un mayor impacto ni atender las necesidades reales que generan las emergencias y desastres.

Como parte de la atención primaria, la Organización Mundial de la Salud ha dado una respuesta a esta problemática, donde ha planteado que es necesario atender a la población y no a las estructuras sanitarias y a los servicios centrales de especialización; en contraparte, proponiendo que se descentralice la atención, requiriendo la participación activa de la comunidad y de la familia. A estos agentes generales de salud se les debe de adiestrar en el empleo de técnicas sencillas pero eficaces, que puedan tener una amplia aplicación, estimular la creación de grupos de autoayuda y la insistencia en que la gente debe de hacerse responsable de su propia salud en un aspecto importante del desarrollo individual y colectivo (OMS, 1990).

Es por lo anterior, que en este trabajo se plantea un protocolo para el Desahogo Psicoemocional para el Personal que atiende Emergencias y Desastres en el área de Protección Civil del Distrito Federal. En donde se establecen mecanismos que lleven al personal de Protección Civil a establecer grupos de apoyo psicológico, en donde el objetivo principal es el desahogo psicoemocional, pretendiendo disminuir problemas laborales, familiares y personales.

Este protocolo en un futuro se espera que se pueda sumar a otros protocolos o a otros programas integrales de atención en emergencias y desastres, como pasa en países como Francia y España, en los cuales se ha implementado en Plan Rojo y el SAMUR respectivamente, donde se han visto resultados que favorecen al personal en un ámbito integral y donde se encuentran integrados a la administración de emergencias (Comisión Europea, 2003).

El protocolo tiene por objetivo establecer las bases para dar apoyo psicoemocional al personal que atiende emergencias y desastres, integrado por una serie de técnicas de fácil acceso al mismo personal, pues ellos serán quien a su vez darán continuidad y desde luego que puedan tener un entrenamiento para no profesionales de la salud mental.

En el capítulo uno revisaremos la clasificación de las emergencias y la tipificación de los desastres, así como el ciclo de las emergencias y desastre. De la misma forma, revisaremos cómo se constituye la Protección Civil en México y en particular en el Distrito federal.

En el capítulo dos enfocaremos una revisión del personal que atiende emergencias y desastres, que en particular estos personajes son el motivo de esta investigación. Se revisará cómo se clasifican las distintas personas afectadas o víctimas, el perfil de personalidad que hasta la fecha se tiene y las señales de afectación de estos cuerpos de emergencia y desastres. Y también se revisará las bases de una nueva área de la psicología denominada Psicología de las Emergencias y Desastres.

En el capítulo tres, se abordará los contenidos de la Psicología de las Emergencias y Desastres como son Alteraciones normales y patológicas en las emergencias y desastres;

Para el capítulo 4, revisaremos a qué se refiere con intervención en crisis, cómo se constituye, la importancia en las emergencias y desastres, las fases por las que pasa una persona y los factores que las alteran provocando entren en crisis.

También revisaremos en el capítulo 5, lo referente a los primeros auxilios psicológicos, cuáles son sus objetivos de atención, quién los puede dar y en qué momento y la diferencia que existe en relación con la intervención en crisis.

Además examinaremos a qué se refiere el desgaste profesional o burnout en el capítulo 6, ya que podremos identificar por qué el personal que atiende emergencias se ve alterado física y emocionalmente a la hora de brindar una atención.

Para el capítulo 7, haremos una revisión de por qué es importante fortalecer la resiliencia no sólo en cualquier persona, sino en las que se ven involucradas en incidentes críticos, como las emergencias y desastres.

Así mismo, en el capítulo 8 revisaremos algunas técnicas para la contención y desahogo psicoemocional, que pueden ayudar a mitigar y prevenir a la hora de atender emergencias y desastres.

Por último, se desglosa el Protocolo de Desahogo Psicoemocional para el Personal de Protección Civil del D.F., en donde se muestran los instrumentos y diagramas que se emplean en el protocolo para la atención de emergencias y desastres.

Capítulo 1. Emergencias, Desastres y Protección Civil

1.1 Las Emergencias

La emergencia se define como la situación o condición anormal que puede causar un daño a la sociedad y propiciar un riesgo excesivo para la salud y la seguridad del público en general. Conlleva la aplicación de medidas de prevención, protección y control sobre los efectos de una calamidad. Como proceso específico de la conducción o gestión para hacer frente a situaciones de desastre, la emergencia se desarrolla en 5 etapas: identificación, valuación, declaración, atención y terminación. Se distinguen, además, cuatro niveles de emergencia: interno, externo, múltiple y global, con tres grados cada uno (Ley General de Protección Civil, 2006).

Emergencia Interna: primer nivel de emergencia de un sistema. Se registra cuando la alteración de su función no afecta a algún otro sistema. Se presenta en tres grados: primero, cuando puede ser resuelto por personal del sistema, no especializado en emergencias; segundo, cuando para solucionarlo es necesaria la participación de su personal interno de emergencia, y tercero, cuando es indispensable disponer de personal experto especializado.

Emergencia Externa: segundo nivel de emergencia de un sistema. Se presenta cuando la alteración de su funcionamiento afecta a otro sistema, en donde causa una emergencia interna. En el sistema que afecta, la emergencia se presenta en tres etapas graduales: primer grado, cuando la emergencia puede ser resuelta por personal especializado de la empresa; segundo grado, cuando es necesario contar con el apoyo de personal externo especializado, y tercer grado, cuando es indispensable la intervención del órgano central.

Emergencia Múltiple: tercer nivel de emergencia en un sistema, se registra cuando los efectos producidos en aquél provocan en otros (por lo menos en uno) emergencias del segundo nivel. Como en los restantes niveles, en éste la emergencia presenta tres grados de intensidad: primero, cuando el problema se resuelve con la participación de su personal de emergencia apoyado con personal externo especializado; segundo, cuando es necesario contar con la intervención del Centro Municipal de Operaciones, y tercero, cuando es indispensable el auxilio de organismos estatales.

Emergencia Global: cuarto nivel de emergencia. Se presenta en un conjunto de sistemas, cuando alguno de ellos se encuentra en emergencia de tercer nivel. En él se distinguen los siguientes grados: primero, se resuelve por el Centro Municipal de Operaciones; segundo, se requiere la participación de organismos estatales, y tercero, cuando es necesaria la asistencia de organismos federales e internacionales.

Emergencia Masiva: situación de daños cuyo número de víctimas supera los recursos inmediatos disponibles en el área afectada.

Emergencia Ecológica: situación derivada de actividades humanas o fenómenos naturales que al afectar severamente las interrelaciones de animales y plantas y las interacciones de éstos y su medio físico, pone en peligro a uno o varios ecosistemas.

Emergencia Radiológica: aquella que produce o puede producir un impacto de orden radiológico en la salud y en la seguridad de la población, o en el ecosistema.

Emergencia Urbana: condición crítica o alteración de las actividades cotidianas que se presenta en un conglomerado urbano, como efecto del impacto de una calamidad; situación que requiere de acciones urgentes e inmediatas para restablecer el equilibrio en las relaciones que constituyen la vida normal de los habitantes.

1.2 Los desastres y catástrofes

El desastre se entiende como un evento concentrado en tiempo y espacio, en el cual la sociedad o una parte de ella sufren un severo daño o incurre en pérdidas para sus miembros, de tal manera que la estructura social se desajusta y se impide el cumplimiento de las actividades esenciales de la sociedad, afectando el funcionamiento vital de la misma.

Los desastres son situaciones de crisis que originan grandes pérdidas humanas y materiales. Nuestro continente es especialmente vulnerable a las catástrofes naturales, por sus características geográficas e inestabilidad telúrica, y a los desastres producidos por el hombre, por su rápido desarrollo tecnológico.

Existe el común acuerdo de que la palabra desastre es un término de acepción muy amplia. Tiene su origen etimológico en los vocablos latinos "des", que significa negativo o contrario y "astre" que equivale a estrella o astro, y así, denotaría un suceso adverso producido por los astros o estrellas (a su vez, sinónimo de los dioses). Naturalmente el sentido de ese término no tiene fundamento en la actualidad y, por consiguiente, la definición que utilizamos es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud, que define a un desastre natural como sigue:

“Un acto de la Naturaleza, de tal magnitud que da origen a una situación catastrófica en la que súbitamente se alteran los patrones cotidianos de vida y la gente se ve hundida en el desamparo y el sufrimiento; como resultado de ello, las víctimas necesitan víveres, ropa,

viviendas, asistencia médica y de enfermería, así como otros elementos fundamentales de la vida y protección contra factores y condiciones ambientales desfavorables, los cuales, en la mayor parte de los casos, deberán provenir de áreas que están fuera de la zona de desastre”.

En México los desastres se clasifican en cinco tipos que a continuación se mencionan y se describen:

Geológicos. Por ejemplo, hundimiento regional, deslizamiento de suelos, flujos de lodo, maremotos o tsunamis, sismos o terremotos, vulcanismo

Hidrometeorológicos. Por ejemplo, tormentas tropicales, nevadas, granizadas, inversión térmica, lluvias torrenciales, inundaciones, huracanes, temperaturas extremas, tormentas eléctricas, sequías, mareas de tormenta.

Químico - Tecnológicos. Por ejemplo, incendios forestales, incendios urbanos, explosiones, envenenamiento, fugas y derrames de productos químicos, radiación.

Sanitario - Ecológicos. Por ejemplo, contaminación, plagas, lluvia ácida, epidemias.

Socio - Organizativos. Por ejemplo, interrupción de servicios, concentraciones masivas de población, accidentes terrestres, aéreos, marítimos y fluviales, sabotaje, terrorismo.

1.3 Ciclo de las emergencias y desastres

El manejo de los desastres se analiza y estudia para fines prácticos, en forma sistemática como una secuencia cíclica de etapas que se relacionan entre sí, y que se agrupan a su vez en tres fases: antes, durante y después.

El ciclo de los desastres, como se le conoce a este sistema de organización, está compuesto por siete etapas, a saber:

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

De esta secuencia se deriva, que el manejo de los desastres corresponde: el esfuerzo de prevenir la ocurrencia de un desastre, mitigar las pérdidas, prepararse para sus consecuencias, alertar su presencia, responder a la emergencia y recuperarse de los efectos. Ver figura 1 “Modelo circular de desastres”.

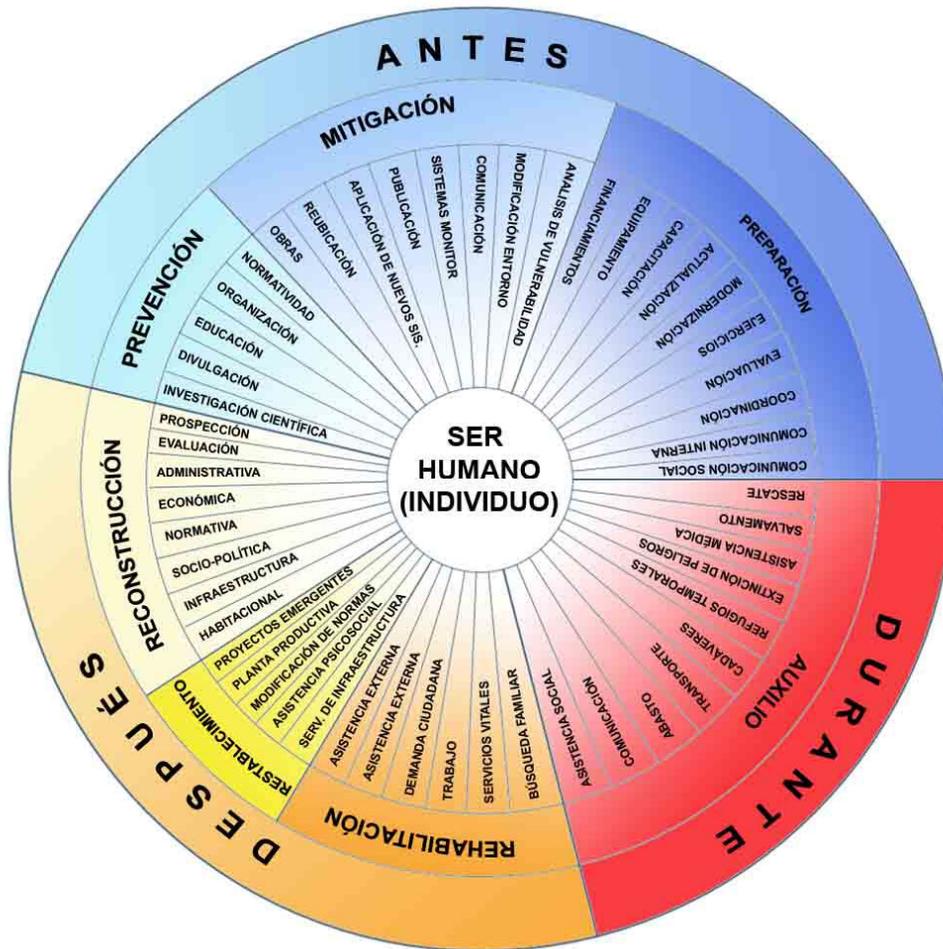


Figura 1. Modelo continuo de desastres, Miliani S.R. (comunicación personal, 2003).

FASES DEL DESASTRE

ANTES del desastre

Es la fase previa al desastre que involucra actividades que corresponden a las etapas de: Prevención, mitigación, preparación y alerta. Con ello se busca:

- Prevenir para evitar que ocurran daños mayores en el impacto del desastre.
- Mitigar para aminorar el impacto del mismo, ya que algunas veces no es posible evitar su ocurrencia.
- Preparar para organizar y planificar las acciones de respuesta
- Alertar para notificar formalmente la presencia inminente de un peligro.

DURANTE el desastre

En esta fase se ejecutan las actividades de respuesta durante el período de emergencia o inmediatamente después de ocurrido el evento. Estas actividades incluyen la evacuación de la comunidad afectada, la asistencia, la búsqueda y rescate. También se inician acciones con el fin de restaurar los servicios básicos y de reparar cierta infraestructura vital en la comunidad afectada.

En la mayoría de los desastres este período pasa muy rápido, excepto en algunos casos como la sequía, la hambruna y los conflictos civiles y militares. En estos casos este período se podría prolongar por cierto tiempo.

DESPUES del desastre

A esta fase le corresponde todas aquellas actividades que se realizan con posterioridad al desastre. En general se orientan al proceso de recuperación a mediano y largo plazo. Esta fase se divide en rehabilitación y reconstrucción. Con ello se busca:

- Restablecer los servicios vitales indispensables y el sistema de abastecimiento de la comunidad afectada.
- Reparar la infraestructura afectada y restaurar el sistema productivo con miras a revitalizar la economía.
- Las actividades que se realizan en cada una de las etapas se caracterizan por mantener una interacción: De esta forma podríamos concluir que los resultados que se obtengan en una etapa está determinado por el trabajo que se haga en las etapas anteriores.

1.4 Protección Civil: Historia

La Protección Civil nace el 12 de agosto de 1949 en el Protocolo 2 adicional al Tratado de Ginebra “Protección a las víctimas de los conflictos armados internacionales”. Por lo tanto, se entiende por Protección Civil el cumplimiento de algunas o de todas las tareas humanitarias que se mencionan a continuación, destinadas a proteger a la población contra los peligros de las hostilidades y de las catástrofes y a ayudarla a recuperarse de sus efectos inmediatos, así como a facilitar las condiciones necesarias para su supervivencia. Estas tareas son las siguientes:

- Servicio de alarma,
- Evacuación,
- Habilitación y organización de refugios,
- Aplicación de medidas de oscurecimiento,
- Salvamento,
- Servicios sanitarios, incluidos los de primeros auxilios, y asistencia religiosa;
- Lucha contra incendios;
- Detección y señalamiento de zonas peligrosas;
- Descontaminación y medidas similares de protección;
- Provisión de alojamiento y abastecimientos de urgencia;
- Ayuda en caso de urgencia para el restablecimiento y el mantenimiento del orden en zonas damnificadas;
- Medidas de urgencia para el restablecimiento de los servicios públicos indispensables;
- Servicios funerarios de urgencia;
- Asistencia para la preservación de los bienes esenciales para la supervivencia;
- Actividades complementarias necesarias para el desempeño de una cualquiera de las tareas mencionadas, incluyendo entre otras cosas la planificación y la organización.

Como una parte más del protocolo de los convenios de Ginebra, menciona el distintivo internacional de Protección Civil, el cual consiste en un triángulo equilátero azul sobre un fondo color naranja, cuando se utilice para la protección civil, de su personal, sus edificios y su material o para la protección de los refugios civiles (S.P.C.D.F., 2008).

Desde 1982 se instaló una oficina dedicada a crear el Sistema de Protección y Restablecimiento de la Ciudad de México Frente a Desastres. Ésta oficina a pesar de ser muy pequeña desarrolló; sin embargo, conceptos básicos que todavía son válidos, convirtiéndose en la responsable del programa.

Ésta oficina denominada SIPROR estuvo asignada en varias secretarías hasta que en la Secretaría General de Protección y Vialidad (1984) tuvo su primera experiencia real con la explosión de San Juanico y después con los sismos de 1985. A raíz de éstos el SIPROR se incorpora al Sistema Nacional de Protección Civil y cambia de adscripción a la Dirección General de Gobierno del DDF, recibiendo el rango de Dirección de Protección Civil del DF.

El 9 de Octubre de 1985 el Presidente de la Republica Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, creó la Comisión Nacional de Reconstrucción, con el fin de dirigir las acciones de auxilio a la población damnificada; en el mes de abril se expide el decreto: "Bases para el Establecimiento del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC)", siendo el órgano rector la Secretaría de Gobernación, a través de la Subsecretaría de Prevención y Readaptación Social, misma que en 1997 se divorcia, creándose la Coordinación Nacional de Protección Civil, de la que depende la Dirección General de Protección Civil y el Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED), órgano desconcentrado dedicado a la investigación y capacitación en la materia, el cual se crea por Decreto Oficial en 1988.

El Sistema Nacional de Protección Civil se define como:

"Organización jurídicamente establecida mediante el Decreto Presidencial de fecha 06 de mayo de 1986, concebido como un conjunto orgánico y articulado de estructuras, relaciones funcionales, métodos y procedimientos que establecen las dependencias y entidades del sector público entre sí, con las organizaciones de los diversos grupos sociales y privados y con las autoridades de los estados y municipios, a fin de efectuar acciones de común acuerdo destinadas a la protección de los ciudadanos contra los peligros y riesgos que se presentan en la eventualidad de un desastres" (Ley General de Protección Civil, 2006).

El marco institucional del Sistema está integrado por las dependencias y entidades de la Administración Pública, por los organismos de coordinación entre la Federación, los Estados, los municipios y por la representación de los grupos sociales y privados que participan en las actividades de protección civil, los cuales conforman tres estructuras estrechamente relacionadas: la primera, de las instituciones de la Administración Pública con funciones ejecutivas, la segunda, de los consejos con funciones consultivas y de coordinación y la tercera de participación de los grupos voluntarios. El Sistema de Protección Civil que mantiene la decisión política de vigorizar el pacto federal es válido simultáneamente para los tres niveles de gobierno: Federal, Estatal y Municipal.

Para 1991 en el Distrito Federal se le otorga el título de Dirección General de Protección Civil (DGPC) y con ello comienza todo un peregrinar hasta llegar a la hoy Secretaría de Protección Civil del Distrito Federal (SPCDF).

Antes de pasar a la normatividad, definimos que la Protección Civil es el conjunto de recursos humanos, materiales y de sistema que permiten la salvaguarda de la vida, la salud y el entorno de una población ante situaciones de emergencia o desastre (Ley de Protección Civil para el Distrito Federal, 2007).

1.5 Normatividad y leyes

Como sabemos el parteaguas de la legislación y normatividad en México y en particular al distrito Federal fueron los sismos de 1985. Las leyes que se han promulgado en todo el país se dieron en los subsecuentes años a dicho, aunque evidentemente entramos a un área de prevención y mitigación muchísimos años después que los países europeos y norteamericanos.

Los principales frutos de la Dirección de Protección Civil del DF (hoy Secretaría de Protección Civil) en orden cronológico son:

- El Reglamento de Protección Civil Para el Distrito Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de agosto de 1990 y en la Gaceta del DDF el 27 de agosto del mismo año, al ser revisado y aprobado por la Asamblea de Representantes del D.F.
- El Programa General de Protección Civil para el Distrito Federal, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de julio de 1991.
- La Ley de Protección Civil para el Distrito Federal, aprobada por la ARDF el 14 de diciembre de 1995 y expedida en la Gaceta del DDF el 10 de enero de 1996.
- Reglamento de la Ley de Protección Civil para el D.F., ALDF, 18 de octubre de 1996.
- Términos de Referencia Gaceta del GDF, 9 de septiembre de 1998.
- Ley de Protección Civil para el Distrito Federal, nuevo ordenamiento publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 23 de julio de 2002.
- Por último esta ley ha tenido importantes cambios a través de sus reformas en los años 2003, 2005 y la última versión de 2007 que es donde sufrió la transformación

de Dirección General a Secretaría (Ley de Protección Civil del Distrito Federal, 2007).

Así mismo, existe la Ley General de Protección Civil que rige toda república mexicana y que no se contrapone con ninguna ley Estatal. La última reforma a esta ley es del 24 de marzo de 2007.

1.6 Estructura de la Secretaría de Protección Civil del Distrito Federal (SPCDF)

La estructura de la Secretaría de Protección Civil del Distrito Federal, está contemplada por un Secretario, un Subsecretario, un Director General de Prevención, una Dirección General de Emergencias Mayores y una Dirección Administrativa. Contando con más de 600 personas en el ámbito operativo y administrativo.

Así mismo, se suman las Unidades de Protección Civil Delegacionales que son 16, una por cada delegación política. Sumando un total de más de 800 personas de igual forma entre operativos y administrativos.

A diferencia de otros Estados de la República, el Distrito Federal no trabaja en conjunto con el Heroico cuerpo de Bomberos del Distrito Federal, pues en casi la mayoría de los cuerpos de bomberos de los diferentes estados de la República pertenecen y son administrados por las administraciones de Protección Civil.

Por último, esta Secretaría de Protección Civil también pertenece al Grupo Centro País del Sistema Nacional de Protección Civil, donde cada 4 meses se reúnen para platicar lineamientos, acuerdos y convenios de colaboración a nivel regional con los estados colindantes. Este grupo está integrado por Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Puebla, Tlaxcala y el Distrito Federal.

1.7 Indicadores de salud en el personal de Protección Civil

Estos trabajadores son personas que generalmente funcionan bien bajo las responsabilidades, peligros y estrés de sus trabajos. Sin embargo, la experiencia estresante puede superar las defensas naturales del individuo de forma que sus procesos habituales de ajuste o adaptación ya no le sirvan. La exposición a un evento estresante puede producir diferentes reacciones, que vamos a clasificar, artificialmente puesto que la mayoría de las respuestas de las personas comparten varios componentes, en físicas, comportamentales, cognoscitivas y emocionales (DGPCE, s/f).

Reacciones físicas: Los síntomas físicos son a menudo los primeros en surgir en una situación de estrés aguda. Pueden incluir:

- Aumento del ritmo cardiaco, respiratorio y presión sanguínea.
- Náuseas, trastornos digestivos, diarrea y pérdida de apetito.
- Sudores o escalofríos.
- Temblores musculares.
- Insomnio.

Reacciones comportamentales y sociales:

- Aislamiento de la familia o amigos porque creen que no les van a entender o porque quieren protegerles de algunos aspectos de su trabajo.
- Incremento del uso del alcohol, drogas o tabaco.
- Hiperactividad.
- Incapacidad para descansar.
- Periodos de llanto.

Reacciones emocionales:

- Fuerte identificación con las víctimas.
- Tristeza, cambios de humor, depresión.
- Apatía, preocupación por la salud de los demás.
- Sentimientos de impotencia y vulnerabilidad.
- Anestesia afectiva.
- Miedo a perder el control.
- Irritabilidad, agresividad.

Todas estas reacciones se consideran normales e incluso inevitables dada la exposición a un evento tan estresante como es un desastre. De hecho, la mayoría de las veces duran unas semanas o meses y gradualmente disminuyen con el paso del tiempo, la capacidad de hablar sobre el evento y su significado y el apoyo familiar y de amigos. Sin embargo, también hay un porcentaje donde los síntomas no disminuyen por si solos y puede aparecer el Trastorno de Estrés Posttraumático.

1.8 Interacción con otras áreas

Trabajar en el área de Protección Civil es convivir con otras áreas que son de suma importancia para la óptima administración y gestión de una emergencia y desastre. El

personal de protección civil tiene que trabajar hombro con hombro con personal como: Bomberos, policías, rescatistas, doctores, enfermeras, paramédicos, ejercito, personal de desasolve, luz y fuerza, personal de telefonías, entre otros.

Como sabemos el trabajo cotidiano genera un estrés podría decirse que hasta natural, pero cuando convivimos con áreas en donde no existe un estrecha relación y una cordial convivencia, a parte que le trabajo no tiene buenos resultados, el estrés y la fatiga laboral se puede convertir en una carga laboral y psicológica.

Algunas actividades que realiza el personal de protección civil son:

- Coordinar los dispositivos de apoyo para atender situaciones de emergencia o desastre.
- Asegurar la operación del sistema de alerta.
- Establecer y coordinar los planes de seguridad, búsqueda, salvamento y asistencia, servicios estratégicos, equipamiento y bienes; salud, aprovisionamiento y reconstrucción inicial.
- Establecer en coordinación con las dependencias, órganos e instituciones del sector publico y privado, los lineamientos para la prestación de los servicios públicos que deben ofrecerse a la población en caso de situaciones de riesgo, siniestro o desastre
- Dirigir estudios para determinar los riesgos potenciales a los que se encuentran expuestos los habitantes de la Ciudad de México
- Planear junto con las áreas responsables el establecimiento de criterios para la realización de simulacros, ejercicios y operativos como parte del Programa General de Protección Civil.
- Realizar, proponer y coadyuvar en la realización de estudios, investigaciones, análisis y opiniones de carácter técnico, científico y académico, en materia de protección civil
- Verificar el cumplimiento de la Ley, Reglamento, términos de referencia y normas técnicas complementarias en materia de Protección Civil.
- Coordinar dentro de su ámbito de competencia, los programas de Protección Civil.

Por lo anterior, nos daremos cuenta que el trabajo del personal que labora en el área de la protección civil es arduo y desgastante, que genera problemas hacia el interior de estos grupos, que hasta la fecha los ven como normales y como parte del trabajo cotidiano. Sin embargo, aunque tienen noción de los problemas psicoemocionales tanto los operativos como los administrativos, los directivos hasta el momento no se han preocupado por mejorar o simplemente por atender a su personal.

El no darle atención a los síntomas y signos que presente los cuerpos de emergencia como estrés postraumático o burnout entre otros, puede llevar a que las actividades se desarrollen con un bajo nivel de eficiencia que pueda comprometer la seguridad pública, así como tener inhabilidades innecesarias, y un alto índice de morbilidad y mortalidad.

A continuación se revisan algunos aspectos sobre el personal que atiende emergencias y desastres, con la finalidad de vislumbrar el campo tan amplio que se ha venido desarrollando en las últimas décadas en la Psicología de las Emergencias y Protección Civil.

Capítulo 2. Personal de Primera Respuesta y Psicología de las Emergencias y Desastres

2.1 Personal de Primera Respuesta

La literatura sobre desastres está repleta de señalamientos ocasionales y de estudios reales, que indican que el personal de servicios de emergencia sufre alteraciones psicológicas a corto y largo plazo, como resultado de su intervención en labores de auxilio y socorro. Los socorristas llevan a cabo su tarea en un medio hostil, que puede ser oscuro, sucio, frío, insalubre, difícil y hasta tóxico. Además, deben tomar decisiones rápidas bajo presión extrema, con escasa información en la cual basarla. Tienen en sus manos la vida y seguridad de sus semejantes. Los errores pueden ser catastróficos (Mitchell, 1989).

El personal de los servicios de emergencia, que puede estar habituado a ver constantemente cadáveres en el curso normal de su trabajo, se siente a menudo sacudido y abrumado por la enorme cantidad de muertos con que se encuentra durante las operaciones de rescate. No solamente afronta dicha situación fúnebre, sino que suele manejar cuerpos grotescamente mutilados y con daños psicológicos profundos (Mitchell, 1989).

Muchas veces los afectados son niños y ellos despiertan casi siempre reacciones de estrés en los trabajadores de emergencias. La exposición a imágenes sangrientas u oír a otros quejarse de dolor hacen que la gente experimente reacciones físicas y emocionales indelebles (Lazarus y Folkman, 1991).

Afortunadamente, el personal de rescate ha tenido el temple necesario para hacer su trabajo. En lo pasado, actuó heroicamente enfrentándose a situaciones apremiantes y su tarea no ha cesado en el presente. A pesar de las limitaciones de entrenamiento, equipo y personal, los trabajadores de emergencias en América Latina pueden estar orgullosos de su desempeño y con razón.

Sin embargo, su importante tarea se ha llevado a cabo con un costo considerable. Los trabajadores de emergencias, aunque pretendan negarlo y contrariamente a algunos mitos comunes, son vulnerables al impacto psicológico negativo de las labores de rescate. Dicho impacto incluye el *estrés agudo, crónico y postraumático*, así como desgaste profesional. De ese modo, el personal de emergencias se convierte en las víctimas ocultas de la emergencia o el desastre y son extremadamente reacios a aceptar tal realidad. Pueden necesitar ayuda de los servicios de salud mental; no obstante, su personalidad y la naturaleza de las labores de rescate crean las circunstancias que hacen que dicho personal se resista tremendamente a aceptar las intervenciones de apoyo psicológico (Cohen, 1989).

Por lo anterior, es necesario explicar lo de las víctimas ocultas. Existen diferentes tipos de víctimas y se clasifican en: **Víctimas de primer grado**, son aquellas que sufren el impacto directo del desastre o la emergencia con pérdidas materiales o daño físico; **Víctimas de segundo grado**, son los familiares o amigos de los antes mencionados; **Víctimas de tercer grado (víctimas ocultas)**, constituidas por los integrantes de los equipos de emergencia o desastres; **Víctimas de cuarto grado**, es la comunidad que se ve afectada en su conjunto; y **víctimas de quinto grado**: las personas que se enteran de los sucesos por los medios de comunicación y se ven afectados (Condori, Palacios y Ego-Aguirre, 2002).

Por otro lado, existe otra propuesta de clasificación en donde se enfatiza la importancia de no victimizar a los afectados de una emergencia o de un desastre, la cual plantea emplear el término “sobrevivientes” en lugar de “víctimas”. De esta forma los afectados se clasifican en: **sobrevivientes de primer nivel**, son aquellos que experimentaron una exposición máxima al evento traumático; **sobrevivientes de segundo nivel**, son los parientes cercanos de los sobrevivientes primarios; **sobrevivientes de tercer nivel**, es el personal o equipos de primera respuesta a la emergencia o desastre; **sobrevivientes de cuarto nivel**, la comunidad en su conjunto afectada por el evento; y **sobrevivientes de quinto nivel**, son los individuos que experimentan estados de estrés y perturbación luego de enterarse a través de los medios masivos de comunicación (Cohen, 2003).

Surge así una curiosa paradoja, mientras los autores más reconocidos de la intervención en crisis, como por ejemplo Slaikeu (1996), insisten en la necesidad de formar en primeros auxilios psicológicos al personal profesional vinculado a las emergencias (bomberos, protección civil, policías, sanitarios, etc.), los licenciados en psicología no reciben en su currículum formativo una preparación sistemática al respecto, y en muchos casos ni siquiera una formación básica que les permita actuar en caso de una emergencia inesperada, proporcionando primeros auxilios psicológicos a las víctimas, sin empeorar la situación y con la suficiente seguridad y convicción de que aquello que hacen es adecuado o, como mínimo, no es perjudicial.

Aun cuando algunas universidades presentan en sus programas formación en intervención en crisis, generalmente se trata de lo que Slaikeu define como segunda fase, es decir, la intervención en crisis propiamente dicha, más apropiada para el despacho y situada temporalmente días después del incidente. Difícilmente, pues, podemos calificarla como primeros auxilios con una utilidad real en la fase aguda de los incidentes críticos.

2.2 Perfil psicológico del personal de primera respuesta en emergencias y desastres

No existe ningún tipo de entrenamiento que pueda eliminar completamente la posibilidad de que una persona que trabaja con víctimas y cantidades importantes de lesionados y cadáveres en el marco de una situación de desastre, sea afectada en el orden psíquico. Los trabajadores de emergencias enfrentan situaciones específicas, como pueden ser la falla en la misión encomendada, la vivencia de excesivo sufrimiento humano, las muertes traumáticas, los cuerpos mutilados o quemados, las situaciones amenazantes para su propia integridad física, la pérdida de compañeros de equipo o presenciar accidentes masivos (Valero, 2008).

En consecuencia, el perfil de personalidad de los socorristas o de los trabajadores de emergencias es muy singular. Estos trabajadores de emergencias suelen tener rasgos de personalidad idóneos para su trabajo. Hay una excelente correspondencia entre el trabajo y la personalidad, que en la mayor parte de los casos asegura su contento con el trabajo y también un sentimiento de satisfacción por el deber cumplido. Si no existe esa correspondencia trabajo-personalidad, la persona que realiza las labores de rescate en emergencias estará descontenta.

La insatisfacción por lo regular hace que el individuo se aleje de las labores de salvamento. Por lo tanto, el personal de servicios de emergencia es idealista y tiene una gran necesidad de aprobación por parte de los demás. Le atrae el trabajo de socorro porque satisface su necesidad de estimulación y porque requiere gran despliegue de energía. Los trabajadores de emergencias, ya sean de protección civil, policías, bomberos o personal de ambulancias, disfrutan del "desafío" y están orientados a la acción. Les gusta la variedad y se aburren fácilmente.

Estos individuos están orientados a los detalles y a la acción, que tienen una imperiosa necesidad de controlar una situación, a sí mismos y a su familia. Además, sienten la necesidad de ser necesitados, se aburren con facilidad y necesitan recompensa y satisfacción inmediatas. Suelen tener un estrecho vínculo de camaradería, pero expresan recelo hacia los "extraños". Tienen una mayor tolerancia al estrés, al cambio y al desafío, que la persona promedio (Mitchell, 1986).

Ante una situación de emergencia y desastre los individuos que trabajan en estos eventos puede reaccionar de acuerdo a varios factores que hacen que su estructura de personalidad también se vea alterada, estos factores son:

- Largas horas de esfuerzo continuo.

- Lucha contra el tiempo por salvar vidas.
- Trabajo en ambientes adversos (estructuras colapsadas, derrames químicos, etc.).
- Trabajo en condiciones climáticas adversas (lluvias persistentes, réplicas de sismos y otras).
- Labores pesadas (como remoción de escombros).
- Presión por tener que trabajar ante la presencia de periodistas.
- Equipo inadecuado o insuficiente.
- Alteración en el ritmo diario de vida (como dormir y comer).
- Labor de triage (procedimiento utilizado para clasificar a los heridos, lesionados y afectados, en el lugar del incidente, según su gravedad y prioridad para la atención y evacuación).
- Servicios públicos esenciales destruidos.
- Presión por parte del público por encontrar a sus familiares desaparecidos.
- Información confusa o contradictoria, rumor o desinformación.

En los países en desarrollo donde con frecuencia existen pocos recursos destinados para los grupos de rescate o a veces ni siquiera se cuentan con ellos, el personal de emergencia y desastres muchas veces se enfrenta a la tarea de intervenir con carencias, con falta de entrenamiento, con poca o nula experiencia, los cuales les lleva a desarrollar habilidades para desempeñar su trabajo, pero también pueden sufrir alteraciones psicoemocionales que afectan su vida y por ende su personalidad.

Como ya lo hemos dicho anteriormente, los grupos de rescate también son vulnerables como los afectados directamente, estos grupos aunque pretendan negarlo y contrariamente a algunos mitos comunes, son vulnerables a al impacto psicológico negativo de las labores de rescate.

Los equipos de rescate suelen tener rasgos de personalidad idóneos para su trabajo. Hay una excelente correspondencia entre el trabajo y la personalidad, que la mayor parte de los casos asegura su contento con el trabajo, así como un sentimiento de satisfacción por el deber cumplido. Las características del personal de socorro son: Idealistas, necesidad de aprobación por parte de los demás, le atrae el trabajo de socorro porque satisface su necesidad de estimulación, requiere gran despliegue de energía, disfrutan de desafíos, están orientados a la acción, tienen imperiosa necesidad de controlar las cosas, tienen la necesidad de ser necesitados, suelen tener un estrecho vínculo de camaradería pero expresan recelo hacia los extraños a sus grupos, tienen mayor tolerancia al estrés y al cambio, les gusta la variedad y se aburren fácilmente (Mitchel, 1989; Marín, 2008).

A continuación se presenta una tabla que propone la OPS (2006) con las señales de afectación en el personal de los equipos de respuesta:

Tabla 1

Que requieren una acción correctiva inmediata	Que no requieren una acción correctiva inmediata
<p>Aspecto físico</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolor en el pecho ➤ Dificultad respiratoria ➤ Presión arterial alta ➤ Arritmia cardiaca ➤ Señales de choque ➤ Deshidratación excesiva ➤ Vértigo ➤ Vómito excesivo 	<p>Aspecto físico</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Náuseas ➤ Malestar estomacal ➤ Temblor ➤ Sudoración profusa ➤ Diarrea ➤ Aceleración del pulso ➤ Dolores musculares ➤ Boca seca ➤ Alteraciones del sueño ➤ Sobresaltos ➤ Problemas en la visión ➤ Fatiga
<p>Aspecto cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificultad para tomar decisiones ➤ Estado hiperalerta ➤ Confusión mental generalizada ➤ Desorientación en persona, tiempo o lugar ➤ Dificultad para nombrar artículos familiares ➤ Dificultad para reconocer a personas familiares 	<p>Aspecto cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Turbación ➤ Dificultad para el cálculo ➤ Concentración deficiente ➤ Tendencia a culpar a terceras personas ➤ Dificultad para mantener la atención
<p>Aspecto emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reacciones fóbicas ➤ Pérdida del control emocional ➤ Reacciones de pánico ➤ Emociones impropias 	<p>Aspecto emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pesar ➤ Tristeza ➤ Extrañamiento
<p>Aspecto conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Violencia ➤ Actos antisociales ➤ Labilidad emocional, como llorar por 	<p>Aspecto conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cambio en la forma habitual de actuar ➤ Alejamiento ➤ Susplicacia

<p>cualquier cosa</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Explosiones de enojo ➤ Extrema hiperactividad 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cambios en su comunicación interpersonal ➤ Cambios en las relaciones interpersonales ➤ Aumento o disminución del apetito ➤ Aumento en el consumo de tabaco o alcohol ➤ Estado hiperalerta ➤ Excesivo silencio ➤ Comportamiento inusitado
--	--

A continuación veremos, cómo se esta integrando la Psicología de las emergencias y desastres, los distintos términos más comunes utilizados en esta área y las técnicas más usadas en los grupos de emergencia y desastres emergidos de la psicología.

2.3 Psicología de las Emergencias y Desastres

Hoy en día estamos convencidos de que los seres humanos no estamos indefensos ante las amenazas, sino más bien somos nosotros los que nos hacemos cada vez más vulnerables a las mismas. Es por ello, que la sociedad actual ya se encuentra muy sensibilizada por el impacto de las catástrofes. La seguridad de los países más desarrollados se ha visto reiteradamente cuestionada por trágicos acontecimientos, especialmente por la violencia terrorista.

Para Valero (2008), las emergencias y los desastres son dos consecuencias que nos recuerdan a diario cuan vulnerables seguimos siendo a la materialización de las amenazas sean propias de los fenómenos naturales (terremotos, erupciones volcánicas, los deslizamientos, lluvias torrenciales, etc.) o provocados por el hombre (desastres químicos y tecnológicos, accidentes vehiculares y aéreos, atentados terroristas, violaciones, etc.).

Ante situaciones de este tipo, no podemos eliminar el dolor que un familiar siente por un ser querido que ha fallecido, pero podemos acompañarlo y ayudarlo a atravesar esos momentos amargos, podemos hacerle comprender lo que le está ocurriendo y, sobre todo, escucharlo. No podemos evitar las escenas de dolor, ni las manifestaciones de rabia o indignación, pero podemos canalizarlas y amortiguarlas (Marcuello, 2006).

Como una manera de responder ante estas situaciones, la psicología no ajena a su responsabilidad ante la aplicación de su quehacer en aspectos más prácticos y urgentes, y siguiendo acuerdos y proyectos internacionales sobre la materia, está postulando la

implementación de políticas de prevención, intervención y recuperación de personas y zonas afectadas por emergencias y desastres.

Según Araya (1994), la psicología de las emergencias y desastres es aquella rama de la Psicología que estudia los distintos cambios y fenómenos personales presentes en una emergencia o desastre sea ésta natural o provocada por el hombre, en forma casual o intencional. Así mismo, esta rama de muy reciente creación se ha ido conformando de diversas áreas que conforman la psicología como es el caso de la psicología clínica, psicología comunitaria y psicología organizacional. Así también, ha incorporado términos médicos, psiquiátricos y desde luego del área de protección civil y gestión de riesgos.

Para Marín (2008), en términos concretos y simples, la psicología de las emergencias se refiere al estudio del comportamiento humano antes, durante y después de situaciones relacionadas con las emergencias (no dejando por esto fuera los avances de la Gestión de Riesgo, sino que al contrario, incorporándolos), utilizando para ello técnicas y hallazgos propios de la experiencia que dentro del campo de las emergencias y psicología existen.

Ante un acontecimiento traumático, estresante y que suelen ocurrir de forma inesperada, (inundaciones, accidente aéreo, terremotos, etc.) las personas reaccionan con temor, miedo, malestar psicológico intenso y ansiedad, porque se ven envueltos en situaciones que representan un peligro real para su vida o la de los demás.

En estas reacciones psicológicas, no solo influye la magnitud del propio acontecimiento traumático en sí, sino que dichas reacciones, van a estar moduladas, por factores individuales, (Antecedentes psicopatológicos previos, personalidad, estrategias de afrontamiento del individuo, evaluación subjetiva de la situación, etc.) y sociales, (Apoyo social, Aprendizaje preventivo de normas de autoprotección en su comunidad, etc.) (DGPCE, s/f).

Una de las distorsiones que surgen desde la concepción de la psicología dentro del ámbito de las emergencias y desastres, corresponde al relacionar únicamente la intervención del psicólogo con la recuperación clínica de los afectados; sin embargo, esta intervención aun siendo válida y necesaria, corresponde a una parte de lo que el psicólogo -integrando equipos multidisciplinarios- puede realizar enfocado en la situación de emergencia y desastres (Marín, 2008).

Es de importancia saber que en México los modelos de atención psicológica se han enfocado básicamente en la prevención terciaria, esto quiere decir que se atiende hasta que

ya han pasado los eventos disruptivos. En este caso podemos llamar a esta prevención como de rehabilitación o de alto riesgo.

Para Mann (1978) la prevención primaria, es planeada tratando de afectar la mayor parte de la población. La prevención primaria procura reducir la incidencia de enfermedad y la mayoría de las personas piensan que la palabra prevención es un término cada vez más usado y de suma importancia.

El modelo que pretende la psicología de las emergencias y desastres es la de influir en los tres tipos de prevención: Primaria, secundaria y terciaria. Pero de entrada este protocolo se basa en la prevención primaria.

Por lo tanto, la psicología de las emergencias y desastres más que ser una suma de técnicas provenientes de otras especialidades, es una nueva especialización. En los capítulos siguientes veremos varios temas que competen a esta área de la psicología.

Así mismo, abordaremos temas que son afines al desahogo psicoemocional, debido a que estos temas son relevantes para el protocolo propuesto en este trabajo. Los temas que incluye la psicología de las emergencias y desastres son: Alteraciones normales y patológicas en las emergencias y desastres, intervención en crisis, primeros auxilios psicológicos, burnout, resiliencia y técnicas para la contención y desahogo psicoemocional.

Capítulo 3. Alteraciones Normales y Patológicas en las Emergencias y Desastres

3.1 Reacciones ante una situación de emergencia o desastre

En situaciones de desastres y emergencias complejas se produce un deterioro del tejido social, una pérdida de la estructura de la vida familiar y un incremento de los signos de sufrimiento psicológico, como la aflicción y el miedo, que pueden aumentar la morbilidad psíquica y otros problemas sociales.

Según sea la magnitud del evento y demás factores, se estima que entre la tercera parte y la mitad de la población expuesta sufre alguna manifestación psicológica; aunque no todas pueden calificarse como patológicas, la mayoría deben entenderse como reacciones normales ante situaciones de gran significación o impacto. Después de una emergencia o desastre, los problemas de salud mental en los sobrevivientes requieren atención durante un periodo prolongado en el que tienen que enfrentar la tarea de reconstruir sus vidas (OPS, 2006).

Según Cohen (1997), ante una situación de desastre el individuo puede reaccionar de acuerdo a varios factores que hacen que su estructura de personalidad se vea alterada, estos factores son:

- La personalidad
- La edad
- Sexo
- Grupo étnico
- Posición económica
- Los mecanismos usuales para hacer frente a los problemas (defensa y adaptación)
- La intensidad de la fuente de estrés
- La correspondencia adecuada entre la necesidad individual y los sistemas de apoyo
- El grado de la pérdida personal experimentada
- La disponibilidad de socorro y
- Recursos comunitarios de asistencia

Las reacciones individuales ante una situación de emergencia o desastre también pueden dividirse de acuerdo al tiempo en que se presenta el fenómeno o amenaza.

Es por lo anterior, que es de suma importancia vislumbrar que la personalidad está alterada por un determinado tiempo, es probable que si no es atendida y no se hace caso a los

posibles signos y síntomas, la personalidad puede derivar en patologías que son muy características de las emergencias y desastres.

3.2 Principales trastornos de Ansiedad en las emergencias y desastres

La ansiedad es un sentimiento humano normal que todos experimentamos cuando nos enfrentamos con situaciones que consideramos difíciles o que suponen una amenaza. En el caso de las emergencias y desastres, el impacto emocional varía con el transcurso del tiempo, pero suele ser muy acentuado y sobrepasar la capacidad de control de los individuos en los primeros momentos después del evento.

Las respuestas psicológicas a una situación de emergencia y desastre han sido clasificadas en reacciones y consecuencias. Las primeras se refieren a respuestas transitorias que ocurren en el periodo inmediato tras la situación estresante, y tienden a disminuir y desaparecer con el tiempo. Las consecuencias incluyen trastornos de mayor duración e intensidad. Es por ello, que a continuación se hará una revisión de los trastornos de ansiedad más comunes en las emergencias y desastres.

Estrés: El personal de emergencia se expone a muchos tipos de estrés. Los niveles excesivamente bajos en este personal provocan aburrimiento, falta de estímulo y cansancio, mientras que si son demasiado altos nos dejan física y mentalmente agotados.

El manejo del estrés puede resultar complicado y confuso porque existen diferentes tipos de estrés: estrés agudo, estrés crónico y estrés postraumático. Cada uno cuenta con sus propias características, síntomas, duración y enfoques de tratamiento. Así mismo, se ha investigado en muchos ambientes como el laboral, el familiar, el académico entre otros, sin embargo, aquí revisaremos el enfocado a las emergencias y desastres.

Se dice que después de un evento catastrófico hay una serie de consecuencia psicofisiológicas que se ven reflejadas directamente en la conducta de un individuo. Es por ello que haremos una revisión sobre el término estrés, para poder vislumbrar cómo puede afectar el estrés en un ámbito en constante movimiento y donde se trabaja con muerte y pérdidas constantes.

Así entonces, diremos que el término estrés proviene de la física y la arquitectura y se refiere a la fuerza que se aplica a un objeto, que puede deformarlo o romperlo. En la Psicología, estrés suele hacer referencia a ciertos acontecimientos en los cuáles nos encontramos con situaciones que implican demandas fuertes para el individuo, que pueden agotar sus recursos de afrontamiento.

A partir de 1930, Seyle utiliza el término estrés para describir los acontecimientos que el individuo vive a diario, como son las emociones, las agresiones físicas y psicológicas y los cambios sociales, culturales y económicos (Milanez, 2005).

Así mismo, la definición del término estrés ha sido muy controvertida desde el momento en que del fisiólogo Seyle en 1956 la importó a la psicología (Cano, s/f). Por lo tanto el estrés ha sido entendido como:

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

Por lo anterior, se puede decir que el estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente (estresores internos o externos) y los recursos disponibles del sujeto. De tal modo, los elementos a considerar en la interacción potencialmente estresante son: variables situacionales (por ejemplo, del ámbito laboral), variables individuales del sujeto que se enfrenta a la situación y consecuencias del estrés.

Aunque en ocasiones se considera al estrés como algo perjudicial, la vida sin estrés sería monótona y aburrida, pues le está faltando a la persona humana, la fuerza creadora que puede ser fuente de motivación y paso previo a la concreción de metas. El estrés no significado de malo o perjudicial, de hecho la falta de estrés puede resultar en un estado de depresión, por eso podemos afirmar que existen dos tipos o formas de estrés. Uno de estos es positivo (Eustrés) y el otro es negativo (Distrés) (Tellez, 2001).

El Eustrés, representa aquel estrés donde el individuo interacciona con su estresor pero mantiene su mente abierta y creativa. La persona se manifiesta con placer, alegría, bienestar y equilibrio. El eustrés es indispensable para nuestro funcionamiento y para nuestro desarrollo.

Si las demandas del medio son excesivas, intensas y/o prolongadas, aún agradables, y superan la capacidad de resistencia y de adaptación del organismo, llegamos al Distrés o estrés negativo.

Así entonces, los desastres y las emergencias de cualquier índole son acontecimientos que rompen la vida cotidiana de las personas, estas situaciones provocan en las personas estados

de alteración en su organismo y en sus emociones que de no ser controlados pueden desencadenar problemas físicos y/o mentales.

El estrés no es una enfermedad pero debe ser atendida de manera pronta y adecuada cuando se llega a presentar. Así se podrá no solo prevenir alguna complicación, sino también encausar su potencial en favor de la persona o el grupo controlando el pánico colectivo.

Estrés agudo: El estrés agudo es la forma de estrés más común. Surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano. El estrés agudo es emocionante y fascinante en pequeñas dosis, pero cuando es demasiado resulta agotador (Taboada, 1998).

Dado que es a corto plazo, el estrés agudo no tiene tiempo suficiente para causar los daños importantes asociados con el estrés a largo plazo. Los síntomas más comunes son:

- Distrés emocional, o sea, una combinación de enojo o irritabilidad, ansiedad y depresión;
- Las tres emociones del estrés; problemas musculares que incluyen dolores de cabeza tensionales, dolor de espalda, dolor en la mandíbula y las tensiones musculares que derivan en desgarramiento muscular y problemas en tendones y ligamentos;
- Problemas estomacales e intestinales como acidez, flatulencia, diarrea, estreñimiento y síndrome de intestino irritable;
- Sobreexcitación pasajera que deriva en elevación de la presión sanguínea, ritmo cardíaco acelerado, transpiración de las palmas de las manos, palpitaciones, mareos, migrañas, manos o pies fríos, dificultad para respirar, y dolor en el pecho.

Por otro lado, los criterios para el diagnóstico del estrés agudo, según la American Psychiatric Association (APA) en DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, por sus siglas en inglés), son:

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 intenso.

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

1. Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
2. Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
3. Desrealización
4. Despersonalización
5. Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (por ejemplo, pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares y personas).

E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (por ejemplo, dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto e inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas o fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

Estrés crónico: Si bien el estrés agudo puede ser emocionante y fascinante, el estrés crónico no lo es. Este es el estrés agotador que desgasta a las personas día tras día, año tras año. El estrés crónico destruye al cuerpo, la mente y la vida. Hace estragos mediante el

desgaste a largo plazo. Es el estrés de la pobreza, las familias disfuncionales, de verse atrapados en un matrimonio infeliz o en un empleo o carrera que se detesta. También es llamado el estrés de los eternos conflictos.

El estrés crónico surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente. Es el estrés de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables. Sin esperanzas, la persona abandona la búsqueda de soluciones (Miller y Smith, 2007).

Cuando el estrés se presenta en forma crónica, prolongado en el tiempo, continuo, no necesariamente intenso, pero exigiendo adaptación permanente, se llega a sobrepasar el umbral de resistencia del sujeto para provocar las llamadas enfermedades de adaptación. Es decir que cuando el organismo se encuentra sobreestimulado, agotando las normas fisiológicas del individuo, el estrés se convierte en distrés.

El estrés crónico puede darse ya sea por una exposición prolongada y continua a factores estresantes externos (como en profesiones como bomberos, rescatistas, ejecutivos, pilotos o médicos, por mencionar algunos) o por condiciones crónicas o prolongadas de la respuesta al estrés (como en sujetos deprimidos y en el estrés postraumático).

Como ya dijimos el estrés agudo es el que ocurre dentro de un período menor a 6 meses y crónico el que ocurre después de 6 meses o más.

Dentro del marco de las emergencias y desastres, en particular este tipo de estrés se puede observar a personas con poca tolerancia a la frustración, así como poco Resilientes, así como a las personas que han perdido su patrimonio y les es difícil reconstruir su vida a veces desde cero.

El estrés crónico (o acumulativo) se va formando lentamente como resultado de la magnitud y la cuantía de las exigencias, un largo horario laboral, las frustraciones, las dificultades diarias de vida, el trabajar en una emergencia, etc. Sabiendo que las reacciones de estrés evolucionan lenta e imperceptiblemente, resulta bastante difícil descubrirlas en uno mismo, siendo normalmente evidentes, no obstante para los colegas o compañeros más cercanos.

Una vez alejado de la situación estresante y con la posibilidad de descansar y relajarse, una persona suele recuperarse rápidamente y puede ser consciente de la diferencia que existe cuando se reacciona sin padecer estrés. Sin embargo, las personas que trabajan en emergencias y que experimentan un alto grado de estrés no son los mejores jueces para

evaluar su propia capacidad de aguante. Y por ello, los jefes de equipo deben observar especialmente las reacciones individuales durante una emergencia.

Estrés postraumático: Actualmente se reconoce que el llamado trastorno de estrés postraumático (post-traumatic stress disorder, PTSD, en español trastorno de estrés postraumático, TEPT) no aparece tan frecuentemente como usualmente se presumía. No se justifica la búsqueda incesante de esta patología en situaciones de desastres y emergencias, y no debe diagnosticarse si no se cumplen todas las condiciones que los sistemas de clasificación y diagnóstico recomiendan. Se ha puesto en duda la verdadera existencia de esta patología o la consideran propia de determinados contextos culturales y políticos en países desarrollados (OPS, 2006).

Lo más usual, en nuestro medio, es que algunas personas que han sido víctimas de violencia o situaciones especialmente catastróficas experimenten algunos síntomas aislados de los que tradicionalmente se han incluido en el TEPT.

El término “trastorno de estrés postraumático”, apareció por vez primera en la tercera edición del Dignostic and Statistical Manual of Disorders (DSM-III), pero la noción del trastorno es considerablemente mucho más antigua. La historia de este concepto se ha vinculado estrechamente con la historia de las hostilidades bélicas. Es por ello que durante el período de la Segunda Guerra Mundial, empezaron a surgir diversas teorías sobre las causas del síndrome de estrés postraumático (Rosas, 2004).

La característica esencial del trastorno es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física. El individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos o existe la amenaza de vida para otras personas (APA, 2000).

Así entonces, el TEPT es el trastorno que resulta de la respuesta psicológica a un estímulo ambiental traumático que se establece crónicamente y modifica la psicobiología del sujeto. Se consideran estresores aquellas situaciones que producen un estrés emocional de magnitud traumática para casi la totalidad de las personas. El TEPT puede aparecer meses o años después de haber ocurrido el suceso traumático (Cohen, 1997).

Las características del TEPT son las siguientes:

- Reexperimentación persistente del hecho traumático en forma de pesadilla o flashback.
- Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y malestar intenso si no pueden evitarlos.
- Embotamiento de la reactividad general: amnesia, deterioro cognitivo y desapego.
- Aumento de síntomas físicos relacionados con la ansiedad.
- Transformación persistente de la personalidad caracterizada por:
 - a) Actitud permanente de desconfianza u hostilidad hacia el mundo
 - b) Aislamiento social
 - c) Sentimiento de vacío y desesperanza
 - d) Sentimientos permanentes de “estar al límite” como si se estuviera permanentemente amenazado
 - e) Vivencia de extrañeza de sí mismo

Criterios para el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático según la APA (2000) son:

- 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 del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
 2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
 3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (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).

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 antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
 2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
 3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
 4. Reducción 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 desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño
 2. Irritabilidad o ataques de ira
 3. Dificultades para concentrarse
 4. Hipervigilancia
 5. Respuestas exageradas de sobresalto
 - 6.
- E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Para Vázquez y Pérez (2003), existen factores de riesgo para el inicio del TEPT que incluye:

- Gravedad del estresor

- Tipo de estresor
- Amenaza real vital
- Niveles de activación durante el trauma y las 2 semanas posteriores
- Acumulación de traumas y estresores
- Sensación de descontrol, indefensión o fracaso personal
- Psicopatología previa (depresión, ansiedad, abuso de drogas y alcohol)
- Historia previa de abusos infantiles
- Separación temprana de los progenitores o padres
- Género

Así mismo, existen factores para el mantenimiento del TEPT que incluye:

- Efectos secundarios del trauma
 - Realojamiento
 - Pérdida del trabajo
 - Pérdida de identidad o valores
- Represión social de expresar emociones
- Buscar la lógica a lo incomprensible
- Pensamientos rumiativos sobre lo sucedido
- Comparaciones presente-pasado
- Percepción de indefensión
- Necesidad de buscar culpables
- Ruptura de vínculos afectivos (desapego)

Aunque en las emergencias y desastres se hace mención principalmente del trastorno de estrés postraumático, es imperioso describir que existen otro tipo de trastornos relacionados con las pérdidas como por ejemplo la depresión.

Depresión: En situaciones de crisis es frecuente encontrar la depresión y el duelo ante una pérdida, como parte del estrés postraumático, por lo que es sumamente importante contar con la información pertinente para tener un parámetro de detección de problemas que pueden representar un riesgo en la integridad de las víctimas de una situación de emergencias y desastre.

Según Álvarez y Cruz (2007), muchas veces hemos escuchado a algunos adultos que experimentan ciertas sensaciones, producidas por la tensión a que estamos sometidos día a día; la depresión se ha convertido en uno de los males más extendidos entre la población. Sus orígenes son muy variados y, en la mayoría de las ocasiones, confusos, pero sus efectos

son para muchos, tan negativos que impiden establecer relaciones interpersonales y en el peor de los casos, comprometen su vida.

La depresión literalmente se define como la modificación profunda del humor en el sentido de la tristeza y del sufrimiento moral, correlativo de un desinvertimiento de toda actividad; actualmente es usado de un modo muy laxo, sin duda porque evita plantear una cuestión más profunda, reduciéndola a una perturbación momentánea del humor.

Para efectos de las emergencias y desastres, podemos señalar dos rasgos característicos: la tristeza invade toda la personalidad y siempre conlleva ideas de muerte por una desvalorización interior en la que se encuentra el individuo.

Asimismo, se traduce en una relación muy particular con el tiempo, el que no aparece nunca como un orden orientado donde las tareas del presente estuvieran determinadas por las necesidades futuras, en las que viniera a inscribirse un proyecto. El sujeto deprimido vive en un tiempo uniforme y monótono. Aunque registre modificaciones del humor, estas al ser cíclicas, no constituyen en ningún caso cambios verdaderos.

La reacción de tristeza ante cualquier tipo de pérdida es normal, pero debe ser proporcional a la misma e irse aliviando con el paso del tiempo. Esa tristeza se convierte en una enfermedad cuando se prolonga en el tiempo, se acompaña de ideas de culpa intensa e inmotivada, se acentúa en lugar de aliviarse o interfiere mucho en la vida cotidiana de las personas (OPS, 2006).

Se debe pensar en depresión cuando se presentan las siguientes situaciones:

- La persona muestra un estado de ánimo muy triste que persiste, al menos, dos semanas, tiende a ponerse peor y se refleja en un aspecto melancólico y tendencia al llanto.
- Por la tristeza, generalmente no desea moverse y por ello disminuye su actividad, a veces, hasta el punto de no querer levantarse.
- Además de tristeza, frecuentemente existe ansiedad y, en ese caso, se muestra inquieto y, a veces, irritable e impaciente, incluso agresivo.
- La tristeza causa desinterés en las cosas, incluso las que lo podrían alegrar.
- Además, presenta, por lo menos, cuatro de los siguientes síntomas o signos:
 1. Pérdida o aumento de apetito (cambios de peso)
 2. Disminución o, más raramente, aumento de sueño (sin embargo, poco reparador)
 3. Interrupciones en el sueño, especialmente en horas de la madrugada

4. Pérdida de energía o cansancio desproporcionado
5. Sentimientos de culpa, desamor y minusvalía
6. Pérdida global de la autoestima
7. Dificultad de concentración que se traduce en fallas en la atención, en la capacidad de memorizar y en dificultad para hacer su trabajo diario
8. Ideas de muerte, de que no lo quieren, de culpa, de suicidio
9. Desinterés por las actividades rutinarias y la sexualidad
10. Si tiene tendencia a beber, no es raro que, estando deprimido o ansioso, aumente el consumo
11. Deseos de morir, conductas peligrosas, ideas o intento de suicidio.

Fobias: Normalmente, tanto el miedo como la ansiedad nos son útiles ya que nos permiten evitar situaciones peligrosas, nos ponen alerta frente a las mismas y nos suministran motivación para afrontar los problemas. Sin embargo, si estos sentimientos se vuelven demasiado intensos o duraderos pueden interferir nuestra capacidad para hacer las cosas que queremos y hacernos sentir desdichado e infelices.

Una fobia es un miedo ante situaciones particulares u objetos que no son peligrosos y a los que la mayoría de la gente no considera problemáticos. Es por ello, que una fobia suele conducir a quien la sufre a evitar aquellas situaciones en las que se siente ansioso y esto hará que la fobia empeore según transcurre el tiempo. También puede dar lugar a que la vida de la persona llegue a estar progresivamente dominada por las precauciones que tiene que tomar para evitar las situaciones que teme. Los que sufren fobias generalmente saben que no existe un peligro real y que su miedo es irracional e injustificado y como consecuencia pueden sentirse estúpidos sobre sus temores ya que son incapaces de controlarlos. Una fobia es más probable que desaparezca si ha comenzado tras un acontecimiento estresante o traumático.

Cerca de una de cada diez personas tendrá ansiedad patológica o fobias en algún momento de su vida. Sin embargo, la mayoría de ellos nunca solicitará tratamiento al respecto. Algunas personas parecen haber nacido con una tendencia a ser ansiosos. Sin embargo, aún incluso la gente que no es ansiosa por naturaleza puede llegar a estar ansiosa si se le somete a la presión suficiente como suele suceder en las emergencias y desastres cuando alguna persona pierde parte de su patrimonio o a familiares o amigos.

3.3 Manifestaciones “normales” ante eventos traumáticos

Los desastres naturales son considerados una importante fuente generadora de estrés tanto a nivel individual como colectivo por el grado de daño que producen y su efecto

desorganizador de la vida cotidiana, lo cual demanda de manera inesperada (en la mayoría de casos) una serie de ajustes y adaptaciones que en muchos casos sobrepasan los niveles de respuesta personal y social.

Es importante diferenciar entre los síntomas que pueden considerarse como una respuesta normal al evento vivido y los síntomas que por su duración, intensidad o afectación al funcionamiento de las personas se convierten en cuadros clínicos que deben recibir ayuda especializada. Los cuadros clínicos pueden presentarse en personas que no tengan ninguna predisposición, sólo por el hecho de haber vivido un evento estresor de extrema intensidad, y que el presentar síntomas emocionales no lo convierte automáticamente en un paciente.

Reacciones individuales en una situación de emergencia y desastre: En los primeros momentos después de la vivencia de un desastre natural, el sentimiento común más generalizado es el de temor, cada persona hace una interpretación inicial de la realidad que enfrenta y existe la tendencia a relacionar lo que está sucediendo con eventos conocidos o normales. La interpretación correcta del fenómeno se ve influida por las experiencias previas, preparación y conocimientos que se tengan sobre el suceso, ya sea con o sin un aviso previo (Taboada, 1998).

Las conductas iniciales o de impacto, pueden ser de huida (correr, sacar a otras personas, alertar a otros, dar órdenes). Estas respuestas pueden durar minutos u horas después del desastre y son conductas adaptativas que tienen como objetivo salvar la propia vida y la de los demás. Así, vemos personas que aún horas después continúan con gran actividad física, sin dormir, sin sentir apetito, dando instrucciones y organizando a otros. En estas primeras horas vemos una tendencia a la solidaridad y ayuda mutua entre los afectados.

La descripción de muchos eventos de desastre, señala que otra parte de las personas pueden permanecer aturcidas, perplejas, asombradas y su tendencia es a la inmovilidad o petrificación (no pueden moverse o hablar) y presentan una limitación para ordenar su pensamiento y evaluar la situación que les permita ejecutar o decidir conductas con un fin determinado, algunos autores han denominado a esta reacción como conducta de "zombi". Con frecuencia estas personas salen de este estado después de unas horas, con una crisis de llanto, lamentos o gritos.

Un mínimo porcentaje de la población presenta cuadros de desorganización total, alucinaciones o delirios (cuadros psicóticos) y con frecuencia éstos tienen algunos antecedentes de desajuste emocional o padecimientos orgánicos previos. Las reacciones de agresividad o de agitación, son mucho menos frecuentes ante eventos de gran estrés, de lo que popularmente se cree.

Durante los primeros días es importante ir valorando las respuestas emocionales y grado de adaptación a la situación. Existe una tendencia a estar en grupo y a comentar las experiencias personales de forma repetida, lo cual en ocasiones puede retrasar lo que los "organizadores" podrían definir como prioritario, pero que es beneficioso para la asimilación del evento sufrido. Otras personas mantienen silencio, prefieren no hablar de lo sucedido y aún cuando se puede considerar como una respuesta normal ante la pérdida (cuando no está afectado su funcionamiento general) pareciera que estas personas tardan más tiempo en asimilar el cambio que su vida ha sufrido.

Ansiedad: El término ansiedad, proviene del latín "anxietas", congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico (Virues, 2005).

La ansiedad es una emoción normal que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno. Habría que diferenciar entre miedo (el sujeto conoce el objeto externo y delimitado que le amenaza y se prepara para responder) y ansiedad (el sujeto desconoce el objeto, siendo la amenaza interna y existiendo una dificultad en la elaboración de la respuesta). La ansiedad es anormal cuando es desproporcionada y demasiado prolongada para el estímulo desencadenante.

Cierto grado de ansiedad es deseable y necesario para el normal manejo de las exigencias de la vida cotidiana, jugando un papel muy necesario en la respuesta general de adaptación ante el estrés. Este nivel de ansiedad permite mejorar el rendimiento personal y la actividad, pero cuando rebasa un cierto límite aparece una evidente sensación de malestar y se deteriora el rendimiento.

Los Trastornos de Ansiedad son considerados en la actualidad como el trastorno mental más común en los Estados Unidos y México. En algún momento de sus vidas se prevé que cerca del 25% de la población experimentará algún tipo de Trastorno de Ansiedad.

Según Lazarus y Folkman (1991), la ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizaros frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el

riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente. También la define como la relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

La ansiedad puede ser causada por situaciones externas como enfermedades o un evento traumático como una emergencia o desastre, así como estar frente a alguna experiencia estresante donde se dañe física o emocionalmente a la persona; o bien, puede ser causada por estímulos internos, como pensamientos, impulsos, necesidades, etc., que varían de sujeto a sujeto y dependerán de su experiencia previa a dichas situaciones (Tellez, 2001).

Ante esto, la ansiedad puede funcionar como una reacción somática o psicológica ya sea ante un estímulo externo o interno, y a la vez, como una señal de alarma ante la integridad física o emocional que activa las defensas del organismo.

Del mismo modo, los síntomas de la ansiedad se clasifican en tres tipos: Trastornos somáticos, psíquicos y conductuales.

- Trastornos somáticos. Pueden aparecer de manera aguda y brusca, o estar presentes de modo constante, con períodos de remisión y reactivación. Su base es neurovegetativa, por lo que, en ocasiones, pueden llegar a inhabilitar con seriedad al individuo. Entre estos trastornos encontramos las extrasístoles, la sensación de constricción precordial, las variaciones del nivel tensional, el dolor pectoral, las crisis disneicas, los trastornos hipogástricos, irregularidades del ritmo excretorio, etc.
- Trastornos psíquicos. En este caso, las personas refieren una sensación de peligro, como si se encontraran ante un peligro inminente desconocido; como es el caso de las preocupaciones inmotivadas.
- Trastornos conductuales. Caracterizados por inquietud motora, irritabilidad, perturbaciones en el sueño y trastornos de la alimentación, principalmente.

Angustia: La angustia es el sentimiento que experimentamos cuando sin motivo nos preocupamos en exceso por la posibilidad de que en el futuro nos ocurra algo terrible sobre lo que no tenemos control y que, en caso de que sucediera consideraríamos “terrible” o haría que nos consideráramos personas totalmente inútiles. También se puede definir la angustia como un sentimiento de amenaza cuya causa es por el momento desconocida pero que puede aparecer en el momento en que menos lo esperamos y revelar a todos sin excepción que somos unos incompetentes o personas totalmente ridículas.

Básicamente la sensación de angustia es muy similar al estado que domina al individuo con miedo. En ambos casos, además de la sensación subjetiva y psicológica de temor y amenaza, existen una serie de síntomas corporales y respuestas del organismo que son muy similares a las que presentan los animales cuando tienen que huir o enfrentar un peligro exterior. Ante una amenaza externa el organismo se pone alerta, preparándose para la acción.

Sin embargo, entre el miedo y la angustia existen una serie de matices que nos permiten diferenciarlos claramente. Mientras que el miedo podemos considerarlo como una reacción normal frente a peligros o amenazas que vienen del exterior y son claramente reconocidos por el individuo, la angustia aparece como un sentimiento aparentemente inmotivado y en la mayoría de las ocasiones independiente de las circunstancias objetivas externas. El miedo se acompaña siempre de algo concreto a lo que se teme, mientras que en la angustia no se puede reconocer ese objeto, es un miedo indefinido o en todo caso los temores están asociados con situaciones frente a las que el individuo admite que está respondiendo desproporcionadamente.

La ansiedad es difícil diferenciarla conceptualmente de la angustia, utilizándose ambas palabras de forma indistinta en muchas ocasiones. La angustia hace referencia a una sensación más corporal, opresiva, sobrecogedora, que llega a "encoger" el pecho o el estómago, el temor a morir o enloquecer lentifica el paso del tiempo así como inhibe a la persona. La ansiedad sería una sensación más mental de sobresalto y desasosiego mantenido, el tiempo aparece como acelerado mientras se teme que cualquier cosa negativa puede ocurrir y la persona se siente continuamente en tensión y con "necesidad de aire".

La crisis de ansiedad o ataque de pánico es el estado que corresponde con la aparición más o menos repentina, muchas veces sin motivo aparente, de una sensación de miedo intenso acompañado de un importante malestar corporal y una serie de síntomas que pueden variar entre diferentes personas. Estos síntomas pueden ser muy similares a los que se experimentan tras un susto o amenaza externa. Es como si esta respuesta corporal se hubiera hecho muy sensible, saltando la señal de alarma de forma automática en situaciones normales y no peligrosas.

Según Martínez (2004), la Asociación Psiquiátrica Americana en su clasificación sugiere que para su diagnóstico deben recogerse cuatro o más de entre un listado de síntomas (si se presentan menos de cuatro síntomas se denominan "crisis sintomáticas limitadas").

- 1.- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca.
- 2.- Sudoración.

- 3.- Temblores o sacudidas.
- 4.- Sensación de ahogo o falta de aliento.
- 5.- Sensación de atragantarse.
- 6.- Opresión o malestar torácico.
- 7.- Nauseas o molestias abdominales.
- 8.- Inestabilidad, mareo o desmayo.
- 9.- Sensación de que el mundo de alrededor ha cambiado o es irreal en algún sentido, o de que la persona se encuentra como separada de sí misma.
- 10.- Miedo a perder el control o volverse loco.
- 11.- Miedo a morir.
- 12.- Sensación de entumecimiento u hormigueo en diversas partes del cuerpo.
- 13.- Escalofríos o sofocos.

3.4 Violencia y drogodependencia

Aunque para muchas comunidades afectadas por una emergencia o un desastre, es “normal” volcarse sobre alguna adicción como el alcohol, alucinógenos o algún otro estupefaciente, o en otros casos en violencia intrafamiliar, esta respuesta no es normal, sino una respuesta cultural frente a los problemas que en la mayoría de los casos es para evadir simbólicamente los problemas que trajo la catástrofe y que se conjugaron para desencadenar estas alteraciones, dicho de otra forma, es la gota que derrama el vaso.

Es evidente que en México hacen falta investigaciones para saber la incidencia o el incremento de adicciones después de una emergencia y desastre. Pues se sabe por experiencia de psicólogos y profesionales de la salud que existe un incremento, sin embargo, no se sabe cuánto ni cuáles son las adicciones que más se desencadenan. Lo que sí tenemos que considerar, es cada comunidad es diferente en el ámbito cultural, esto es, que a pesar que vivimos en un país, éste es pluricultural.

El consumo de sustancias psicotrópicas y de alcohol está directamente ligado a la historia de la humanidad, y por ende a los eventos que le impactan. En situaciones de desastres, es preciso estar alerta ante la aparición de sintomatología producto de la supresión de sustancias y también valorar la condición familiar, social y laboral del sujeto.

Capítulo 4 Intervención en Crisis

4.1 Teorías de las Crisis

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

Otra definición según Slaikeu (1988), menciona que es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas.

Así mismo, es un momento de trastorno y desorganización (emocional, cognitiva y conductual), caracterizado principalmente por una incapacidad de la persona para manejar situaciones particularmente conflictivas, donde debiera utilizar los métodos acostumbrados para la solución de problemas y lograr un estado de adaptación.

La crisis puede considerarse como un síndrome de estrés caracterizado por la ruptura brusca de la vivencia de continuidad psíquica, y por la demanda de respuestas activas ante un proceso de cambio. El éxito de estas respuestas favorece el desarrollo e integración de la personalidad, mientras que su fracaso puede llevar a una total desestructuración (Morales, Gallego y Rotger, 2008).



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

Fernández y Rodríguez (2002), postulan una serie de conceptos básicos, que son comúnmente aceptados por quienes practican la intervención en crisis.

- Las crisis son experiencias normales en la vida. Reflejan una lucha en la que el individuo intenta mantener un estado de equilibrio entre sí mismo y su entorno.
- El estrés que desencadena la crisis puede ser un acontecimiento externo o interno. Puede ser un solo hecho catastrófico o una acumulación de acontecimientos menos graves.
- La gravedad de la crisis no se relaciona con la gravedad del estresor sino con la de su percepción por el individuo.
- Puede existir un nexo entre la situación actual y conflictos del pasado.
- Las crisis son acontecimientos autolimitados que se resuelven adaptativa o desadaptativamente.
- En las crisis las defensas están debilitadas, por lo que el sujeto está más receptivo a la ayuda y esfuerzos mínimos conllevan resultados máximos.
- La resolución adaptativa de la crisis ofrece una tripe oportunidad: Dominar la situación actual, elaborar conflictos pasados y aprender estrategias para el futuro.
- La resolución no está determinada por las experiencias pasadas o la estructura de la personalidad.
- Las pérdidas anticipadas o reales suelen ser un factor importante a trabajar.
- Con la resolución adaptativa emergen nuevas fuerzas y nuevas habilidades de resolución de problemas útiles para el futuro.

Características de la Situación de Crisis: Para Fita (1999) las crisis aparecen inesperadamente, repentinamente y sin avisar, es por esta cuestión que muchas de las instituciones públicas y privadas creen que no es necesario activar procesos o dedicar presupuestos a algo que no se sabe si va a producir o no. Por lo anterior, se presenta una tabla de racionalizaciones erróneas que dificultan los esfuerzos en la gestión de crisis:

Características de la institución	Características del entorno	Características de las propias crisis	Esfuerzos de gestión de crisis
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nuestro tamaño nos protege. ➤ Las empresas bien dirigidas no sufren crisis. ➤ Nuestra ubicación geográfica nos protege. ➤ Las crisis no requieren formas especiales de actuar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En el caso de una crisis importante, siempre habrá alguien que venga a ayudarnos. ➤ Nuestro entorno es benigno, siempre podemos amortiguar los efectos del entorno. ➤ No ha ocurrido nada que aconseje 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La mayoría de las crisis terminan siendo poco importantes. ➤ Cada crisis es tan distinta que es imposible estar preparado para todas ellas. ➤ Las crisis son hechos aislados. ➤ La mayoría de las crisis 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La gestión de una crisis es como una póliza de seguros, se necesita hasta cierto punto. ➤ En el caso de crisis, tan sólo tenemos que aplicar las medidas que recoge nuestro manual de crisis. ➤ Nuestra gente sabe

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Basta con tomar medidas una vez que ha estallado la crisis ➤ Hay crisis que tan solo les ocurre a otros. ➤ La gestión de crisis y las medidas de prevención son un lujo. ➤ Aquellos empleados que traen malas noticias merecen ser castigados. ➤ Nuestros empleados son tan extraordinarios que podemos confiar en ellos sin problemas. 	<p>cambios.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La gestión de crisis es responsabilidad de otros. ➤ No es crisis si no nos ocurre o afecta a nosotros. ➤ Los accidentes son el precio a pagar por hacer nuestro trabajo. 	<p>se resuelven por sí mismas, el tiempo es nuestro mejor aliado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La mayoría de las crisis tienen una solución técnica. ➤ Basta con aplicar con rapidez soluciones técnicas y/o financieras. ➤ Las crisis tan sólo tienen efectos negativos, no podemos aprender nada de ellas. 	<p>cómo actuar ante una crisis.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tan sólo los ejecutivos necesitan estar informados del plan de crisis. ¿Por qué alarmar a los trabajadores o a la comunidad? ➤ Somos lo suficientemente fuertes como para poder responder a manera objetiva y racional a cualquier tipo de crisis. ➤ Sabemos cómo manipular los medios. ➤ Lo más importante en caso de crisis es defender la imagen de la institución. ➤ Lo realmente importante en la crisis es asegurar que la institución siga funcionando.
---	--	---	--

Por lo tanto, la crisis enfocada a las emergencias es el estado de conmoción, de parálisis en una persona que sufre o ha sufrido un gran shock y sobreviene cuando el estrés actúa sobre un sistema y requiere un cambio que se sitúa fuera del repertorio habitual de respuestas. La persona o la familia se encuentra ante un obstáculo que no pueden superar por sus propios medios (Álvarez y Cruz, 2007).

Tipos de crisis: Álvarez y Cruz (2007) hacen una clasificación de tres tipos de crisis y estas son:

- Las que se presentan en las diferentes etapas de **desarrollo** desde la infancia hasta la vejez.
- **Estructurales** o permanentes.
- Externas o **situacionales** por eventos impredecibles.

Desarrollo. El estado de crisis está limitado en tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o más bajos. Este tipo de crisis son normales durante el desarrollo de nuestra vida, por

ejemplo, cuando pasamos de la infancia a la adolescencia, otro ejemplo, es cuando una persona se casa y tiene que adaptarse a su vida de pareja.

Estructurales. Este tipo de crisis es un estado de desorganización caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para manejar situaciones que rebasan el empleo de métodos probados para la solución de problemas o conflictos y por el potencial que se invierte para obtener un resultado. Estas personas regularmente están en conflictos, son indecisos, desorganizados y poco formales.

Situacionales. Algunos eventos que por su tipo, magnitud y lo sorprendente de su ocurrencia, constituyen un peligro para el individuo y la comunidad, pues representan la posibilidad de desatar crisis. Como ejemplo de estos eventos podemos citar los siguientes:

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

Desencadenantes de conductas disruptivas después de la crisis: Las crisis aparecen sorpresivamente en alguna forma como ya hemos mencionado anteriormente, sin embargo, cuando una crisis se desencadena es porque ya existen alteraciones previas que originan una disrupción en el individuo. Como lo dice la frase, “*es la gota que derrama el vaso*”. Las personas que ya tenían problemas familiares, laborales o personales es probable que se desencadenen los problemas al interior de la familia. Rasgos de alcoholismo se marcan con mayor énfasis después de haber perdido total o parcialmente el patrimonio o algún familiar.

Las personas que eran ansiosas antes de la emergencia o desastre se vuelven más sensibles al presentar trastornos de la ansiedad que puede llegar a ser patológicos. Individuos depresivos es más probable que presenten un alto índice de cuadros depresivos, esto ocurre regularmente terminada la emergencia o el desastres, ya que después de haber pasado un tiempo el personal de primera respuesta se retira, y la víctima o el afectado se ve completamente solo y sin apoyo social.

También así, el grupo de personas que se encuentran en estado de desprotección o incapacidad física y mental, suelen a veces ser los más afectados, un ejemplo de ello, es cuando un niño pierde su casa, sus juguetes y a veces hasta sus padres.

4.2. Factores que afectan el equilibrio en la crisis

Percepción del evento: Para Caballero (2007), la percepción es al tiempo consecuencia de condiciones psicológicas particulares y de ideas socialmente aceptadas que se conforman como parte del pensamiento colectivo en función de los desarrollos de la cultura. Se mencionan cuatro momentos en el desarrollo de la percepción social que explican, en conjunto, la forma en que se percibe la influencia de los desastres.

En primer lugar se interpreta la fuerza del mito judeocristiano relacionado con la idea de que los desastres son el castigo de la divinidad como respuesta al mal comportamiento. En segundo lugar se mira la idea de que los desastres son el resultado de las fuerzas de la naturaleza, lo que ha llevado a construir la idea de la negación como forma de respuesta; los desastres ocurren pero a mi no me pasan, porque mi entorno local es seguro. En tercer lugar se da una mirada a la falsa percepción de seguridad por la excesiva confianza en la ciencia y en la técnica; se incrementa así la vulnerabilidad al desastre en particular entre las clases más altas de la sociedad que creen tener con que pagar el costo de estos desarrollos. Por último se miran muy rápidamente algunas ideas recientes según las cuales los daños ambientales ocasionados por la intervención humana, en especial en lo referente al cambio climático global serían los responsables del incremento en los factores de riesgo.

La percepción es un asunto que puede examinarse desde un punto de vista individual, como parte de la psicología humana. Intervienen en esa visión las características personales que tienen que ver con su historia personal pero ante todo, con las elaboraciones conceptuales de carácter social que condicionan la visión del mundo de individuo.

Podemos ser personas con pensamiento elaborado, con concepción científica del mundo, pero en determinadas condiciones o circunstancias respondemos ante situaciones externas que nos impactan con el conjunto de los conceptos elaborados por el entorno social. La respuesta ante los desastres es una de esas situaciones. La respuesta individual es importante y será la educación la que finalmente incida para su cambio o modificación.

Aparecen problemas cuando esas concepciones de la cultura, con respecto al tema a la prevención de desastres, adquieren la condición de política pública o de alguna manera la determinan, definen o influyen. Es obviamente muy difícil que nuestro accionar individual oficial sea independiente del entorno, pero es importante que aclaremos en qué

proporción ese pensamiento social está contenido en el accionar público para que nos hagamos conscientes y podamos superarlo.

Según García, Gil y Valero (2007), las características del evento pueden hacer la situación altamente estresante para los sujetos que lo experimentan. Algunos factores relacionados con el evento pueden desencadenar problemas para la recuperación de las víctimas como son:

- La falta de aviso del desastre o la emergencia
- El contraste abrupto de escenario
- Tipo de desastre o tipo de emergencia
- La naturaleza del agente destructivo
- El grado de incertidumbre y duración de la amenaza
- Momento de aparición
- Alcance del evento
- Pérdidas personales o daños
- Estímulos traumáticos
- Error humano
- La falta de oportunidad para la ejecución de acciones efectivas
- Propiedades del ambiente posdesastre o post emergencia

Todos estos aspectos pueden explicar por qué unas personas de una comunidad ante un mismo evento pueden afrontar esta situación de crisis de una manera efectiva mientras otras no. Por ello, es importante que el profesional de salud mental tenga en cuenta estas variables, por un lado, para entender o predecir cómo pueden ser las reacciones de las personas y poder identificar aquellas personas que se encuentren en un riesgo más alto de desarrollar un problema psicológico y llevar a cabo ciertas acciones para que su impacto sea lo menos traumático posible y por otra, a través de acciones preventivas y trabajar en aquellos aspectos que pueden hacer que el afrontamiento de la situación no sea eficaz (mejorar la fortaleza y resiliencia psicológica de las personas).

Por último, se dice que si el evento se percibe de manera realista, será más sensible que reconozca la relación entre el evento y sus sentimientos, se podrán plantear soluciones para la disminución de la tensión y la solución de la situación será más probable. Si la percepción del evento se distorsiona, ocurrirá lo contrario, de tal manera que los intentos de resolución del problema serán poco efectivos (Álvarez y Cruz, 2007).

Apoyos situacionales: Inmediatamente después del impacto de una emergencia o desastre, en el área geográfica donde se ha producido los daños se va a convertir en un afluente de

personas. Las demandas creadas a partir del evento, exigen en ocasiones la implicación de organismos de respuesta fuera de la comunidad impactada. La participación de la comunidad regularmente es muy alta y todas esas personas están muy involucradas en las necesidades que van emergiendo. Esta movilización, espontánea y no coordinada, consiste en una primera asistencia a las víctimas o afectados. Esta ayuda ofrecida por los vecinos tiende a focalizarse en salvar vidas y atender a las personas heridas. Posteriormente, la movilización se basa en la intervención de los diferentes cuerpos de primera respuesta (García, Gil y Valero, 2007).

En tiempos “normales”, todas las comunidades están sometidas a continuos conflictos y debates sobre recursos comunitarios, teniendo diferentes puntos de vista en la organización y las prioridades comunitarias. Por el contrario, cuando ocurre un desastre o una emergencia se llega a un acuerdo comunitario en cuanto a prioridades, por lo que los conflictos quedan delegados a un segundo plano. A pesar de esto, este consenso no se extiende a todos los aspectos de la respuesta y tampoco continúa indefinidamente, ya que cuando la comunidad vuelve a la normalidad los conflictos vuelven a emerger.

Diversas organizaciones no gubernamentales acuden al lugar siniestrado para ofrecer su ayuda, por ejemplo, Cruz Roja. La respuesta inmediata por parte de las diferentes organizaciones gubernamentales se sitúa en salvar vidas, prestar ayuda a los afectados y restaurar los servicios mínimos. Uno de los grupos más controvertidos que convergen en el lugar del impacto son los medios de comunicación, que también la llega de estos grupos en este tipo de eventos es llamado como “segundo trauma”.

Llega un momento en que el sujeto comienza a rehacer su vida, a pesar de que en México en muchas ocasiones no ha pasado la emergencia o el desastre, ya que los apoyos gubernamentales y no gubernamentales ya se han retirado. Esta situación, genera molestias de índole social, que a pesar de todo, la mayoría de los afectados tienen que aprender a vivir con ellas.

Para Álvarez y Cruz (2007), la persona, como ser social, establece relaciones con otros en su medio. Las relaciones con algunas personas son más significativas que con otras; las relaciones de dependencia tienden a establecerse con aquellos que la apoyan y le dan seguridad. La pérdida real, la amenaza de pérdida o los sentimientos de inadecuación, hacen a la persona más vulnerable ante una situación estresante. La falta de apoyo situacional puede llevar a un estado de desequilibrio y hasta crisis. Los apoyos situacionales son aquellas personas a las que se puede recurrir para ayudar al individuo en crisis a resolver su problema.

Mecanismos de enfrentamiento o de adaptación: Los mecanismos de enfrentamiento son la forma en que la persona ha aprendido a manejar la ansiedad y a reducir la tensión. Estos mecanismos pueden ser encubiertos o abiertos y puestos en funcionamiento consciente o inconscientemente. Estos son respuestas tales como la agresión, regresión, retraimiento y represión. La elección del mecanismo dependerá de lo que haya funcionado a la persona a través de su vida en situaciones de problemas.

Los mecanismos psicológicos no razonados, reducen las consecuencias de un acontecimiento estresante, de modo que el individuo suele seguir funcionando con normalidad. Sin embargo, cuando estos se ven afectados, como son en los casos de emergencias y desastres, los mecanismos no trabajan adecuadamente y se disparan mecanismos estresantes que pueden llevar a problemas patológicos.

4.3 Principios de la Intervención en Crisis

La Intervención en Crisis es el proceso que sirve para ayudar a una persona, familia o grupo, a aceptar un hecho traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas emocionales, daño físico) se minimice y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida) se maximice.

Para Slaikeu (1988), la Intervención en Crisis es un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de efectos negativos como daños físicos o emocionales se aminore y la probabilidad de crecimiento se incremente.

La OPS (2006) ha marcado objetivos para la intervención en crisis como son:

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

Factores que inciden sobre el éxito o fracaso de la resolución de una crisis:

- Comprensión cognitivo emocional de la situación (percepción del problema).
- Fortaleza del Yo (resiliencia).
- Mecanismos de enfrentamiento conscientes e inconscientes (estilos de afrontamiento).
- Red de apoyo familiar y social.

Intervenir en una crisis significa introducirse de manera activa en la situación vital de la persona que la está experimentando y ayudarla a movilizar sus propios recursos para superar el problema y recuperar el equilibrio emocional. Por ello la intervención tiene que tener en cuenta la oportunidad de intervenir, una meta fija y la valoración final (Caplan, 1964).

Oportunidad: La terapia breve de urgencia con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente puede tomar en promedio de 1 a 6 semanas. Puesto que la experiencia de crisis es un periodo de alto riesgo para la persona como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso. El énfasis en la oportunidad se calcula para reducir el peligro y, al mismo tiempo, para capitalizar la motivación del paciente para hallar un nuevo planteamiento para enfrentarse con las circunstancias de la vida.

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

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

Casos Difíciles: En el área de emergencias y desastres existen lo que se denominan “casos difíciles”, que son personas que se catalogan con frecuencia como “difíciles” o “problema”, presenta conductas que resultan conflictivas para el personal de salud, estas personas generan respuestas, sentimientos y conductas tales como rabia, ansiedad, frustración, depresión, rechazo y evitación.

Los sentimientos y conductas más frecuentes en las personas llamadas “casos difíciles” son:

- Rebeldía: No asumir el rol de paciente.
- Visión distorsionada de su situación.
- Sentimientos de abandono.
- Miedo e intensa angustia.
- Ira.
- Inquietud psicomotora.
- Conductas de regresión y dependencia no acordes con la situación.
- Mal humor y reclamos frecuentes.
- Signos y síntomas de depresión o ansiedad extrema.
- Negativismo mantenido

Estas personas representan un desafío para el personal de salud y para el personal de primera respuesta, pues son generalmente motivo de interconsulta psiquiatría. Estos casos con gran frecuencia presentan trastornos de personalidad límite, narcisista, histriónica o antisocial. Así mismo, son muy susceptibles y vulnerables frente a las conductas y sentimientos negativos del personal de salud. Una vez realizado el diagnóstico e iniciado el tratamiento, la siguiente prioridad del psicólogo o psiquiatra consultor debe ser la de calibrar el grado de malestar a que está sometido el personal que atiende al paciente. Los integrantes del equipo de primera respuesta pueden tener una posición de enojo o de desesperanza en respuesta a la ingratitud, carácter intratable, impulsividad, manipulación, dependencia y cólera de estas personas (Raffo, 2005).

Las situaciones de emergencias o desastre pueden, eventualmente, generar conductas violentas que involucren diferentes actores. En ocasiones, se ha observado que ciudadanos tranquilos y cooperativos pueden adoptar conductas inapropiadas o violentas. Por consiguiente, la intervención en estas circunstancias demanda que los miembros de los equipos de primera respuesta adopten algunas medidas básicas de seguridad.

Lineamientos de la OPS: En la intervención en crisis, se recomienda que los grupos educativos y de apoyo emocional se integren, preferentemente, con los miembros más vulnerables de la comunidad, pero que, también, sean más moldeables y receptivos a la intervención. Las técnicas empleadas han de ser lo suficientemente flexibles para incorporar los patrones culturales prevalecientes en la comunidad o en el grupo en particular (OPS, 2006).

El personal de primera respuesta en emergencias y desastres y que a su vez pueden dar un primer apoyo psicológico, requiere desarrollar ciertas actitudes que le permita establecer

lazos psicológicos con las personas en crisis, ganar su confianza y demostrar su disposición para ayudarlas. A continuación, se hace un resumen de las más importantes:

- Actitud serena, respetuosa, cordial y afectiva, pero firme; la persona asistida no espera que el personal de ayuda se sume a su crisis sino que la ayude a superarla.
- Evite ser crítico. No enjuicie ni sermonee.
- Actitud de escucha responsable, que permita que la persona afectada se exprese hablando o llorando; éste es el mejor recurso (catártico) en la asistencia de urgencia.
- Una actitud que facilite la empatía significa que la víctima o el afectado perciba que el auxiliador la comprenda y entienda; es esencial para lograr la aceptación del afectado.
- No trate de resolver, responder o aclarar todas las preguntas o afirmaciones que la persona haga en ese momento sobre aspectos como las causas del desastre y “la mala suerte que le ha tocado”.
- No intente calmar a la persona afectada convenciéndola de que está equivocada en sus juicios o apreciaciones.
- No intente modificar las conductas defensivas, como el no aceptar los acontecimientos o las pérdidas sufridas; constituyen una especie de defensa psicológica inicial, la cual conserva el funcionamiento de la personalidad durante la fase aguda.
- Autocontrol: El que ayuda debe controlar su propio comportamiento.
- Disposición para trabajar en equipo.

Diez reglas de lo que no se debe hacer

1. No aconsejar.
2. No ponerse de ejemplo (el auxiliador).
3. No enfatizar excesivamente los aspectos positivos. Frases como “Podría haber sido peor” pueden ser contraproducentes.
4. No minimizar el hecho; la frase “No pasa nada” suele ser negativa.
5. No bromear, la ironía puede ser ofensiva o contraproducente.
6. No dramatizar; si la persona llora, el auxiliador no tiene por qué hacerlo.
7. No engañar a la víctima, ni fingir.
8. No favorecer la actitud de culparse.
9. No actuar defensivamente.
10. No favorecer dependencias directas del afectado con el auxiliador.

4.4 Las fases de la Crisis en los desastres

Las reacciones individuales ante una situación de desastre también pueden dividirse de acuerdo al tiempo en que se presenta el fenómeno o amenaza, identificando cinco fases por las que un individuo puede pasar en forma más o menos crítica (Cohen, 1997; Álvarez y Cruz, 2007).

Amenaza: Según Cohen, refiere que en la fase de amenaza y a medida que el peligro invade a la comunidad, pueden esperarse múltiples reacciones entre las y los individuos. Esta agitación y actividad se refleja en principio dentro de la familia y posteriormente se extiende en forma más amplia hacia la comunidad. Aumenta la ansiedad y otras reacciones de temor que tiene variantes de acuerdo a la experiencia sobre desastres de los habitantes de la región afectada y con 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.

Choque: En la fase de choque en el individuo puede existir autocentrismo, es decir que cada uno se siente la persona más afectada o entrar en un grado de ofuscamiento caracterizado por diferentes grados de desorientación, desorganización, lentitud del pensamiento, confusión, dificultad para tomar decisiones, dificultad para entender lo que dicen los demás y desorientación en base al tiempo. Estas reacciones pueden durar desde unas horas hasta por varios días durante cierto tiempo, las víctimas experimentan olas de temor, ansiedad y aprensión.

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, ya que no se puede seguir negando la propia muerte cuando se ha estado tan cerca de ella. Resulta difícil recuperar esa sensación de protección y 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.

Readaptación: Desde el punto de vista biológico comienzan manifestaciones de reacciones psicósomáticas que interfieren con las acciones biológicas normales y ocasionan

padecimientos agudos o crónicos. 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.

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 independencia, a estas personas les resulta difícil compartir los materiales y recursos suministrados por las y los trabajadores encargados del rescate. En esta etapa aumenta la dificultad para mantener relaciones estables pues la gente se enfada con 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. La persona se siente fracasada 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.

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 con los recursos de las víctimas, aunque la inmensa mayoría parece resignarse a las experiencias y pérdidas que ha 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 las y 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 las y los sobrevivientes.

Autores como Ollendick y Hoffman (1882 citado en OPS, 1989) concluyen que existen en esta fase diversas formas de reacción del individuo:

- Una reacción heroica con duración de una semana y durante la cual el sujeto es capaz de llevar a cabo gran actividad para el salvamento de las víctimas.
- A continuación se presenta un período de solidaridad que dura desde una semana a seis meses, en donde existen manifestaciones y sentimientos compartidos, unión

entre las y los sujetos afectados, existiendo cooperación y esperanza de salir adelante del desastre.

- Posteriormente hay una desilusión que comprende el lapso entre los seis meses y de uno a dos años y durante la cual la/el individuo percibe las dimensiones de la catástrofe y de sus limitaciones para la reconstrucción del desastre.

Reconstrucción: Finalmente una fase de reconstrucción en donde la persona se resigna a lo que ha pasado y efectúa acciones tendientes a "seguir la vida". Dentro de la comunidad sociocultural se producen esfuerzos activos que ayudan a revitalizar la estructura social y a lograr que las instituciones afectadas funcionen con mayor eficacia.

4.5 Manejo de Duelo o Pérdida

En situaciones de crisis es frecuente encontrar la depresión y el duelo ante una pérdida, como parte del estrés agudo, crónico y postraumático, por lo que es sumamente importante contar con la información pertinente para tener un parámetro de detección de problemas que pueden representar un riesgo en la integridad de las víctimas de una situación de desastre (Álvarez y Cruz, 2007).

Etapas del duelo: Según la OPS (2004), en algunas ocasiones sucede que durante el evento perturbador se produce una gran pérdida o un gran cambio para las víctimas. A toda pérdida, sobreviene un proceso de duelo, que implica la modificación de estructuras emocionales para entender la vida sin el objeto, situación o persona que se ha perdido. No es un proceso sencillo, pero debe ocurrir para que el individuo reestablezca sus relaciones con el entorno.

Es de esperarse que después de la muerte de uno o varios seres queridos se presente la tristeza, el sufrimiento y la aflicción. El período de duelo es aquél en el cual la persona asimila lo sucedido, lo entiende, lo supera y reconstruye su vida. Éste es un proceso normal que no debe apresurarse ni tratar de eliminarse, así como tampoco considerarlo como una enfermedad.

En nuestra cultura se siente la necesidad de recordar al ser querido, de conmemorar su vida y su muerte, como expresión de "que no será olvidado", así como para enfrentar los propios sentimientos de tristeza. La tumba, una lápida, una foto o flores en la casa son formas comunes de hacerlo. La realización de los rituales que establece la cultura comunitaria es parte importante del proceso de recuperación de los sobrevivientes.

El duelo se vivencia con una mezcla de tristeza, angustia, miedo e ira; en el momento más crítico llega a los extremos del dolor emocional muy intenso y la desesperación. Después viene el alivio progresivo y concluye con expresiones de confianza y esperanza renovadas.

El proceso de duelo implica:

- Liberarse o dejar atrás la relación con la persona fallecida.
- Adaptarse al mundo en otras condiciones.
- El esfuerzo por establecer nuevas relaciones.

En situaciones de muertes masivas se han descrito los miedos y sentimientos que experimentan los sobrevivientes:

- Pesadumbre y aflicción por la pérdida de familiares y amigos que, en ocasiones, coexisten con pérdidas de tipo material. También existen pérdidas más sutiles y a veces intangibles, como la pérdida de la fe en Dios, la pérdida del sentido de la vida, etc.
- Miedos prácticos: los temores a asumir los nuevos roles que le impone la desaparición de un miembro de la familia (la esposa viuda que se convierte en jefa del hogar) o el padre viudo a cargo de los hijos.
- Miedos recurrentes a que pueda ocurrir algo nuevamente o que la muerte se va a cernir sobre otros miembros de la familia o la comunidad.
- Miedo personal a morir: el miedo a lo desconocido o a enfrentar a Dios.
- Sentimientos de soledad y abandono: es frecuente que los sobrevivientes experimenten que los familiares y amigos los abandonan en momentos difíciles.
- Miedo a olvidar o ser olvidado.
- Enojo: se sienten molestos contra los que los murieron y lo descargan contra familiares o amigos cercanos.
- Sentimientos de culpa: se sienten culpables en alguna medida de la muerte de los seres queridos. A veces, lo que suceda después de la muerte incrementa este sentimiento.
- Vergüenza después de la muerte de un ser querido, por circunstancias que rodearon el fallecimiento de la persona (su comportamiento, humillaciones, etc.); o vergüenza por las condiciones en que queda la familia después de los sucesos.

Cómo manejar el duelo: El modo de afrontar la pérdida y llevar el duelo adecuadamente está en estrecha relación con los siguientes factores:

- La personalidad del sobreviviente y la fortaleza de sus mecanismos de defensa.

- La relación con el fallecido.
- Las circunstancias en que ocurrieron los hechos.
- La red de apoyo social (familia, amigos y comunidad).

Las manifestaciones psicológicas más frecuentes en situaciones de duelo son:

- Recuerdos muy vivos y reiterativos del fallecido y de lo ocurrido.
- Nerviosismo o miedo, tristeza y llanto.
- Deseos de morir.
- Problemas con el sueño y el apetito.
- Problemas de memoria y para la concentración mental.
- Fatiga y pocas motivaciones y dificultades para retornar al grado normal de actividad.
- Tendencia al aislamiento y la soledad.
- Mezcla de sentimientos o emociones como: reproche a sí mismo, inculpar a otros, frustración, impotencia, enojo, sentirse abrumado, etc.
- Descuido del aspecto y la higiene personal.
- Manifestaciones corporales como: mareos, náuseas, dolor de cabeza, opresión precordial, temblores, dificultad para respirar, palpitaciones, sequedad en la boca y aumento de la tensión arterial.

En todas las sociedades existen ritos, normas y formas de expresión del duelo, que se derivan de diferentes concepciones de la vida y la muerte. En la cultura latina se desarrollan determinados rituales como el velatorio del cadáver durante 24 horas, el entierro, el acompañamiento de la familia por los amigos, la posterior realización de ceremonias religiosas y la celebración de aniversarios.

Cuando se producen muertes masivas, desapariciones, así como cadáveres no identificados, este proceso se altera y no se pueden cumplir las diferentes facetas del mismo; incluso, en muchos casos, no se dispone del cuerpo y se produce una sensación de vacío, de “duelo frustrado o no resuelto”.

Es por eso importante, que se elabore un duelo, este puede ser apoyado por un especialista en la materia como un tanatólogo, psicólogo, etc. Así mismo, puede dársele apoyo a través de sus redes sociales más cercanas como la familia, amigos, pareja, etc. Por último, no hay que olvidar realizar los rituales que cada persona esta acostumbrada frente a la pérdida o frente a la muerte.

Tareas del duelo: Ante el reconocimiento de la pérdida, la persona necesita hacer un duelo. En este proceso, inicialmente, hay un período de aturdimiento y/o cierta dificultad para aceptar lo que ha ocurrido que puede durar desde horas hasta un par de semanas; enseguida sobreviene una mezcla de sentimientos de tristeza, enojo, culpa, venganza, vergüenza, desesperanza y añoranza. El contar con un apoyo situacional (un hombro donde llorar) facilita la expresión de los sentimientos y la liberación de los miedos que ocasiona una situación nueva (Álvarez y Cruz, 2007).

Las tareas para el duelo son un reflejo de las cuatro tareas para la vida y la muerte:

a) Aceptar la realidad de la muerte

No es posible terminar un duelo que nunca empezó. Primero debemos aceptar el hecho de que se produjo la muerte. Para esto es recomendable ver el cuerpo del ser querido, ya sea en casa o en hospital, esto ayudará a aceptar y familiarizarnos con la realidad de la pérdida. Aunque esto es lo más recomendable, en las emergencias y desastres a veces esto no es posible, ya que en ocasiones no es posible rescatar o encontrar los cuerpos de las víctimas.

Cuando sea posible, podemos estar un tiempo a solas con el cuerpo del difunto, que nos permita comunicar lo que quedó pendiente, decir nuestro adiós y empezar a ofrecer una práctica espiritual por él. Cuando esto no pueda darse, se podrá realizar una despedida simbólica, ya sea escribiéndolo o en la forma que uno decida.

b) Sanar y concluir la relación

Tras una muerte, sea repentina o esperada, surge el reto de comunicar todas las emociones conflictivas, las frustraciones y los remordimientos que no hemos expresado. Y si no habíamos concluido la relación y no nos habíamos despedido, tendremos que hacerlo también.

c) Aliviar el dolor emocional y dejar ir

Para atrevernos a llorar, muchas veces, necesitamos el apoyo de aquellos que pueden comprender los diferentes niveles de sufrimiento y de dolor emocional que podemos sentir. En el núcleo mismo de la familia, a veces, no es posible encontrar ese apoyo que se necesita, ya que cada miembro de la familia está en medio de su propia crisis. Necesitamos buscar el apoyo apropiado fuera de la familia; con un especialista (por ejemplo, psicólogo, tanatólogo, psiquiatra) o en un grupo de apoyo donde no teman escuchar nuestros recuerdos y pensamientos, o compartir nuestro dolor.

d) Encontrarle sentido a nuestra nueva vida

Al dejar ir a alguien que queremos mucho, todos nosotros nos enfrentamos a llorar y desprendernos del pasado para poder dar forma a la nueva vida. En el duelo, tendremos que desprendernos finalmente de nuestro apego a la persona que se ha ido, pero podemos conservar nuestro amor por ella.

No existe un tiempo fijo para vivir el duelo. Cada cual necesitará su tiempo. Y sólo nosotros podemos marcar el tiempo que necesita nuestro ser para poder considerarse recuperado. Todo ello a pesar, de que muchas veces nuestros familiares y amigos, nos apremian, quisieran vernos en la normalidad, tal vez porque así ellos tampoco sufrirán tanto. Pero sólo cada uno de nosotros sabe lo que necesita.

Capítulo 5. Primeros Auxilios Psicológicos

5.1 ¿Qué son los Primeros Auxilios Psicológicos?

Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) son la intervención psicológica en el momento de crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para reestablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal (Egozcue, 2006).

Desde una perspectiva de salud global entendiendo el concepto de salud como un estado total de bienestar físico, psíquico y social, desde Cruz Roja se plantea la necesidad de desarrollar un programa de Apoyo Psicológico, que cubra las necesidades psicosociales de los afectados por una situación crítica. Este trabajo está basado en la intervención de equipos multidisciplinares (psicólogos, trabajadores sociales, médicos, enfermeros, personal de protección civil, socorristas, etc.) que, en ocasiones con un carácter voluntario, tienen un objetivo común en el desempeño de sus tareas: mejorar la calidad de nuestra asistencia humanitaria, aliviando el sufrimiento de las personas y comunidades que se enfrentan a una situación de crisis.

En una situación de emergencia intervienen habitualmente muchas personas entre personal sanitario, policías, bomberos, protección civil, voluntarios, etc. Estos colectivos necesitan preparación específica en primeros auxilios psicológicos, aunque la realidad actual en nuestro país es desigual con respecto a este tipo de formación. Con todo, disponemos de algunas necesidades formativas básicas de diferentes profesionales y voluntarios que actúan en situaciones de emergencia y que podrían servir como primera aproximación de lo que podría ser un programa de mínimos para la formación (Lorente, Font y Villar, 2005).

Objetivos de la Atención: Es importante plantear la necesidad de una formación común a todas las personas que intervienen en este tipo de situaciones (Protección civil, bomberos, Cruz Roja, etc.), dirigida a lograr dos objetivos básicos, el primero es actuar con más seguridad y eficacia y el segundo sería prevenir la aparición de consecuencias psicológicas negativas para el que interviene. Por lo cual, la formación está enfocada a:

- Adquirir habilidades sociales básicas de comunicación.
- Adquirir estrategias para una intervención efectiva con las víctimas y familiares.
- Conocer e identificar las diferentes manifestaciones del estrés.
- Adquirir técnicas que permitan identificar los síntomas del estrés.
- Adquirir técnicas de control del estrés.

En la misma línea, Pérez (2001) propone una formación mínima de los voluntarios en habilidades para la relación de ayuda -apoyo, escucha y orientación de la persona afectada, de acuerdo con las siguientes pautas de actuación: Presencia y acompañamiento a afectados directos y familiares; transmitir al afectado la disponibilidad a ayudarlo; posibilitar el relato de acontecimientos, pensamientos y sentimientos; proporcionar un lugar tranquilo y seguro; escucha activa; ayudar a normalizar determinadas reacciones; facilitar información útil; identificar necesidades; orientación ante la confusión y el aturdimiento.

Es necesario que los integrantes de los grupos de intervención en situaciones de crisis y/o desastres dispongan del entrenamiento adecuado y específico para el desempeño de su función y que, además, adquieran estrategias para el manejo de la ansiedad y el estrés que pueden generar este tipo de situaciones (Gallego, Morales, Rotger, y Prior, 2002).

5.2. Diferencia entre Intervención de Primer y Segundo Momento

Diferencias entre primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis: En las situaciones de crisis se deben reconocer dos fases. La primera es la intervención de primera instancia, que en la práctica se denomina primeros auxilios psicológicos y la intervención en segunda instancia concebida más bien como terapia para crisis o intervención en crisis. Ambas son importantes para determinar una eventual solución a la crisis.

La primera ayuda psicológica necesita brindarse de inmediato, al igual que la asistencia física por aquellos que tuvieron el primer contacto con la víctima. Esos procedimientos toman poco tiempo (minutos u horas), y puede proporcionarlos un gran número de asistentes comunitarios. La terapia para crisis, por otro lado, esta encaminada a facilitar la resolución psicológica de la crisis. Ello toma más tiempo (semanas o meses), y la proporcionan terapeutas y consejeros con conocimiento específico en técnicas de evaluación y tratamiento.

Lugar y tiempo de la intervención: Las primeras medidas deben realizarse lo más precozmente posible y en el lugar seguro más próximo a la zona de la catástrofe. Se pretende recuperar el mayor número posible de afectados en el menor tiempo posible. La situación excepcional creada tras la catástrofe exige medidas también excepcionales. Se debe intentar lograr que estos sujetos, potencialmente recuperables, se reintegren y ocupen lo antes posible. Se emplean medidas elementales y sencillas como:

- Asegurarles unas condiciones mínimas de reposo.
- Ofrecerles hidratación y alimentación.
- Proporcionarles la información adecuada sobre lo que deben y no deben hacer.

- Tranquilizarles, permitirles la liberación de sus emociones.
- Concienciarlos para que se mantengan activos y ocupados.

Todo ello debe hacerse fomentando las expectativas de la recuperación del sujeto, asegurándole que el dolor que experimenta es una reacción normal transitoria y recuperable ante la grave situación vivida. Se deben evitar las etiquetas psiquiátricas utilizando un lenguaje adecuado a la capacidad de comprensión del sujeto.

En una etapa posterior, los equipos, de apoyo psicológico prestarán atención a los individuos evacuados por severas alteraciones psicopatológicas y a las poblaciones de alto riesgo, con la finalidad de prever la aparición de secuelas postraumáticas ulteriores.

Primeros Auxilios Psicológicos	Intervención en Crisis
¿Por cuánto tiempo? De minutos a horas	¿Por cuánto tiempo? De semanas a meses.
¿Por parte de quién? Padres de familia, policía, protección civil, abogados, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, estudiantes líderes, clero, etc.)	¿Por parte de quién? Psicoterapeutas y Orientadores: psicología, psiquiatría, trabajo social, consejería pastoral, enfermería psiquiátrica, orientadores vocacionales, etc.)
¿Dónde? Ambiente informal: lugar donde ocurrió algún evento traumático, hospitales, iglesias, hogares, escuelas, lugar de trabajo, líneas telefónicas de urgencia, etc.	¿Dónde? Ambientes formal: clínicas, centros de salud mental, centros de día, consultorios, oficina escolar, etc.
¿Cuáles son las metas? Restablecer el equilibrio, dar apoyo de contención; reducir la mortalidad, rescate de eventualidades de riesgo y enlazar con recursos profesionales de ayuda.	¿Cuáles son las metas? Resolver la crisis, reelaborar y recolocar el incidente de crisis; ordenar el incidente a la trauma de vida; establecer la apertura/disposición para afrontar el futuro.

Tabla 1. Diferencia entre primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis. Tomado de García (s/f).

5.3 Principios Clínicos de los Primeros Auxilios Psicológicos

¿Qué pretende por tanto los primeros auxilios psicológicos?

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

A través del conocimiento de las reacciones psicológicas más frecuentes en una situación de catástrofe y del conocimiento y manejo de los síntomas de ansiedad, aprender a controlar situaciones difíciles.

Oportunidad: La terapia breve de urgencia con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente puede tomar en promedio de 1 a 6 semanas. Puesto que la experiencia de crisis es un periodo de alto riesgo para la persona como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso. El énfasis en la oportunidad se calcula para reducir el peligro y, al mismo tiempo, para capitalizar la motivación del paciente para hallar un nuevo planteamiento para enfrentarse con las circunstancias de la vida.

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

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

5.4 Los componentes estratégicos de los Primeros Auxilios Psicológicos

Según Álvarez y Cruz (2007), hacen mención de cuestiones que deben y no deben abordarse durante la intervención en los primeros auxilios psicológicos.

A. Contactar

SI Escuchar de manera cuidadosa y refleja los sentimientos y la naturaleza de los hechos.

SI Comunicar aceptación.

NO Contar tu "propia historia"

NO Ignorar sentimientos o hechos

NO Juzgar, regañar o tomar partido

B. Dimensionar el problema

SI Plantear preguntas abiertas

SI Llevar a la persona a una mayor claridad

SI Evaluar la mortalidad

NO Depender de preguntas de si/no

NO Permitir abstracciones continuas.

NO Soslayar las señales de "peligro"

NO Dar la razón del "problema"

C. Posibles soluciones

SI Alentar la lluvia de ideas

SI Trabajar de manera directa por bloques

SI Establecer prioridades

NO Permitir la visión de pasar por un túnel

NO Dejar obstáculos sin examinar

NO Permitir una mezcla de necesidades

D. Acción concreta

SI Dar un paso cada vez

SI Establecer metas específicas de corto plazo

SI Confrontar cuando sea necesario

SI Ser directivo, sólo si debes serlo

NO Intentar resolverlo todo ahora

NO Tomar decisiones que comprometan por largo tiempo

NO Ser tímido o prometer cosas

NO Retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario

E. Seguimiento

SI Hacer un convenio para recontactar

SI Acordar un segundo encuentro

SI Evaluar los pasos de acción

NO Dejar detalles en el aire o asumir que el paciente continuará acción del plan por sí mismo

NO Dejar la evaluación a alguien más

El perfil o estructura CASIC: En determinado momento de la vida, de casi todos los seres humanos, se presentan una serie de sucesos que llevan a enfrentar un estado de crisis emocional, la cual, de no ser resuelta adecuadamente, los ubicaría en riesgo de padecer graves problemas psicológicos y trastornos mentales. La intervención con el uso de Primeros Auxilios Psicológicos resulta tan atinente como la de un paramédico cuando procede a detener una hemorragia arterial y deja a posteriori, un tratamiento de recuperación de hemoglobina (García, s/f).

Por ello, García (s/f) postula el siguiente perfil o estructura CASIC:

Conductual. Actividades y conductas manifiestas. Patrones de trabajo, interacción, descanso, ejercicio, dieta (hábitos de comida y bebida), comportamiento sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco; presencia de cualquiera de los siguientes: actos suicidas, homicidas o de agresión. Habilidades para resolver conflictos o salir de situaciones de gran tensión. Gama de conductas agradables (reforzantes) y desagradables (aversivas).

Afectiva. Emociones sentidas con más frecuencia. Sentimientos acerca de cualquiera de los comportamientos citados arriba; presencia de ansiedad, ira, alegría, depresión, temor, etc; adecuación, distorsión o negación de los afectos a las circunstancias. ¿Se expresa o se ocultan los sentimientos?

Somática. Funcionamiento físico general, salud, enfermedades relevantes actuales y pasadas. Sensaciones placenteras o dolorosas experimentadas. Influencia del consumo de sustancias y alimentos. Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquier otro trastorno somático; el estado general de relajación/tensión; sensibilidad de la visión, el tacto, el gusto, la percepción y el oído.

Interpersonal. Naturaleza (asertiva o conflictiva) de las relaciones con otras personas: la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de escuela o trabajo; identificación de síntoma sistémico; fortalezas y problemas interpersonales, número de amigos, frecuencia del contacto con ellos y con los conocidos; Habilidades sociales, papel asumido con los

distintos amigos íntimos (pasivo, independiente, líder, como un igual); estilo de la resolución de conflictos (asertivo, agresivo, aislado); estilo interpersonal básico (congeniante, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente).

Cognoscitiva. Manera de dormir y sueños diurnos y nocturnos usuales; representaciones mentales distorsionada acerca del pasado o el futuro; autoimagen; metas vitales y las razones para su validez; creencias religiosas; filosofía de la vida; presencia de cualquiera de los siguientes pensamientos: catastrofización, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, hablarse a sí mismo de manera irracional, racionalizaciones, idealización paranoide; actitud general (positiva/negativa) hacia la vida. Expectativas sobre la terapia y atribuciones de cambio. Recuerdos, ideas e imágenes incomoda recurrentes.

Funcionamiento CASIC previo a la crisis: Una breve historia acerca del desarrollo es necesaria, a fin de apreciar de modo completo la desorganización y el desequilibrio que sigue a un incidente precipitante particular, lo mismo si es un golpe severo aislado, como la pérdida de un ser querido o una relativamente menor es la gota que derrama el vaso después de una acumulación de tensiones.

La valoración de funcionamiento CASIC de la persona, inmediatamente anterior a la crisis incluye el énfasis en lo siguiente:

- Los medios anteriores para enfrentar y resolver problemas.
- Los recursos personales y sociales más patentes
- Las fortalezas y debilidades más notables en el funcionamiento CASIC
- Conflictos irresueltos o asuntos inconclusos que pudieran reactivarse por el incidente
- Relativa satisfacción o insatisfacción con la vida
- La etapa del desarrollo previa a la crisis
- Excedentes y carencias en cualquiera de las áreas de funcionamiento CASIC
- Metas y estructuras vitales para lograr objetivos
- Bondad del ajuste entre el estilo de vida y los suprasistemas familia, grupos sociales, la comunidad, la sociedad, instituciones
- Otras tensiones anteriores al incidente

Los supuestos personales son la forma en que la persona da sentido y significado a su experiencia pasada, actual y expectativas futuras. Estos supuestos personales permanecen "inactivos o dormidos" a lo largo del tiempo en la memoria, y ante determinadas situaciones desencadenantes (por ejemplo, una enfermedad física, un acontecimiento importante en la vida personal) se "activan o despiertan" y actúan a través de situaciones

concretas produciendo a menudo determinados errores del pensamiento (distorsiones cognitivas) que a su vez se relacionan recíprocamente con determinados estados emocionales y conductas.

Las distorsiones cognitivas se expresan a través de las cogniciones de las personas (pensamientos e imágenes conscientes y preconscientes) que aparecen en las situaciones donde hay una intensa alteración emocional (por ejemplo, ansiedad, rabia o depresión) y trastornos de conducta (por ejemplo, conducta de escape fóbica o problemas de relación de pareja). A estas cogniciones se les denominan "pensamientos automáticos".

Funcionamiento CASIC durante la crisis: El principal objetivo aquí es determinar (evaluar) el impacto del incidente precipitante en las cinco áreas del funcionamiento CASIC del individuo:

Conductual:

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

¿Cuáles áreas no han sido afectadas por la crisis?

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

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

Afectiva:

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

¿Deprimido? ¿Aturdido?

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

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

Somática:

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

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

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

¿Requiere medicación alguna?

Interpersonal:

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

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

Valorar la ayuda disponible de la familia o los amigos

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

Cognoscitiva:

Las expectativas o metas vitales perturbadas por el incidente de crisis

Las reflexiones o pensamientos introspectivos usuales

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

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

Patrones ilógicos de pensamiento acerca de resultados inevitables

Los patrones usuales para hablarse a sí mismo

El estado del dormir

Imágenes de una fatalidad inminente

Fantasías destructivas

Capítulo 6. Burnout

6.1 Síndrome de Burnout (desgaste profesional)

Una variante grave del estrés laboral es lo que se llama “desgaste profesional”, “quemazón laboral”, “Burnout”. Se conoce también con otros términos como el síndrome de quemado o desgaste ocupacional. Les sucede a muchas personas para quienes el trabajo se ha convertido en una fuente continua de estrés, angustia e insatisfacción (Izazaga, 2008).

Según Martínez (2004), menciona que los profesionales con largos años de trabajo a sus espaldas y en tareas a veces muy delicadas que requieren un alto grado de especialización y cuidado, en personas que antes encontraban el trabajo motivador y llevadero, han pasado a odiarlo y a sentirse quemados en él. Individuos que han comenzado su vida profesional con ilusión y con mucha vocación tienen la sensación de estar agotados y sienten que profesionalmente la situación lo ha sobrepasado.

El trabajo se ve como repetitivo, sin creatividad y se tiene la sensación de falta de aprecio y de reconocimiento por la labor que se lleva a cabo. Dentro del esquema del estrés, el burnout puede ser entendido como una estrategia de afrontamiento disfuncional cuya prolongación en el tiempo deriva en consecuencias negativas para la salud y el bienestar del trabajador y para la eficacia de la organización. Así entonces, el burnout es una respuesta prolongada ante presencia crónica de estresores emocionales e interpersonales asociados al puesto de trabajo (Rodríguez, 2004, citado en Izazaga, 2008).

El concepto de burnout fue mencionado por primera vez por Freudenberger en 1974, para describir el estado físico y mental que observó entre jóvenes voluntarios que trabajaban en una clínica de desintoxicación. Después de un año, muchos de ellos se sintieron agotados, se irritaban con facilidad, habían desarrollado una actitud cínica hacia sus pacientes y tendían a evitarlos (citado en Mendoza, 2004).

Posteriormente, Maslach dio a conocer este término en 1977 en una convención de la APA (Asociación Americana de Psicólogos). Desde entonces, el término burnout se utiliza para referirse al desgaste profesional que sufren los trabajadores de los servicios humanos, debido a unas condiciones de trabajo que tiene fuertes demandas sociales. Maslach describió tres elementos dentro del síndrome de burnout que incluye (citado en Izazaga, 2008):

- Agotamiento emocional, que se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales.

- Despersonalización o deshumanización, consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicio prestado.
- Falta de realización personal, con tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.
- Síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general.

6.2 Definición

El síndrome de desgaste ocupacional se puede definir como la presencia de diversos estresores causados en diferentes ambientes como son: el entorno social, en el trabajo y en el propio sujeto. Variables de carácter demográfico, (por ejemplo, sexo, edad, estado civil, número de hijos, etc.), tipo de profesión, la utilización de aparatos tecnológicos, el clima laboral, características de personalidad, entre otras (Gil-Monte, 2005).

El trabajo con personas necesitadas y demandantes pone de manifiesto la fragilidad del propio prestador de servicios; por lo tanto el síndrome de desgaste profesional o también llamado agotamiento profesional en niveles bajos, tiene una función adaptativa, ya que de esta manera el profesional mantiene una distancia emocional que lo protege, pero que también puede ser considerada como falta de interés en su trabajo (Guillén y Tinajero, 2007).

Para Moreno, González y Garrosa (1999) el desgaste ocupacional o profesional consiste básicamente en un proceso de pérdida gradual del compromiso y la implicación personal en la tarea que se realiza. Esta disminución relevante puede ocurrir en la mayoría de los rubros de la persona y en el campo de las profesiones asistenciales.

El síndrome de desgaste ocupacional como un estado en el que se combinan agotamiento físico, emocional, y mental, el cual se desarrolla principalmente en personas que se ven implicada en situaciones emocionalmente demandantes. Las demandas emocionales son causadas por una combinación de las expectativas muy altas y situaciones de estrés crónico.

Aunque no existe una definición unánime aceptada, hay consenso en considerar que el síndrome de burnout aparece en el individuo como una respuesta al estrés laboral crónico, que surge al trabajar bajo condiciones difíciles, en contacto directo con los usuarios (pacientes, clientes, presos, alumnos, etc.) de tales instituciones y que tienen consecuencias muy negativas y par la organización (Izazaga, 2008).

6.3 Factores que influyen en el síndrome de Burnout

Trabajar con sobrevivientes de eventos traumáticos requiere de preparación especializada, amplio entrenamiento y apoyo profesional permanente que se debe de extender a lo largo de toda la carrera de trabajo con trauma.

Gil-Monte (2005) menciona, que los sujetos con un patrón de personalidad tipo A, con baja autoconfianza y locus de control externo experimentan con mayor frecuencia sensaciones y actitudes del síndrome de desgaste ocupacional, mientras que los sujetos con personalidad resistente, las experimentan con menor frecuencia.

Algunos de los factores principales que intervienen en el síndrome de burnout son: La competencia y la eficacia percibida. A partir de esto se asume que el síndrome es principalmente en función de la competencia percibida. Dicho en otras palabras, sólo se presenta en aquellos sujetos que se fijan grandes expectativas y altos objetivos en su vida profesional (Lozano, 2008).

6.4 Consecuencias provocadas por el Burnout

La necesidad de explicar el síndrome de burnout, surge por el creciente interés de las organizaciones de servicios, tanto en el sector público como en el privado, donde la calidad de atención al usuario es crítica, así como la preocupación por el desgaste de sus trabajadores y el éxito de la organización.

Buendía y Ramos (2001), han relacionado el síndrome de desgaste ocupacional a diferentes respuestas individuales de carácter psicossomático, es decir, trae resultados negativos para el sujeto; por lo regular se presenta a nivel fisiológico provocando alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, úlceras, insomnio, mareos, ansiedad, depresión, cansancio, dolor de cabeza, dolor de espalda, alteraciones del ciclo menstrual, fatiga, hipertensión, alcoholismo, tabaquismo, entre otros.

Otros autores como Pérez (2004, citado en Lozano, 2008)), han identificado consecuencias para la salud con relación al síndrome de burnout en tres ámbitos. En primer lugar los síntomas físicos: Pueden ser los primeros en aparecer y traen consigo alteraciones cardiovasculares (como hipertensión o problemas coronarios) y trastornos psicossomáticos. En segundo lugar están las alteraciones conductuales como son: alimentarias, abuso de drogas, fármacos y alcohol, absentismo laboral y tabaquismo. Por último, las alteraciones emocionales como: ansiedad, depresión, irritabilidad, baja autoestima, desmotivación, dificultad de concentración, distanciamiento emocional, frustración, etc.

6.5 El proceso de desarrollo del síndrome

Para vislumbrar el proceso de desarrollo del síndrome de desgaste ocupacional también llamado burnout, mencionaremos que ésta se caracteriza por los siguientes síntomas: Despersonalización, cansancio emocional y la falta de realización personal en el trabajo. Sobre todo, este síndrome es presentado por profesionales de la salud, de asistencia y los que brindan un servicio humanitario.

El burnout frente al estrés general, se considera como una de las posibles respuestas al impacto acumulativo del estrés crónico, además, el estrés general es entendido como un proceso que tiene efectos positivos y negativos para la vida del sujeto, mientras que el síndrome de burnout, sólo tiene efectos negativos (Izazaga, 2008).

La diferencia fundamental entre el estrés general y el Síndrome de Burnout es que, mientras que el estrés puede desaparecer tras un período adecuado de descanso y reposo, el burnout no declina con las vacaciones ni con otras formas de descanso.

La atención al paciente es la primera causa de estrés, así como la satisfacción laboral. El sufrimiento o estrés interpersonal del profesional se origina por la identificación con la angustia del enfermo o paciente y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnósticos-terapéuticas con respecto al padecimiento del atendido.

Capítulo 7. Resiliencia

7. 1. Resiliencia

La resiliencia (del inglés resilience) es un fenómeno ampliamente observado al que tradicionalmente se ha prestado poca atención, y que incluye dos aspectos relevantes: resistir el suceso y rehacerse del mismo. Algunas personas suelen resistir con insospechada fortaleza los embates de la vida, e incluso ante sucesos extremos hay un elevado porcentaje de personas que muestra una gran resistencia y que sale psicológicamente indemne o con daños mínimos del trance. Así entonces, la resiliencia se ha definido como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves (Vera, Carbelo y Vecina, 2006).

Lo primero que es importante aclarar es que el término resiliencia es una castellanización de la palabra inglesa resilience, o resiliency. Éste no es un término exclusivo de la psicología, y se refiere a “la capacidad de un cuerpo para recuperar su tamaño y forma original después de ser comprimido, doblado o estirado”, o bien a “una capacidad para recuperarse de o ajustarse fácilmente al cambio o la mala fortuna”

La capacidad del ser humano para afrontar experiencias traumáticas e incluso extraer un beneficio de las mismas ha sido generalmente ignorada por la Psicología tradicional, que ha dedicado todo su esfuerzo al estudio de los efectos devastadores del trauma. Aunque vivir un acontecimiento traumático es sin duda uno de los trances más duros a los se enfrentan algunas personas, supone una oportunidad para tomar conciencia y reestructurar la forma de entender el mundo, que se traduce en un momento idóneo para construir nuevos sistemas de valores.

Ante una situación traumática, cada persona vive y le da un significado diferente a las experiencias por las que ha atravesado. Patrones sociales y culturales determinan que los hombres y mujeres reaccionen de manera diferente; en este sentido, los hombres tienden a reprimir y guardar las emociones dolorosas así como sus sentimientos de angustia y miedo, les resulta difícil hablar y hacerlo lo interpretan como una debilidad; las mujeres tienden a comunicarse más fácilmente, a expresar sus temores y ansiedades, así como buscar apoyo y comprensión para si mismas y sus hijos (OPS, 2004).

Ante un evento excepcional, como lo son los desastres naturales, no todos necesitan de ayuda psicológica; al parecer, un evento excepcional para personas del primer mundo, lo puede no ser para personas de países subdesarrollados los cuales están acostumbrados a

vivir en condiciones precarias, en donde la falta de vivienda, de agua potable, de electricidad son cosas comunes y con lo que aprenden a lidiar día con día.

En el caso de las naciones industrializadas, las pérdidas materiales son más fáciles de recuperar que en los países en vías de desarrollo; sin embargo, las redes sociales son más fáciles de recuperar en los países tercer mundistas que en los países del primer mundo. De hecho, para los psicólogos que trabajan con sobrevivientes de desastres naturales, son precisamente estas redes sociales que sirven como base de las intervenciones, de hecho, la primera tarea es evaluar hasta qué punto estas relaciones sociales continúan existiendo o pueden reconstruirse después de que estos eventos traumáticos tienen lugar (Domínguez y Olvera, 2005).

Olvera y cols. (2001) (citado en Romero, 2005), menciona que algunas personas que han sufrido tragedias salen fortalecidas de ellas mientras que otras permanecen “atoradas y bloqueadas”. Una de las diferencias es que las personas incapacitadas emocionalmente son aquéllas que practican estilos de afrontamiento rumiativos; es decir, permanecen “dando vueltas” a su conflicto sin plantearse la situación. Estas personas con frecuencia están malhumoradas, tienen malas relaciones familiares, sociales y laborales, llegando a situaciones de aislamiento. En cambio las personas que razonan sus problemas, pero también piensan en la solución, minimizan los aspectos negativos y amplían los positivos, logrando sentirse seguras y optimistas ante la interacción con los asuntos conflictivos.

Estilos de afrontamiento: Cuando la gente se enfrenta a experiencias traumáticas desarrolla formas de enfrentar las pérdidas y las situaciones peligrosas y desafiantes. Esas formas de afrontamiento pueden ser más o menos positivas dependiendo del contexto y la persona, y pueden variar según la edad y la posición social. Determinadas formas de afrontamiento, generalmente, son más comunes entre mujeres y en víctimas de status socioeconómico bajo. La "respuesta instrumental" (por ejemplo, precauciones en casa y organizarse con los amigos y vecinos), es más común entre víctimas más jóvenes y con un nivel socioeconómico alto (DGPCE, s/f).

Según la DGPCE (Dirección General en Protección Civil y Emergencias, España), el afrontamiento de catástrofes humanitarias, ha revelado las siguientes dimensiones de afrontamiento positivo de las personas y comunidades afectadas por la violencia, debiéndose destacar que las tres primeras presentan componentes colectivos:

a) Afrontamiento directo y autocontrol, fue la dimensión más importante, la que explicaba en mayor grado la experiencia de la gente, como un conjunto de mecanismos desarrollados para vivir en medio de la violencia. Este primer factor reunía el no hablar, las conductas de

solidaridad, resignación, resistencia directa, búsqueda de información, autocontrol y contención.

b) Una segunda dimensión estaba asociada al desplazamiento, el retorno y la reconstrucción de los lazos familiares (huir para defender la vida). Se trata de un afrontamiento colectivo o comunitario de huida colectiva.

c) Afrontamiento instrumental colectivo, el cual reunía la precaución y vigilancia junto a la organización comunitaria y también se asociaba al desplazamiento colectivo al exilio o la montaña.

d) La cuarta dimensión relacionaba la resistencia en situaciones límite, con el hablar y buscar consuelo. Este componente es más individual y supone un afrontamiento emocional adaptativo a las situaciones estresantes y traumáticas.

e) El quinto factor reunía el compromiso sociopolítico y la reinterpretación positiva de lo ocurrido, es decir, las formas de comprometerse para tratar de cambiar la realidad. Globalmente es la dimensión de afrontamiento cognitivo e ideológico.

Se intentará fortalecer la idea de sí mismo, elogiando su capacidad para haber resuelto otras situaciones difíciles a lo largo de su vida y aprovechar el contacto con el afectado para darle expectativas positivas de su recuperación. Es importante tener en cuenta que los recursos también van a condicionar el estilo de afrontamiento que el afectado utilizará (físicos, personales, sociales, recursos materiales, técnicas de resolución de problemas etc.) Es necesario planificar su utilización, para que le lleven al afectado a un afrontamiento activo y no defensivo o meramente asistencial (DGPCE, s/f).

Personalidad resistente: El concepto de personalidad resistente aparece por primera vez en la literatura científica en 1972, en relación a la idea de protección frente a los estresores. Son Kobasa y Maddi los psicólogos que desarrollan y teorizan sobre este constructo, al observar el hecho de que algunas personas sometidas a altos niveles de estrés no desarrollan ningún tipo de trastorno (citado en Vera, 2004).

Este concepto se desarrolla a través del estudio de aquellas personas que ante hechos vitales negativos parecen tener unas características de personalidad que les protegen. Así, se ha establecido que las personas resistentes tienen un gran sentido del compromiso, una fuerte sensación de control sobre los acontecimientos y están más abiertos a los cambios en la vida, a la vez que tienden a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte más de la existencia. Mientras que las personas no resistentes, mostrarían carencias en

el sentido del compromiso, un locus de control externo y una tendencia a considerar el cambio como negativo y no deseado.

Según Vera (2004), la personalidad resistente se asocia con una tendencia a percibir los potenciales eventos traumáticos en términos menos amenazadores y sus efectos están mediados por mecanismos de evaluación del ambiente y por mecanismos de afrontamiento. Las personas resistentes experimentan los eventos estresantes de forma similar a las personas menos resistentes, si bien, evalúan estos eventos como menos amenazantes y se mantienen más optimistas sobre su habilidad para afrontarlos, lo que resulta en una menor activación del organismo y en una menor probabilidad de enfermar a raíz de sufrir un evento estresante.

La personalidad resistente actuaría a través de diferentes vías:

1. Contribuyendo a modificar las percepciones sobre el estímulo estresante: los sujetos con personalidad resistente serían más propensos a percibir los estímulos estresantes como positivos y controlables.
2. Induciendo a un determinado estilo de afrontamiento: las características de personalidad resistente pueden moderar los efectos del estímulo estresante facilitando estrategias adaptativas o inhibiendo estrategias poco adaptativas. Así entonces, los estímulos potencialmente estresantes se perciben como oportunidades de crecimiento, por lo que se les hace frente de manera optimista y activa, en contraste con los individuos que no tienen ese tipo de estrategias, que evitan o se separan de los estímulos potencialmente estresantes.
3. Afectando indirectamente a las estrategias de afrontamiento a través de la influencia del apoyo social.
4. Favoreciendo cambios hacia determinados estilos de vida saludables: La variable de personalidad resistente influiría en determinadas prácticas como el ejercicio o el descanso, que repercutirían finalmente en la salud del individuo. En este sentido, se ha demostrado que existen relaciones positivas entre personalidad resistente y estilos de vida saludables.

7.2 Crecimiento postraumático

El concepto de crecimiento postraumático hace referencia al cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la

vivencia de un suceso traumático. Muchos de los supervivientes de experiencias traumáticas encuentran caminos a través de los cuales obtienen beneficios de su lucha contra los abruptos cambios que el suceso traumático provoca en sus vidas (Vera, et al. 2006).

Un fenómeno que ha tendido a no recibir la atención de los teóricos del trauma es el de la posibilidad de aprender y crecer a partir de experiencias adversas. Como en el caso de la resiliencia. De hecho, unos dos tercios de los supervivientes de experiencias traumáticas encuentran caminos a través de los cuales beneficiarse de su lucha contra los abruptos cambios que el suceso traumático provoca en sus vidas (Vera, 2004).

Es importante recordar que cuando se habla de crecimiento postraumático se hace referencia al cambio positivo que experimenta una persona como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de un suceso traumático, que no es universal y que no todas las personas que pasan por una experiencia traumática encuentran beneficio y crecimiento personal en ella.

Aprendizaje a través del proceso de lucha: El crecimiento postraumático se divide en tres categorías o más específicamente el aprendizaje a través del proceso de lucha. Según Calhoun y Tedeschi (1999), la primera categoría es el cambio en uno mismo, los segundos son los cambios en las relaciones interpersonales y por último, los cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida (Citado en Vera et al. 2006)

Cambios en uno mismo. Es un sentimiento común en muchas de las personas que afrontan una situación traumática el aumento de la confianza en las propias capacidades para afrontar cualquier adversidad que pueda ocurrir en el futuro. Al lograr hacer frente a un suceso traumático, el individuo se siente capaz de enfrentarse a cualquier otra cosa. Este tipo de cambio puede encontrarse en aquellas personas que, por sus circunstancias, se han visto sometidas a roles muy estrictos u opresivos en el pasado y que a raíz de la lucha que han emprendido contra la experiencia traumática han conseguido oportunidades únicas de redireccionar su vida. Estas ideas son consistentes con los trabajos que indican que las convicciones políticas e ideológicas son el principal factor positivo de resistencia en presos políticos y torturados.

Cambios en las relaciones interpersonales. Muchas personas ven fortalecidas sus relaciones con otras a raíz de la vivencia de una experiencia traumática. Suele ser común la aparición de pensamientos del tipo “ahora sé quienes son mis verdaderos amigos y me siento mucho más cerca de ellos que antes”. Muchas familias y parejas enfrentadas a situaciones adversas dicen sentirse más unidas que antes del suceso. Por otro lado, el haber

hecho frente a una experiencia traumática despierta en las personas sentimientos de compasión y empatía hacia el sufrimiento de otras personas y promueve conductas de ayuda.

Cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida. Las experiencias traumáticas tienden a sacudir de forma radical las concepciones e ideas sobre las que se construye la forma de ver el mundo. Es el tipo de cambio más frecuente. Cuando un individuo pasa por una experiencia traumática cambia su escala de valores y suele apreciar el valor de cosas que antes obviaba o daba por supuestas.

Recuperación: Muchos de los sujetos que viven una experiencia traumática experimentan en los primeros momentos síntomas postraumáticos o reacciones disfuncionales de estrés, que no deben ser considerados como patológicos, sino como reacciones normales ante situaciones anormales.

Desde la Psicología tradicional se ha tendido a ignorar el proceso de recuperación natural, que, si bien al principio lleva consigo la experiencia de síntomas postraumáticos o reacciones disfuncionales de estrés, con el paso del tiempo se desvanecen. Los datos apuntan a que alrededor de un 85% de las personas afectadas por una experiencia traumática sigue este proceso de recuperación natural y no desarrolla ningún tipo de trastorno (Vera et al. 2006)

Es importante diferenciar el concepto de resiliencia del concepto de recuperación, ya que representan trayectorias temporales distintas. En este sentido, la recuperación implica un retorno gradual hacia la normalidad funcional, mientras que la resiliencia refleja la habilidad de mantener un equilibrio estable durante todo el proceso (Bonanno, 2004).

Trastorno retardado: Algunas personas enfrentadas a un suceso traumático y que no han desarrollado patologías en un primer momento, pueden hacerlo mucho tiempo después, incluso años más tarde. Sin embargo, la aparición de este tipo de casos es relativamente infrecuente.

Por lo anterior, hay que tener en cuenta que existen personas que pareciera que son resistentes y que han tenido un crecimiento postraumático, sin embargo, es probable que algún desencadenante o algún factor externo propicien un trastorno retardado, como es el caso del estrés de inicio demorado.

7.3 Concepto de salud desde la resiliencia

En el campo de la salud mental, es habitual la presencia de ideas esquemáticas sobre la respuesta del ser humano ante la adversidad, ideas preconcebidas acerca de cómo reaccionan las personas ante determinadas situaciones, basadas generalmente en prejuicios y estereotipos y no en hechos y datos comprobados. Ejemplo de ello es la creencia ampliamente arraigada en la cultura occidental de que la depresión y la desesperación intensa son inevitables ante la muerte de seres queridos, o que la ausencia de sufrimiento ante una pérdida indica negación, evitación y patología.

Estas ideas han llevado a asumir que existe una respuesta unidimensional y de escasa variabilidad en las personas que sufren pérdidas o experimentan sucesos traumáticos y a ignorar las diferencias individuales en la respuesta a situaciones estresantes (Bonanno, 2004).

Vera, Carbelo y Vecina (2006), proponen reconceptualizar la experiencia traumática desde un modelo más saludable que, basado en métodos positivos de prevención, teniendo en consideración la habilidad natural de los individuos de afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones más adversas.

Prevención: Los factores de riesgo están presentes en las situaciones de adversidad, pero simultáneamente se presentan mecanismos protectores que logran crear la posibilidad de revertirlas y sobre todo trabajar previamente con ellas para estar listos en cualquier momento que nos ocurra alguna adversidad.

- Capacidad de establecer redes sociales (parientes, amigos, vecinos, otros padres que atraviesan situaciones parecidas) y encontrar en ellas fuentes de apoyo, sostén y ayuda.
- Fortalecimiento de la relación de la pareja
- Buen nivel de autoestima, de por lo menos uno de los integrantes adultos del medio familiar.
- Buen nivel de comunicación a nivel familiar acerca de la temática de la discapacidad.
- Posibilidad de reconocer y hablar de los sentimientos.
- Posibilidad de disfrute de las circunstancias de la vida
- Predominio de emociones vinculadas con el optimismo y la esperanza que no implican una negación de la situación que se vive.
- Sentido del humor que permite colocarse por encima de la situación problemática.

- Poder de flexibilidad: a) en la búsqueda de soluciones aplicando estrategias ya conocidas, y otra novedosas, ante las distintas situaciones que se presentan.; b) en la redefinición de los roles y las funciones familiares a partir del diagnóstico.
- Posibilidad de creatividad, se manifiesta en la capacidad de transformar, innovar y proponer estrategias originales frente a las circunstancias que se viven.
- Posición activa y capacidad de iniciativa
- Tendencia a desculpabilizarse.
- Funcionamiento familiar que no gira en forma exclusiva alrededor de la discapacidad del hijo.
- Capacidad de cooperación, solidaridad y asunción de responsabilidades compartidas.
- Actitud de los miembros de la familia de confirmarse, alentarse, reconocerse, estimularse.

Pilares de la resiliencia: A partir de esta constatación se trató de buscar los factores que resultan protectores para los seres humanos, más allá de los efectos negativos de la adversidad, tratando de estimularlos una vez que fueran detectados. Así se describieron los siguientes:

Autoestima consistente. Es la base de los demás pilares y es el fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo, “suficientemente” bueno y capaz de dar una respuesta sensible.

Introspección. Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta. Depende de la solidez de la autoestima que se desarrolla a partir del reconocimiento del otro. De allí la posibilidad de cooptación de los jóvenes por grupos de adictos o delincuentes, con el fin de obtener ese reconocimiento.

Independencia. Se definió como el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento. Depende del principio de realidad que permite juzgar una situación con prescindencia de los deseos del sujeto. Los casos de abusos ponen en juego esta capacidad.

Capacidad de relacionarse. Es decir, la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros. Una autoestima baja o exageradamente alta producen aislamiento: si es baja por autoexclusión vergonzante y si es demasiado alta puede generar rechazo por la soberbia que se supone.

Iniciativa. El gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.

Humor. Encontrar lo cómico en la propia tragedia. Permite ahorrarse sentimientos negativos aunque sea transitoriamente y soportar situaciones adversas.

Creatividad. La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. Fruto de la capacidad de reflexión, se desarrolla a partir del juego en la infancia.

Moralidad. Entendida ésta como la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores. Es la base del buen trato hacia los otros.

Capacidad de pensamiento crítico. Es un pilar de segundo grado, fruto de la combinación de todos los otros y que permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de la adversidad que se sufre, cuando es la sociedad en su conjunto la adversidad que se enfrenta. Y se propone modos de enfrentarlas y cambiarlas. A esto se llega a partir de criticar el concepto de adaptación positiva o falta de desajustes que en la literatura anglosajona se piensa como un rasgo de resiliencia del sujeto (Melillo, 2002).

Las fuentes interactivas de la resiliencia. De acuerdo con Melillo (2002) para hacer frente a las adversidades, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado, los factores de resiliencia de cuatro fuentes que se visualizan en las expresiones verbales de los sujetos (niños, adolescentes o adultos) con características resilientes:

- “Yo tengo” en mi entorno social.
- “Yo soy” y “yo estoy”, hablan de las fortalezas intrapsíquicas y condiciones personales.
- “Yo puedo”, concierne a las habilidades en las relaciones con los otros

Tengo	Personas alrededor en quienes confío y que me quieren incondicionalmente. Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros. Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder. Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo. Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro, o cuando necesito aprender.
Soy	Alguien por quien los otros sienten aprecio y cariño. Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.

	Respetuoso de mí mismo y del prójimo.
Estoy	Dispuesto a responsabilizarme de mis actos. Seguro de que todo saldrá bien.
Puedo	Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan. Buscar la manera de resolver mis problemas. Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien. Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar. Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.

A continuación, la OPS (2006) propone una serie de actividades para prevenir los efectos negativos del trabajo de los equipos de respuesta:

Debe existir una cuidadosa selección de los postulantes a integrarse a los equipos de respuesta, con especial énfasis en el descarte de personas con trastornos de personalidad.

Definir perfiles para cada tipo de especialidad o labor en el trabajo de respuesta, como son las labores de rescate, atención de salud, combate de incendios, manejo de materiales peligrosos y trabajo humanitario en emergencias complejas, entre otros, con la finalidad de poder designar al personal más idóneo para cada tipo de tarea.

Pautar, como rutina anual, un proceso de evaluación en salud mental con la finalidad de identificar de manera oportuna el agotamiento emocional, los síntomas de estrés postraumático y otros trastornos psíquicos.

Establecer anualmente actividades de prevención del estrés ocupacional y autocuidado de la salud mental orientado, diseñando y difundiendo materiales educativos de fácil lectura y comprensión.

Incluir en las acciones de protección de la salud mental una amplia gama de trabajadores; un ejemplo puede ser el personal que se desempeña en las centrales telefónicas de emergencias.

Extender los cuidados de la salud mental a las familias de los integrantes de los equipos de respuesta, con la finalidad de prevenir la violencia y otros conflictos familiares, así como para involucrarlas en el conocimiento del trabajo que realizan estos equipos y el estrés al cual están sujetos.

Los programas de capacitación y entrenamiento deben evaluar la capacidad de los participantes para trabajar bajo presión, realizar labores en equipo, tolerar la frustración y manejar el miedo.

Incluir temas relacionados con el autocuidado de la salud mental, en los contenidos temáticos.

Enseñar a reconocer las reacciones psicológicas que requieren una acción correctiva inmediata, con la finalidad de dar el apoyo necesario en forma oportuna.

Preparar un grupo de intervención en crisis conformado por personal con experiencia, que se encargará de dar la información a la familia, cuando un integrante de los equipos de respuesta resulte lesionado o fallezca en cumplimiento del servicio.

Capítulo 8. Técnicas

8.1 Técnicas para el desahogo psicoemocional

En este apartado veremos técnicas para el desahogo psicológico, las cuales como sabemos, son procedimientos con un objetivo en particular, en este caso, hacer una intervención no invasiva, grupal y a través de tareas de autoayuda.

Es importante conocer la base de las técnicas que vamos a utilizar, pues es evidente que las sesiones grupales serán dirigidas por expertos en el área de emergencias y desastres y no por psicólogos. Pues la psicología de emergencias y desastres se compone del conjunto de áreas afines para dar soluciones, frente a una problemática derivada de las emergencias y desastres.

En el año 1956 el Dr. Albert Ellis inicia una nueva corriente en psicoterapias que hoy se conoce con el nombre de Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Algunos años después, en 1962, el Dr. Aaron T. Beck inicia una nueva propuesta en psicoterapias que denomina Terapia Cognitiva (TC) y que muy pronto adquiriría gran prestigio por su eficacia para enfrentar la depresión y la ansiedad. Ambas corrientes, junto con nuevos desarrollos como la Terapia de los Esquemas (Jeffrey Young) y otras nuevas orientaciones integradoras, conductuales y sociales, están comprendidas en lo que hoy podríamos denominar la “corriente cognitiva conductual” en psicoterapias (citado en Obst, 2008).

El paradigma de la psicología cognitiva (y las terapias cognitivas) consiste en el principio de la mediación cognitiva. Sintéticamente: La reacción (o respuesta emotiva o conductual) ante una situación (o estímulo) está mediada por el proceso de significación (o evaluación) en relación a los objetivos (metas, deseos) de cada persona.

Las estructuras cognitivas, generalmente denominadas esquemas, que dan lugar a las evaluaciones y a las respuestas, son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado a través de las experiencias vividas, propias de cada persona.

Según Obst (2008), toda terapia implica una modificación de estructuras, que logrará una modificación de las respuestas (emotivas y/o conductuales). De esta manera, sin desconocer el enfoque médico biológico de los trastornos, sino sumándose al mismo, este modelo psicoterapéutico aporta al proceso de cambio el concepto de reaprendizaje, para lo cual puede recurrir a las teorías del aprendizaje. Entre las teorías del aprendizaje podemos citar el modelo social cognitivo de Albert Bandura. Las técnicas y recursos psicoterapéuticos, basados tanto en la teoría como en la experiencia clínica, abarcan un amplio espectro.

Por lo anterior, Obst (2008) propone algunas de las características prácticas más destacadas de este modelo psicoterapéutico que son:

- Su brevedad.
- Su centrado en el presente, en el problema y en su solución.
- Su carácter preventivo de futuros trastornos.
- Su estilo de cooperación entre paciente y terapeuta.
- La importancia de las tareas de auto-ayuda a realizarse entre sesiones

Así entonces, a continuación explicaremos algunas técnicas que han surgido de la terapia cognitivo conductual.

8.2 Respiración diafragmática

Indicaciones para su uso.

El objetivo de esta técnica es enseñar a la persona una manera saludable para respirar mediante una modalidad de respiración lenta y profunda. Si se practica cotidianamente se puede corregir el patrón de respiración deformado que se tenga (Domínguez, et al, 2002).

Instrucciones.

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

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

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

8.3 Escritura emocional autoreflexiva

Indicaciones para su uso.

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

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

Instrucciones generales.

Escriba la experiencia más dolorosa, traumática, perturbadora y/o conflictiva, reciente o pasada; especialmente aquella que nunca haya hablado con nadie o lo haya hablado superficialmente o en pocas ocasiones. En este ejercicio plasme sus emociones y sentimientos más profundos, así como las experiencias positivas que logro obtener de ese suceso y las metas que se definieron a partir de ello.

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

Ejercicio A

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

Ejercicio B (combinada)

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

Ejercicio C

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

8.4 Imaginería guiada

A través de la historia, muchas culturas han utilizado la imaginería con propósitos terapéuticos, tales como los navajos, antiguos egipcios, griegos y chinos. Las religiones tales como el hinduismo y el judaísmo también han practicado imaginería. En los tiempos modernos, el término "imaginería guiada" puede utilizarse para referirse a varias técnicas,

dentro de las que se cuentan la metáfora, relatos de historias, fantasía, juegos, interpretación de sueños, dibujar, visualización, imaginación activa o sugestión directa a través del uso de imaginería (Álvarez y Cruz, 2007).

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

Indicaciones y contra indicaciones para su uso.

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

Instrucciones.

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

8.5 Relajación muscular progresiva

Las técnicas de relajación al principio de siglo eran utilizadas sólo en el ámbito clínico, pero actualmente es una técnica que la pueden llevar a cabo todas las personas. Las técnicas de relajación muscular progresiva son un conjunto de ejercicios mediante los cuales se tensan y relajan los distintos grupos musculares del cuerpo para poder de esta manera redescubrir cuándo nuestros músculos están en tensión y aplicar entonces el procedimiento (Álvarez y Cruz, 2007).

Indicaciones y contra indicaciones para su uso.

Es muy útil para identificar los puntos de tensión en el cuerpo y para aprender a controlar el nivel de tensión en músculos específicos. No es recomendable para personas con problemas de contractura muscular (Domínguez, et al, 2002).

Instrucciones.

Colóquese en posición cómoda. Estirando su brazo derecho al frente, cierre el puño, apriete fuerte, más, más, mantenga la tensión (sienta la tensión que ha logrado en el brazo y el puño); afloje lentamente, muy despacio y fíjese que ocurre, qué cambios observa, fíjese en su piel. Deje sueltos los músculos, relajados, sin fuerza y compare esta sensación con la tensión que tenía hace unos instantes. Repita el mismo ejercicio en el brazo izquierdo y por último hágalo con ambos brazos al mismo tiempo. Ahora descanse y respire profundamente.

Vamos hacer el ejercicio de tensar y relajar los músculos de la cara. Levante las cejas, mantenga la tensión unos instantes, fíjese en esa tensión y afloje muy despacio, lentamente y fíjese en los cambios. Ahora cierre los ojos y haga el mismo ejercicio de tensar, mantenga la tensión, ahora vaya aflojando los músculos. Vamos con los músculos de la mandíbula; tense los músculos, mantenga la tensión y ahora, poco a poco, vaya aflojándolos lentamente.

Ahora vamos con la cabeza y el cuello, dirija su cuello hacia atrás, luego hacia delante. Ahora levante sus hombros como si quisiera alcanzar sus orejas, observe las sensaciones de tensión que se van produciendo y deje ahora que la relajación comience dejando que los hombros regresen lentamente a la posición original. Repita el ejercicio una vez más, levante sus hombros, sienta la tensión y deje ahora que se relajen, mientras regresa lentamente a su posición original, respire lentamente mientras lo hace. Al dejar que el aire salga lentamente, deje que los músculos de su cuello, de su quijada y de sus hombros se relajen aún más mientras el aire sale lentamente de su boca.

Ahora endurezca los músculos de sus brazos y cierre con fuerza sus puños,... note las sensaciones que se van produciendo y deje ahora que se relajen lentamente,... observe las sensaciones de relajación en los mismos músculos... Repítalo una vez más..... Observe la tensión y deje que comience la relajación,... afloje sus músculos..... Ahora ponga duros los músculos de su pecho y de su estómago,... note la sensación de tensión y deje ahora que se relajen lentamente....Repita el mismo ejercicio una vez más....., note la tensión y deje ahora que se relajen lentamente....., tome aire profundamente y déjelo salir lentamente por su boca. Nuevamente tome aire profundamente y déjelo salir lentamente por su boca, cualquier sensación de tensión que haya quedado en su pecho, en sus brazos y en sus puños, se va desvaneciendo.

Ahora apunte con los dedos de sus pies hacia las rodillas, levante lentamente sus piernas y note las sensaciones de tensión que se van produciendo; relaje, deje que se relajen

lentamente estos músculos regresando a su posición original. Repita el mismo ejercicio una vez más; levante lentamente sus piernas y con los dedos de sus pies orientados hacia su cuerpo, note la tensión que se va produciendo, y deje ahora que se relajen lentamente.

Ahora, apoye con fuerza sus talones en el piso y note las sensaciones de tensión que se van produciendo en sus piernas, deje ahora que se relajen lentamente. Repita el ejercicio una vez más, note la tensión que se va produciendo y deje que sus músculos se relajen lentamente.

Para terminar tome aire por la nariz cinco ocasiones y déjelo salir lentamente por la boca. Mueva su cuerpo lentamente. Tómese su tiempo....el ejercicio ha concluido.

8.6 Debriefing

El Debriefing es una técnica que a menudo es un primer paso para ayudar al proceso traumático del personal que atiende un evento traumático. La palabra Debriefing su significado o traducción es interrogatorio después de una misión, sin embargo, como la técnica ya tiene nombre en este trabajo se utilizará en inglés.

Por lo anterior, se dice que es una reunión formal, ya sea individualmente o en pequeños grupos. Generalmente es conveniente realizarla poco después de un incidente excepcionalmente agotador. Con el objetivo de tratar residuos emocionales que surgieron del acontecimiento. Cualquier lugar puede ser adecuado siempre y cuando cumpla con ciertas características para reunir a un grupo, asegurando la intimidad del personal. Estas sesiones ocupan en ocasiones varias horas, que pueden ir de 2 o 3 horas. Este modelo fue creado por Jeffrey Mitchell en 1983 con el nombre de Critical Incident Stress Debriefing (CISD) (Weaver, s/f).

Por lo anterior, Marcuello (2006), menciona que todo el personal que interviene en una catástrofe, desde los servicios de rescate, los voluntarios y los propios miembros del equipo psicosocial se ve sometido a un fuerte impacto psicológico, por lo cual es importante que estas personas reciban también el apoyo psicológico que necesiten a través de técnicas grupales que favorezcan la ventilación emocional, desahogo y faciliten estrategias de afrontamiento de situaciones críticas, a través de la técnica Debriefing.

Para Fernández (2005), las fases del Debriefing son las siguientes:

- I. Explicación de los objetivos. (Por ejemplo, Esta sesión ha sido programada para apoyar a cada uno de este equipo a aceptar los sentimientos y emociones que

provinieron de evento atendido por este equipo). En este caso, se mencionará que lo que se hable en esa sesión será confidencial. Algunas reglas de la sesión además de la confidencialidad son:

- Cada cual habla solamente por él/ella mismo.
- No se permiten extraños al grupo en la sesión.
- Una vez iniciada la sesión no habrá interrupciones hasta terminar ésta.
- Por favor de apagar sus celulares y cualquier medio de comunicación.
- No debe de haber prisas.
- Las sesiones no son para criticar ni para hacer investigaciones.
- Sentirse libre de hacer cualquier tipo de pregunta.
- Que los participantes planeen quedarse la sesión completa.
- Nadie está obligado a hablar si no se quiere.
- No se tratan temas técnicos ni jurídicos.

II. Hechos. Cada miembro se identificará y explicará qué ocurrió.

III. Pensamientos. Cada miembro describe lo que vio, oyó y pensamientos que tuvo.

IV. Reacción. Se comentan las reacciones. Se pide a cada miembro que se centre en lo peor que ha experimentado.

V. Síntomas. Cada miembro comenta las respuestas de estrés que sufrieron inmediatamente después del incidente y las actuales.

VI. Enseñanza. Se insiste sobre la normalidad de estas reacciones y se enseñan o recuerdan los mecanismos de afrontamiento.

VII. Reentrada. Se aclaran las dudas, se da oportunidad de decir cualquier cosa que no se haya atrevido a decir antes y se ofrece la posibilidad de apoyo adicional.

Casi todas las preguntas en la sesión serán del tipo:

¿Qué? y ¿Cómo?

¿Qué piensas?

¿Qué es lo que quieres hacer? ...

¿Cómo lo harás?

¿En qué medida es igual o diferente esto de....?

Preguntas diseñadas para ayudar al paciente a relatar su historia

¿Puedes explicarme qué pasó o lo que te pasó?

Raramente se pregunta ¿Por qué?

Dime todo lo que deba saber para que te entienda.

No tienes que compartir algo que quieras mantener en privado

¿Has experimentado alguna situación parecida a ésta?

¿Puedes explicarme cómo eran las cosas antes de que ocurriera la tragedia?

Has descrito que en esta situación te sentiste desamparado, fuera de control, próximo a la muerte, etc.

En algún momento de tu vida ¿Recuerdas haber sentido un sentimiento similar de desamparo?

¿Crees que tienes suficiente información sobre lo que te pasa o ha pasado?

¿Qué información necesitas todavía?

¿Es la primera vez que has pedido ayuda?

Tipos de preguntas para evaluar sus estrategias de afrontamiento:

¿Puedes recordar una ocasión en el que estabas en una situación parecida, pero en cambio te recuperaste?

¿Qué has hecho para enfrentarte al problema?

¿Qué funcionó y que no funcionó?

Si el participante habla de una "persona especial", hay que pedirle que explique la relación.

¿Qué es lo que viste en esta persona que lo hizo tan especial?

¿Qué es lo que esta persona vio en ti?

¿Qué consejo te daría esta persona referente a tu situación actual?

¿Dónde empezarías para poner en práctica esos consejos tan valiosos y cómo eliminarías barreras?

Creo que has empezado.

Para terminar la sesión diremos, “Esperamos que esta reunión o sesión sea de utilidad para ustedes y este proceso debe de continuar con la recuperación. Se da por terminado la sesión.

8.7 Defusing

El Defusing consiste en estructurar una sesión de descarga emocional con el personal involucrado en la atención de un incidente crítico, esto es, antes de abandonar el escenario o el fin del turno. Su objetivo es intervenir lo antes posible para prevenir posible brotes de estrés. El significado de la palabra Defusing se refiere a la desconexión, pero así como el Debriefing, el Defusing es una técnica y en este trabajo este nombre se utilizará en inglés.

El Defusing puede ser un tanto informal y con una corta duración. Aunque las sesiones se pueden alargar, lo recomendable es hacer un cierre y pasar esas conclusiones al Debriefing,

pues en ésta hay más tiempo para expresar todo tipo de emociones y sentimientos (HRB, 1997).

El Defusing se lleva a cabo cuando el incidente es particularmente inquietante, complejo o prolongado. Se debe de hacer cuando el evento no ha terminado y hay que cambiar de turno o va haber un descanso más largo. También, se debería llevar a cabo cuando la gestión de emergencias está fallando y está afectando al personal. A menudo las ambigüedades, generadas por la falta de coordinación, generan un estrés que repercute en la salud general del personal que esta atendiendo el incidente.

En general, podemos decir que el Defusing, estabiliza emocionalmente al personal antes de partir a descansar, les ayuda a reflexionar sobre los posibles síntomas y para hacer una ruptura entre el trabajo y su vida personal. Algunas diferencias entre el Defusing y el Debriefing están en la tabla siguiente:

	Defusing	Debriefing
Objetivo	Terminar la activación emocional en el lugar del incidente. Clarificar acontecimientos y reacciones. Iniciar restauración.	Iniciar la recuperación psicoemocional, hacer una revisión detallada de los acontecimientos y reacciones frente al evento.
Tiempo	No más de 1 hora por sesión, después de terminado el evento o al cambio de turno.	La sesión puede estar entre 2 y 3 horas, y puede darse días después del incidente.
Contenido a tratar	Revisión de lo acontecido, evaluar necesidades e información oportuna.	Revisión completa del incidente, de pensamientos, emociones, síntomas, aprendizaje y continuidad al proceso de recuperación.
Por quién	Por personal entrenado en psicología de las emergencias y desastres, los cuales pueden ser sus pares o compañeros.	Por personal entrenado en psicología de las emergencias y desastres, los cuales pueden ser sus pares o compañeros. Que puedan contener a un grupo.

El Defusing es parecido con el Debriefing en el manejo de las emociones, sin embargo, el tiempo y lugar hacen la diferencia, y las similitudes son básicamente en la forma de estructurar las preguntas.

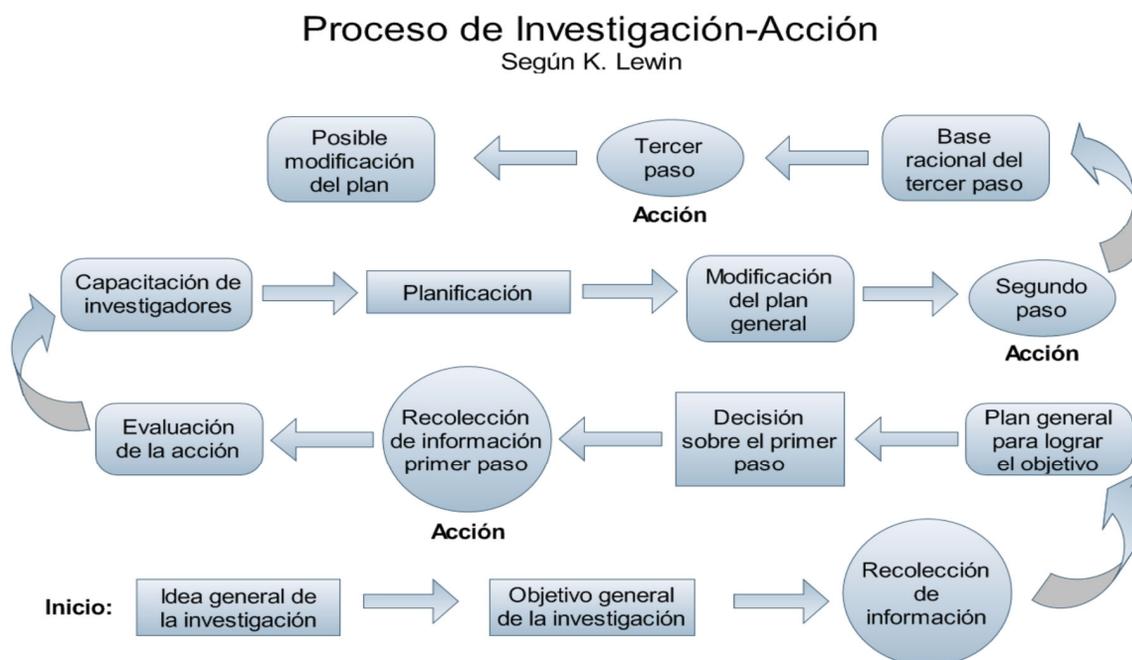
Protocolo de Desahogo Psicoemocional para el Personal de Protección Civil del D.F.

Metodología

Antes de describir el protocolo en sus generalidades se explicará la metodología que fue empleada para elaborar dicho protocolo. Esta metodología se basa en la Investigación-Acción que es referida por la psicología comunitaria (Montero, 2007) y sus principios son:

- La administración e ingeniería social
- Producción de cambios sociales
- Superación de la brecha entre teoría y práctica
- Superación de la brecha entre investigación y acción
- Carácter dialéctico y educativo
- Compromiso de los investigadores con la sociedad en la que viven, para la resolución de problemas psicosociales que afectan a sectores o grupos de su población
- Desarrollo de una ciencia aplicada con mayor y más rápida capacidad de respuesta a los problemas sociales.
- Desarrollo de una ciencia más cercana a las necesidades, intereses y perspectivas de la población
- Producción de cambios sociales planificados

Es importante mencionar, que este protocolo se encuentra en la fase previa a la acción, debido a que se está evaluando la pertinencia e implementación de en la Secretaría de Protección Civil del Distrito Federal. A continuación se muestra un diagrama que propone Kurt Lewin sobre la Investigación-Acción (citado en Montero, 2007).



Objetivos del Protocolo

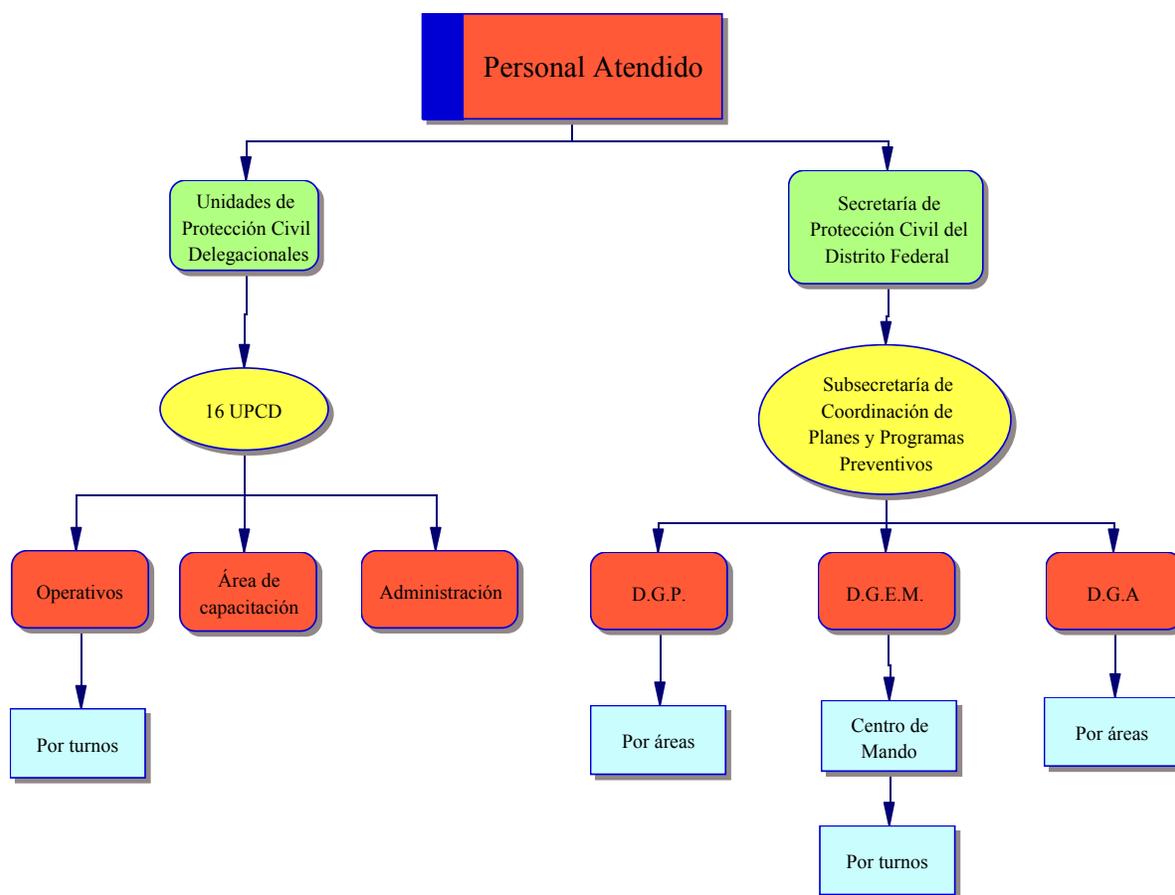
El objetivo central del protocolo para el desahogo psicoemocional del personal de Protección Civil del distrito Federal es facilitar y apoyar los procesos naturales de recuperación, así como prevenir que persistan o se agraven los síntomas, o que surjan enfermedades.

Los objetivos particulares que tiene el protocolo son:

- A. Identificar qué factores de riesgo en el trabajo pueden afectar y que de alguna manera puedan ser modificados o manejados, a través de evaluaciones constantes.
- B. Establecer estrategias coordinadas entre el personal de PC, los dirigentes y los supervisores (psicólogos en emergencias y desastres).
- C. Definir el perfil del líder de grupo que llevará a cabo el desahogo psicoemocional.
- D. Delimitar el entrenamiento de los líderes de grupo que fungirán como Coordinadores de desfogue o desahogo psicoemocional por cada delegación, por cada turno y por cada dirección administrativa u operativa.
- E. Instrumentar cómo se debe de dar el apoyo psicoemocional a los equipos de emergencia que muestren sintomatología derivada de el trabajo cotidiano.
- F. Definir la activación del protocolo para el desahogo psicoemocional de los cuerpos de emergencia, en situaciones cotidianas y de desastres.
- G. Especificar los aspectos técnicos y metodológicos de las sesiones de desahogo psicoemocional. Este objetivo se trabajará en el entrenamiento a la hora de supervisar cómo se llevan a cabo las técnicas de desahogo psicoemocional.
- H. Definir y establecer los requerimientos mínimos ambientales y materiales para las sesiones.
- I. Establecer la recolección de información de las sesiones grupales, para las futuras modificaciones al protocolo.
- J. Instrumentar la supervisión por parte de un psicólogo en emergencias y desastres a los líderes de grupo y la implementación de las sesiones de desahogo psicoemocional de estos líderes.
- K. Definir el glosario de términos para la mejor interpretación del protocolo.
- L. Pautar, como rutina constante la autoevaluación y la evaluación del protocolo.

Anexos, diagramas del protocolo para el desahogo psicoemocional

Diagrama 1. Este diagrama muestra a quiénes se tiene que atender en una situación de emergencias y en una situación de desastre. Según objetivo B.



Convocatoria. Según objetivo C.

Convocatoria para el curso sobre psicología de las emergencias y desastres con la finalidad de promover facilitadores e interventores en crisis certificados

A todo el personal interesado en desarrollar habilidades y destrezas en el área de psicología de las emergencias y desastres. Con la finalidad de ser facilitador psicoemocional de su grupo o equipo de trabajo. El curso consta de 58 horas y la modalidad del entrenamiento es en seminario y curso taller. Al terminar el entrenamiento, se entregará constancia de participación a quien haya concluido satisfactoriamente.

Perfil del facilitador psicoemocional

- Que sea reconocido como una persona apta y capaz en su desempeño profesional y con calidad de líder natural por el equipo o grupo de trabajo.
- Que tenga capacidad para identificar las fortalezas y debilidades de sí mismo y de los demás.
- Capacidad de fijar metas y alcanzarlas.
- Capacidad de reconocer a otros por sus contribuciones personales.
- Capacidad de aceptar la responsabilidad personal.
- Capacidad para encontrar y utilizar los recursos para llevar a cabo una tarea y en caso de restricciones, ser creativo para trabajar con estas limitaciones.
- Capacidad de convertir cada situación en una experiencia útil.
- Que cuente con capacidad de delegar y jerarquizar los problemas
- Capacidad de mirar el presente en una forma objetiva y planear realizaciones futuras en forma realista.
- Capacidad de mantener un equilibrio entre los aspectos físicos y emocionales de la vida.
- Deseo constante de actualizarse y superarse en su especialidad, así como en la inclusión del área psicológica como herramienta básica de su desempeño.
- En caso que no cuente con todas las habilidades y destrezas básicas mínimas, que le permitan un adecuado desempeño, la sinergia grupal lo empujara y se le motivara para mejorar su déficit de habilidades aptitudes y actitudes que presente.

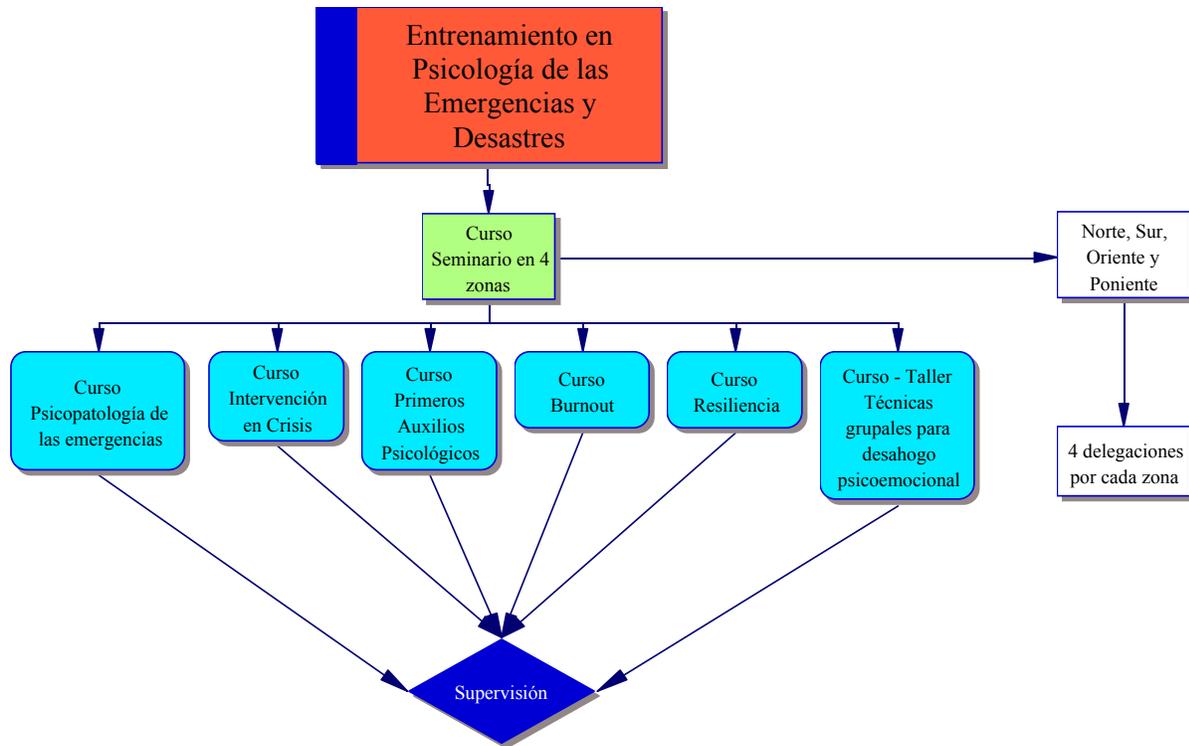
El líder como facilitador

Si quieres un año de prosperidad, cultiva grano.
Si quieres 10 años de prosperidad, cultiva árboles.
Si quieres 100 años de prosperidad, cultiva gente.

Proverbio chino

Basado en recomendaciones: OPS (2006).

Diagrama 2. Este diagrama muestra y delimita los temas del entrenamiento que tendrán los líderes de grupo. Según objetivo D.



Como parte de este entrenamiento se anexan al final las cartas descriptivas de cada uno de los cursos, en las cuales se incluyen tiempos, temarios y objetivos de cada uno.

Diagrama 3. Este diagrama muestra las técnicas para el desahogo psicoemocional la técnica primarias para las sesiones son: el Debriefing o el Defusing dependiendo del evento y el tiempo; así mismo, dentro de las sesiones se trabajará con técnicas secundarias como son: respiración diafragmática, escritura emocional autoreflexiva, imaginería guiada y relajación muscular progresiva. Según objetivo E.

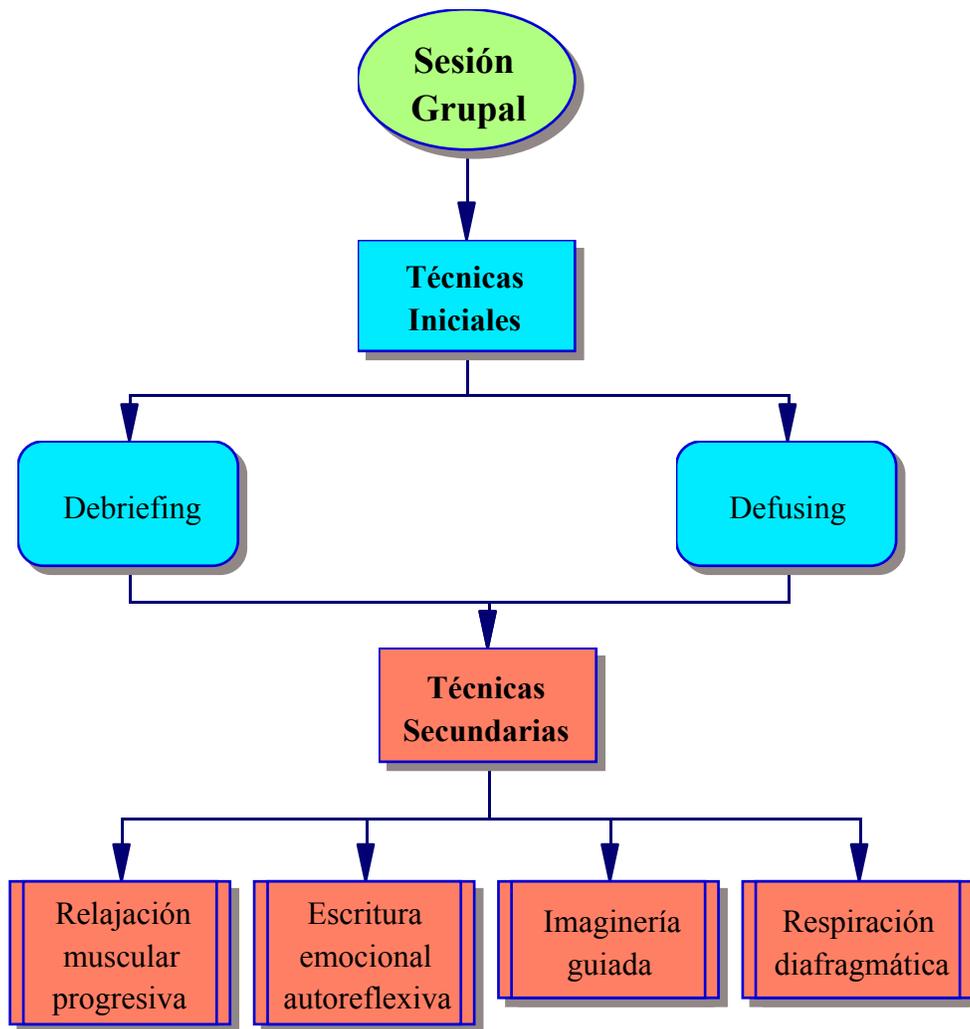
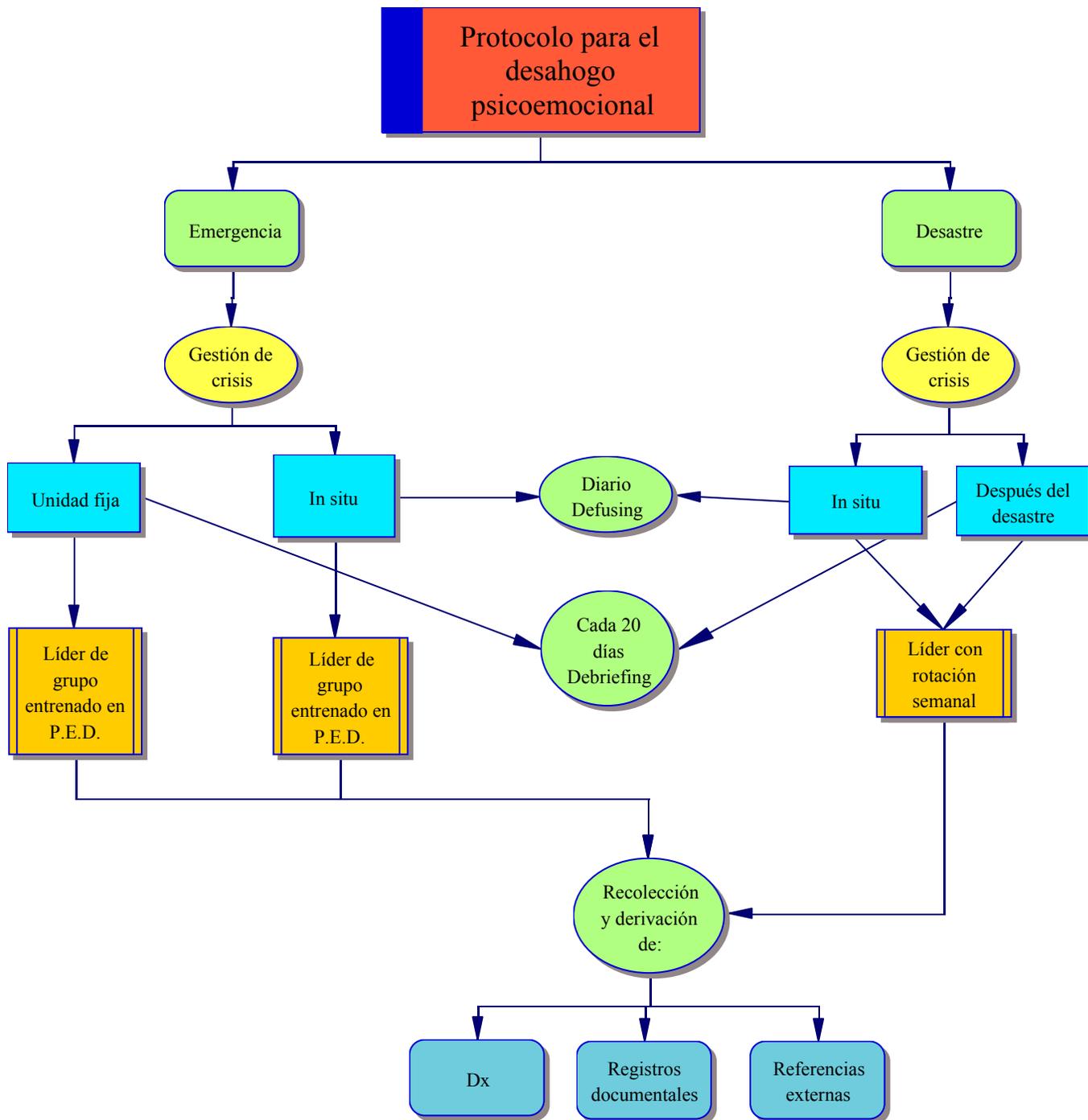


Diagrama 4. La activación del protocolo tiene que definirse dependiendo del tiempo que lleve la emergencia o el desastre, ya que las emergencias duran un menor tiempo que los desastres. Según objetivo F.



Así mismo, acompañada del diagrama anterior, se anexan instrumentos para la recolección de datos: 1. Recolección de datos del incidente crítico, 2. Tarjeta de triage psicológico y 3. Principales fuentes de estrés.

1. RECOLECCIÓN DE DATOS DEL INCIDENTE CRÍTICO

Zona de Intervención

Delegación	
Colonia	
Calle	
Hora de inicio	
Hora de término	
Se atendió el evento por petición de	
Tipo de incidente	

Atendidos

A cuántas personas se atendió	
Cuántas personas de PC atendieron el incidente	
Cuántas personas de otras instituciones atendieron el incidente	
Cuál o cuáles instituciones	

2. TARJETA TRIAGE PSICOLÓGICO (Revisar glosario para ver significado)

Lado A

Número de tarjeta: _____	
Nombre: _____	
Hora: _____	
Fecha: _____	
¿Apoyo familiar? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Toma fármacos? _____	
¿Se le ha administrado alguno? _____	
Situación: ___ Afectado ___ Familiar ___ Profesional	
Pérdidas: ___ Materiales ___ Personales ___ Daños físicos	

Marque con una X, las casillas que sean necesarias.

Lado B

	No se observa	Nivel normal	Nivel alto	Precisa intervención
Ira				
Culpa				
Emociones contrapuestas				
Náuseas				
Fatiga				
Escalofríos (Temblores con sensación de frío y sudoración)				
Hipervigilancia (Sobresalto de atención y alerta)				
Pensamientos intrusos (Pensamientos a los que piensa normalmente)				
Miedo				
Incapacidad para descansar				
Habla acelerada				
Gritos				
Amnesia (Pérdida o debilidad notable de la memoria)				
Palpitaciones exacerbadas				
Temblor				
Sensación de ahogo (Aprieto o aflicción en el pecho y falta de aire)				
Mareo				
Mutismo (Silencio voluntario o impuesto)				
Sensación de irrealidad (Como si estuviera en un sueño, o no sentirse uno mismo como si viera uno de fuera)				
Llanto				
Tristeza				
Pérdida de apetito				
Cefaleas (Dolor de cabeza intenso)				
Agresividad				
Embotamiento (Débil, menos activo y eficaz)				
Negación de la realidad				
Otros: Temperaturas bajas en pies manos y cabeza como indicador del estrés				

Observaciones:

Fuente: Fernández M. (2005).

3. PRINCIPALES FUENTES DE ESTRÉS

Instrucciones: Escriba dentro de cada recuadro las fuentes de estrés que considera más importante para usted. La información que usted proporciona es estrictamente confidencial. GRACIAS.

Ambientales	Familiares	Personales	Laborales

Fuentes de estrés más frecuentes

Ambientales	Familiares	Personales	Laborales
<ul style="list-style-type: none"> • Ruido • Tránsito intenso • Contaminación • Tiempo restringido • Espacio reducido • Falta de privacidad • Distancias • Inseguridad pública 	<ul style="list-style-type: none"> • Hijos con problemas • Esposo (a) o pareja ausente • Padres (presión, peleas) • Enfermedades propias o de parientes • Muerte de un familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Inseguridad para el logro de metas • Planteamiento de numerosas metas • Pensamientos negativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinero limitado • Problemas con el jefe • Problemas con compañeros de trabajo • Cargas excesivas de trabajo

Fuente: Domínguez et al. (2002).

Las siguientes listas de chequeo son para verificar los requerimientos mínimos ambientales y materiales de las sesiones de desahogo psicoemocional. Según objetivo H.

Lista de chequeo para las sesiones grupales “Debriefing”.

Condiciones ambientales

	Si	No	Observaciones
Reservar una sala para la sesión grupal			
Que la sala tenga buena ventilación e iluminación			
Que haya suficientes bancas para todos los participantes.			
Que las bancas se puedan acomodar en forma de círculo			
Que la sala se encuentre limpia			
Que exista privacidad en la sala			
Que la sala no sea demasiado grande (porque los sonidos hacen eco)			

Materiales mínimos

	Si	No	Observaciones
Kleenex o servilletas de papel			
Tablas de madera o plástico para poder escribir			
Lápices del número 2 o 2 ½ con goma, uno por participante			
Sacapuntas, uno por cada 5 participantes			
Hojas blancas tamaño carta (al menos 5 para cada participante)			
Bolsa de plástico para basura			
Reloj sin alarma para quien dirige la sesión			
Tarjetas de Triage psicológico			

Lista de chequeo para las sesiones grupales “Defusing”.

Condiciones ambientales

	Si	No	Observaciones
Buscar una sala, salón o cuarto para la sesión grupal			
Que la sala en la medida de lo posible tenga buena ventilación e iluminación			
Que haya suficientes bancas para todos los participantes o que haya espacio para sentarse			
Si hay bancas, que se puedan acomodar en forma de círculo			
Que la sala se encuentre limpia en la medida de lo posible			
Que exista privacidad en la sala en la medida de lo posible			

Materiales mínimos

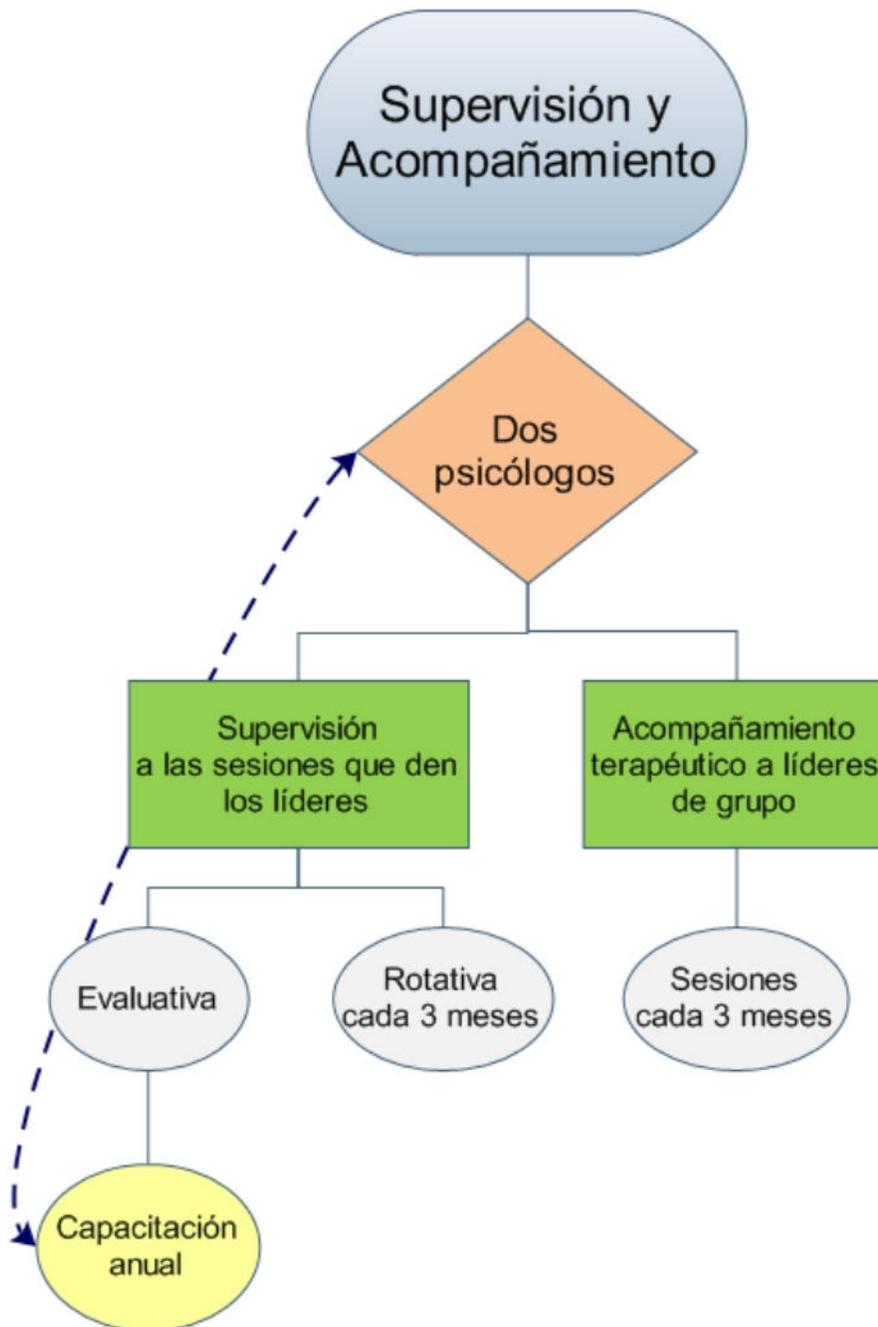
	Si	No	Observaciones
Kleenex o servilletas de papel			
Tablas de madera o plástico para poder escribir			
Bolsa de plástico para basura			
Reloj sin alarma para quien dirige la sesión			
Tarjetas de Triage Psicológico			

Evaluación de las sesiones grupales. Según objetivo I.

	Muy bueno	Bueno	Regular	Deficiente
Iniciativa grupal				
Cooperación				
Compañerismo				
Calidad de trabajo del coordinador				
Claridad del coordinador				
Aula (infraestructura)				
Materiales en la sesión				
Técnicas utilizadas en la sesión				
Organización, antes, durante y después de la sesión				

- ¿Qué grado de cumplimiento de sus metas alcanzó en la sesión?
- ¿Qué efectividad han tenido las sesiones grupales?
- ¿Qué tan bien se ha sentido con las sesiones?
- ¿Crees que las sesiones grupales te han ayudado a superar tus problemas derivados de tu trabajo?
- Si o no y ¿Por qué?
- ¿Existieron factores externos o fuera del control del coordinador que afectaron el cumplimiento de las metas de la sesión?
- ¿Cómo mejorarías las sesiones grupales? Con respecto al personal a cargo de las sesiones, a los materiales y a la infraestructura.
- Por sus comentarios y sugerencias, gracias.
- Con la finalidad de ubicar cuáles son los criterios para que haya sido exitosa la evaluación de las sesiones grupales, se sugiere que la mayoría de las respuestas se ubiquen en “Muy bueno” y “Bueno”.

Diagrama 5. La supervisión de los líderes de grupo y el acompañamiento se debe de dar por un psicólogo en emergencias y desastres. Por la cantidad de elementos en la Secretaría de Protección Civil es necesario que se tengan al menos dos psicólogos, pues a su vez, estos tendrán que dar la capacitación anual a nuevos elementos de esta Secretaría. Según objetivo J.



Este glosario se incluye con la finalidad de apoyar a las personas que no son profesionales de la salud mental y que de alguna forma no ubiquen algunos significados o palabras. Pues este protocolo esta enfocado a personal de primera respuesta en emergencias y desastres.

GLOSARIO

Angustia. Un estado de gran activación emocional que contiene un sentimiento de miedo o aprehensión. Así mismo, se entiende como una reacción de miedo ante un peligro inconcreto y desconocido.

Ansiedad. Miedo anticipado a padecer un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de temor o de síntomas somáticos de tensión. La persona que lo sufre es incapaz de identificar de forma clara el peligro o la causa de este sentimiento.

Burnout o desgaste profesional. Es el agotamiento debido a una demanda excesiva de energía, atribuida al estrés que provoca trabajar con gente emocionalmente necesitada y demandante.

Crisis. Es un momento de trastorno y desorganización (emocional, cognitiva y conductual), caracterizado principalmente por una incapacidad de la persona para manejar situaciones particularmente conflictivas, donde debiera utilizar los métodos acostumbrados para la solución de problemas y lograr un estado de adaptación

Debriefing. Es una técnica que a menudo es un primer paso para ayudar al proceso traumático del personal que atiende un evento traumático. Por lo que se dice que es una reunión formal, ya sea individualmente o en pequeños grupos. Generalmente es conveniente realizarla poco después de un incidente excepcionalmente agotador.

Defusing. Es una técnica la cual consiste en estructurar una sesión de descarga emocional con el personal involucrado en la atención de un incidente crítico, esto es, antes de abandonar el escenario o el fin del turno. Su objetivo es intervenir lo antes posible para prevenir posible brotes de estrés y puede ser un tanto informal y con una corta duración.

Depresión. Se define como la modificación profunda del humor en el sentido de la tristeza y del sufrimiento moral. Regularmente la tristeza invade toda la personalidad y es común que conlleve ideas de muerte por una desvalorización interior en la que se encuentra el individuo.

Desastre. Se entiende como un evento concentrado en tiempo y espacio, en el cual la sociedad o una parte de ella sufren un severo daño o incurre en pérdidas para sus miembros, de tal manera que la estructura social se desajusta y se impide el cumplimiento de las actividades esenciales de la sociedad, afectando el funcionamiento vital de la misma.

Emergencia. Se define como la situación o condición anormal que puede causar un daño a la sociedad y propiciar un riesgo excesivo para la salud y la seguridad del público en general.

Estrés. Reacción o respuesta del individuo a cualquier exigencia que produzca un estado de tensión en el individuo y que pida un cambio o adaptación por parte del mismo. Respuesta natural de nuestro cuerpo ante una amenaza normalmente de nuestro entorno, así como la interacción entre las características del estímulo y los recursos del individuo.

Estrés agudo. El estrés agudo es la forma de estrés más común. Surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano. El estrés agudo es emocionante y fascinante en pequeñas dosis, pero cuando es demasiado resulta agotador.

Estrés crónico. El estrés crónico (o acumulativo) se va formando lentamente como resultado de la magnitud y la cuantía de las exigencias internas o externas. El estrés crónico puede darse ya sea por una exposición prolongada y continua a factores estresantes externos o por condiciones crónicas o prolongadas de la respuesta al estrés.

Estrés postraumático o Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Es la respuesta a un estímulo ambiental traumático que se establece crónicamente y modifica la psicobiología del sujeto, donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física.

Evento traumático. Es una experiencia que causa daño o sufrimiento físico, emocional o psicológico y es un hecho que se percibe y se experimenta como una amenaza para la seguridad de uno o la estabilidad de su mundo.

Intervención en crisis. Es el proceso que sirve para ayudar a una persona, familia o grupo, a aceptar un hecho traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes se minimice y la probabilidad de crecimiento se maximice.

Primeros auxilios psicológicos. Es la intervención en el momento de crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para reestablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal.

Protección civil. Conjunto de disposiciones, medidas y acciones destinadas a la prevención, auxilio y recuperación de la población ante la eventualidad de un desastre.

Protocolo. Serie de conjunto de acciones y procedimientos con la finalidad de ejecutar de forma ordenada un tratamiento, un intercambio o establecer ciertas reglas de operación.

Psicología de las emergencias y desastres. Es aquella rama de la Psicología que estudia los distintos cambios y fenómenos personales y grupales presentes en una emergencia o desastre, sea ésta natural o provocada por el hombre, en forma casual o intencional.

Psicopatología. Es el estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales.

Resiliencia. Es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. También así, es la capacidad del ser humano para afrontar experiencias traumáticas e incluso extraer un beneficio de las mismas.

Triage Psicológico. Es una técnica para la clasificación de los afectados en las emergencias y desastres. Esta clasificación sirve para canalizar de la mejor forma a los afectados directos e indirectos, basado en las primeras alteraciones que sufrieron a la hora del suceso disruptivo.

Conclusiones

Las emergencias y desastres son circunstancias que a la humanidad nos recuerdan cuan vulnerables somos, provocando consecuencias devastadoras. La psicología no ajena a esta problemática y evolucionando de tal forma, postula una nueva área denominada “Psicología de las Emergencias y Desastres”.

Al hacer una revisión de esta nueva área de la psicología específicamente sobre el personal que atiende emergencias y desastres, podemos concluir que es necesario elaborar programas de mitigación y prevención que se adecuen a las necesidades de estos grupos. Este personal a lo largo de la historia ha sido considerado un “Héroe”, sin embargo, no se le ha dado el apoyo adecuado en muchos ámbitos y desde luego, no se le ha apoyado en el ámbito psicológico.

Por ello, la importancia de un desfogue o desahogo psicoemocional en el personal es de imperiosa necesidad no sólo para el personal que trabaja en Protección Civil sino también para la ciudadanía que vive en la Ciudad de México, pues este personal podría dar un mejor servicio y a su vez se atendería una parte de la salud pública, por decirlo de otra forma, hacer prevención primaria y planeada.

Aunque sabemos que en las emergencias y desastres los cambios son constantes y que cada vez en más necesario el apoyo de la psicología a esta área, hemos visto que la humanidad sigue sin estar preparada para afrontar adecuadamente fenómenos que conllevan destrucción y muerte, como ha pasado en los grandes desastres y en la cotidianidad de las emergencias, sin embargo, esta propuesta de protocolo esta enfocada a la prevención primaria y por ende a iniciar una cultura de la prevención.

Por lo anterior, es importante que el personal que atiende estas emergencias y desastres esté mejor atendido y preparado, no sólo en el contexto laboral sino también en el contexto personal y más específicamente en el psicoemocional. Pues al trabajar este personal con pérdidas y muerte, se ve expuesto a sus propias alteraciones que lo lleven a no dar un buen servicio y a tener mayor morbilidad.

La sintomatología que presenta el personal de primera respuesta, en este caso el personal de Protección Civil, constituye una alta vulnerabilidad para el ejercicio de sus actividades laborales, por lo tanto, el hecho que el este personal este atendido a través de un protocolo de atención psicoemocional, no sólo sirve para mitigar sus alteraciones físicas y psicológicas, sino también a identificar las alteraciones que la población puede sufrir si no tiene una atención adecuada y oportuna.

El personal de primera respuesta en emergencias y desastres es afectado de tercer nivel o también llamados víctimas ocultas, trayendo por consecuencia un mayor índice de alteraciones principalmente psicosomáticas. Por esta situación el protocolo para el desahogo psicoemocional del personal de Protección Civil de D.F. es importante que se implemente lo antes posible. Siendo necesario se reglamente y norme como obligatorio sumándose como prestación de salud por parte de las autoridades.

El ser víctima o afectado por las emergencias y desastres, incrementa la posibilidad de tener algún trastorno como el postraumático. A diferencia de la población en general donde la incidencia del trastorno de estrés postraumático puede oscilar alrededor de 15%, el personal de Protección Civil puede llegar a tener una incidencia de este trastorno hasta el doble.

En relación a desgaste profesional o Burnout, el personal de Protección Civil, se ve afectado directamente, pues una de sus principales funciones es dar atención directamente a personas afectadas por un incidente, esto quiere decir que hay muy altas probabilidades de que las personas atendidas tiendan a reclamar o exigir a las autoridades presentes, o sea, a este personal.

Pero no sólo es importante saber identificar las alteraciones derivadas de su trabajo, sino también poder dar un mejor servicio, en donde sin ser especialista de la salud mental, pueda contener a personas alteradas por algún evento disruptivo, con herramientas que proporciona los primeros auxilios psicológicos. Aunque el personal que atiende emergencias y desastres afronta sus problemas laborales, familiares y personales, no lo hace de forma estructurada y a veces poco convencional. Y es aquí donde hay que reforzar la resiliencia del Personal de Protección Civil.

Por ello, la importancia de implementar mecanismos o protocolos de atención psicológica responde a las necesidades derivadas de las emergencias y desastres, las cuales cada vez son más frecuentes. Es necesario dejar de tener buenas intenciones desde las instituciones de salud y para ello se requieren consolidar programas que estén enfocados a realizar una prevención primaria, sin dejar de lado la prevención secundaria y terciaria.

Como parte de la prevención primaria y dentro del ciclo de las emergencias o desastres, se aprecia que debemos tener programas no sólo de atención, sino también de difusión, investigación, capacitación y entrenamiento constante de los cuerpos que atienden dichos eventos. El problema en el Distrito Federal y en todo México es que la mayoría de los programas de prevención primaria no funcionan como debiera ser, puesto que en principio no están normados y no son vistos como necesarios.

Así mismo, desde la psicología en general se han tratado de dar solución parcial a las emergencias y desastres en el marco de la atención secundaria y terciaria, con modelos de intervención en crisis o primeros auxilios psicológicos. El modelo que se propone en la Psicología de las Emergencias y Desastres, postula que son necesarios los tres niveles de prevención, por ello la importancia de que los grupos de primera respuesta a emergencias y desastres estén mejor capacitados y mejor atendidos en todos los ámbitos de salud.

Por último, diremos que la importancia de modelos preventivos deben ser de primera necesidad como es el caso de este protocolo para el desahogo psicoemocional. Esperando que las autoridades de gobierno reciban con gran entusiasmo las propuestas de este tipo que son de gran impacto para toda la ciudadanía. Teniendo pendiente presentar a las autoridades del Gobierno del Distrito Federal dicho trabajo para su implementación y ejecución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, J. M. y Cruz, C.C. (2007). *Mecanismos y herramientas psicológicas para enfrentar una situación de desastre*. (Manual disponible en el Programa de Intervención en Crisis de la Facultad de Psicología, UNAM).
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *DMS IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4a. ed. Madrid: Masson.
- Araya, M.C. (1994). *Psicología de las emergencias*. Chile: Cristian Araya Molina.
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Revista American Psychologist*, 59, 20-28.
- Buendía, J. y Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*. España: Pirámide.
- Caballero, J. (2007). *La percepción de los desastres: Algunos elementos desde la cultura*. *Gestión y Ambiente*, 10 (2), 109-116.
- Cano, A. (s/f). La naturaleza del estrés. *Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés*. Recuperado en 2 de septiembre de 2008. www.ucm.es/info/seas/estres_lab/el_estres.htm
- Caplan, G. (1964). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Cerisola, C. (2003). Resiliencia y Programas Preventivos. Recuperado en 2 de septiembre de 2008. En: <http://www.monografias.com>
- Cohen, R. (1989). *Educación y consultorio en los programas de desastres en: Consecuencias Psicosociales de los Desastres: La Experiencia Latinoamericana*. Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental "Simón Bolívar". México.
- Cohen, R. (1997). *Manual de la atención de salud mental para víctimas de desastres*. México: Harla.
- Cohen, R. (2003). Bioterrorismo, desastres y salud mental. *Revista Psicotrauma*, 2 (1), 1-43.

- Comisión Europea, (2003). *EU Handbook on assistance interventions in the frame of the Community Mechanism for Cooperation in Civil Protection*. Pompiers Moselle, Gobierno de Francia.
- Condori, L., Palacios, A. y Ego-Aguirre, V. (2002) *Impacto psicológico en el trabajo en emergencias y desastres en equipos de primera respuesta*. Sociedad Peruana de Psicólogos de Emergencias y Desastres. Perú.
- Diario Oficial de la Federación, (1990). Decreto por el que se crea el consejo Nacional de Protección Civil. En: www.proteccioncivil.gob.mx
Recuperado el 4 de septiembre de 2008.
- DGPCE, (s/f). Dirección General de Protección Civil y Emergencias: *Guía didáctica de intervención psicológica en catástrofes*.
En: www.proteccioncivil.es/es/DGPCE/ Recuperado el 4 de septiembre de 2008.
- Dominguez, T. B. y Olvera, Y. (2005) Clinical Psychophysiology: Cumulative Findings on traumatized Victims (1985-2004). *36 annual Meeting of the association for Applied Psychophysiology and Biofeedback*, March 31-April 3. Austin Texas.
- Domínguez, T. B., Valderrama, I. P., Olvera, L. Y., Pérez, R. S., Cruz M. A. y González S. L. (2002). *Manual para el taller teórico práctico manejo del estrés*. México: Plaza y Valdez.
- Egozcue, M. (2006). *Primeros auxilios psicológicos*. México: Paidós.
- Fernández, M. J. (2005). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, L. A. y Rodríguez, V. B. (2002). *Intervención en crisis*. España: Síntesis.
- Fita, J. (1999). *Comunicación en Programas de Crisis*. Barcelona: Gestión 2000.
- Gallego, L., Morales, G., Rotger, D. y Prior, C. (2002). *El incremento de la ansiedad en los sujetos componentes de grupos de intervención en crisis y desastres*. En: www.psiquiatria.com/interpsiquis2002/5255
Recuperado el 5 de diciembre de 2008.

- García, J. (s/f). Primeros Auxilios Psicológicos para intervenir con personas en Crisis Emocional.
En: www.uaq.mx/psicologia/lamision/primeros_auxilios.html
Recuperado el 17 de junio de 2008.
- García, R., Gil, B.M. y Valero, V.M. (2007). Psicología y desastres: aspectos psicosociales. España. Universitat Jaume.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo*. España: Pirámide.
- Guillen, J. y Tinajero, L. (2007) *Síndrome de desgaste profesional o Burnout en voluntarios de la Cruz Roja del Estado de México*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gutiérrez, C., Quaas, R. (2005). *Sismos*. Centro Nacional de Prevención de Desastres. México: SEGOB.
- HRB (Human Resources Branch). (1997). *Resource Guide for Critical Incident Stress and Debriefing in Human Service Agencies*. State Government of Victoria, Australia. Department of Human Service.
En: <http://www.dhs.vic.gov.au> Recuperado el 6 de febrero de 2009.
- Izazaga, M. A. (2008). *Validación de la escala Mexicana de desgaste ocupacional (EMEDO): Relación entre aspectos psicosomáticos y burnout*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y Procesos Cognitivos*. México: Planeta.
- Ley General de Protección Civil, (2006). Gaceta Oficial de la Federación del 23 de febrero de 2006.
- Ley de Protección Civil para el Distrito Federal, (2007). Gaceta Oficial del Distrito Federal del 8 de noviembre del 2007.
- Lorente, F., Font, S. y Villar, E. (2005) La formación en primeros auxilios psicológicos y emergencias en el título de grado en psicología. *Revista de Enseñanza de la Psicología: Teoría y Experiencia*, 1 (1).

- Lozano, G. M. (2008). *Relación entre el síndrome de desgaste ocupacional (Burnout) y trastornos psicósomáticos en una muestra de trabajadores mexicanos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mann, P. (1978). *Community psychology*. New Cork: The free press.
- Marcuello, A. (2006). *Intervención psicológica inmediata en catastrofes*. En: www.psicologia-online.com/articulos/2006/psicologica_catastrofes.shtml Recuperado el 16 de septiembre de 2008.
- Marín, H. (2008). *Psicología de la emergencia: comportamiento humano antes, durante y después de emergencias*. <http://www.iigov.org/ss/article.drt?edi=307068&art=348132> Recuperado en 14 de junio de 2008.
- Martínez, O. (2004). *La crisis de ansiedad, pánico o angustia*. En: <http://www.geocities.com/hotsprings/6333/> Recuperado en 26 de noviembre de 2008
- Martínez, S. (2004) *Estrés laboral*. España: Prentice Hall.
- Melillo, A. (2002). Resiliencia. *Revista de Psicoanálisis: Ayer y hoy*, 1.
- Mendoza, V. M. (2004). *Síndrome de Burnout en médicos internos y residentes en relación con género y exigencias laborales*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Milanez, H. M. (2005). *Estrés, satisfacción laboral, y permanencia en el empleo en bomberos del Estado de México y del Estado de Hidalgo*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Miller, L. y Smith, A. (2007). *Los distintos tipos de estrés*. Centro de apoyo de la Asociación Americana de Psicología. En: www.centrodeapoyoapa.org/articulos/pdf.php?id=21 Recuperado el 4 de septiembre de 2008.
- Mitchell, J. T. (1986). Living dangerously. Why firefighters take risks. *Firehouse*. 11(8) 50-51; 63.

- Mitchell, J. T. (1989). *Apoyo psicológico para el personal de rescate en: Consecuencias Psicosociales de los Desastres: La Experiencia Latinoamericana*. Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental “Simón Bolívar”. México.
- Montero, M. (2007). *Hacer para transformar: El Método en la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Morales, G., Gallego, L. y Rotger, D. (2008). Entre crisis, traumas y burnout. *Revista Cuadernos de Crisis*, 2, (7).
- Moreno, J. B., González, G. J. y Garrosa H. E. (1999). Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 4 (3), 163-180.
- Obst, J. (2008). *La terapia cognitiva: Integrada y actualizada*. Buenos Aires: Paidós.
- OMS, (1990). *Organización Mundial de la Salud: La Introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*. España: Gráficas Reunidas.
- OPS, (1989). Organización Panamericana de la Salud. Consecuencias Psicosociales de los Desastres: La Experiencia Latinoamericana. *Monografías clínicas* No. 2. Chicago.
- OPS, (2004). Organización Panamericana de la Salud. *Manejo de cadáveres en situaciones de desastre*. No. 5. Washington.
- OPS, (2006). Organización Panamericana de la Salud: *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*. Washington.
En: www.paho.org/desastres Recuperado el 4 de septiembre de 2008.
- Pérez, M. (2001). Voluntariado en la Cruz Roja: Prestando ayuda. El programa de apoyo psicológico para afectados por las situaciones críticas. Intervención psicosocial: *Revista sobre igualdad y calidad de vida*, 10 (2).
- Raffo, S. (2005). Intervención en Crisis. Apuntes para uso exclusivo de docencia. *Departamento de Psiquiatría y Salud Mental*. Campus Sur. Universidad de Chile.
- Rosas, T. N. (2004). *El trastorno de estrés postraumático: Una revisión bibliográfica*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Romero, H. A. (2005). *Desastres naturales y estrés postraumático: Una propuesta de intervención a personal de ayuda humanitaria*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Slaikeu, K. (1988). *Intervención en Crisis*. México: Manuel Moderno.
- SPCDF, (2008). Secretaría de Protección Civil del Distrito Federal. *Historia de la Protección Civil*. En: www.proteccioncivil.df.gob.mx
Recuperado el 4 de septiembre de 2008.
- Taboada, M. (1998). Eventos traumáticos y reacciones de estrés: Identificación y manejo en una situación de desastre natural. *Revista Electrónica de Psiquiatría*, 2, 4, Diciembre.
- Tellez, A. (2001). *Niveles de estrés y ansiedad en el personal médico, paramédico y de enfermería de la Cruz Roja Mexicana*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Valero, S. (2008). *Psicología en emergencias y desastres una nueva especialidad*. En: www.monografias.com/trabajos10/emde/emde.shtml
Recuperado el 14 de junio de 2008.
- Valero, S. (2008). *Protección de la salud mental en los equipos de respuesta*. En: <http://www.helid.desastres.net/?e=d-000who--000--1-0--010---4-----0--0-10l--11en-5000---50-about-0---01131-001-110utfZz-8-0-0&a=d&c=who&cl=CL4&d=Js13489s.8>
Recuperado el 14 de junio de 2008.
- Vázquez, C. y Pérez, P. (2003). *Emociones positivas, trauma y resistencia*. *Revista Ansiedad y estrés*, 9, 2-3.
- Vera, B. (2004). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Revista Papeles del Psicólogo*, 27 (1).
- Vera, B. (2004). Resistir y rehacerse: Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la Psicología Positiva. *Psicología Positiva*, 1.

Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 40-49

Virues, R. (2005). Estudio sobre ansiedad. *Revista electrónica psicologiacientifica.com*
En: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-69-estudio-sobre-ansiedad.pdf>

Weaver, J. (s/f). *Defusing and Debriefing & Psychological First Aid*.
En: <http://www.eyeofthestorminc.com/>
Recuperado el 5 de noviembre de 2008.

ANEXO 1

Programación Curso –Taller Psicología de las Emergencias y Desastres para personal de Protección Civil del DF

	Nombre del curso o taller	Horas	Espacio físico
1	Psicopatología de las emergencias y desastres 1/6	12 en tres días	Salón para 40 personas y bancas para recargarse
2	Intervención en crisis 2/6	12 en tres días	Salón para 40 personas y bancas para recargarse
3	Primeros auxilios psicológicos 3/6	8 en dos días	Salón para 30 personas y bancas para recargarse
4	Resiliencia 4/6	6 en dos días	Salón para 30 personas y bancas para recargarse
5	Burnout 5/6	4 en un día	Salón para 30 personas y bancas para recargarse
6	Técnicas grupales para el desahogo psicológico Taller 6/6	16 en cuatro días	Salón para 30 personas con proyector, agua y kleenex, hojas blancas y lápices con punta
	Total de horas	58	

El curso - taller puede darse en 15 días hábiles si descontamos los domingos. El cupo máximo del curso - taller es de 40 participantes. Considerando a dos participantes por cada Unidad Delegacional de Protección Civil y a 8 participantes de la Secretaría de Protección Civil.

ANEXO 2

Evaluación del Curso

Evaluación Inicial del Curso - Taller Psicología de las Emergencias y Desastres

1. Defina con sus propias palabras el concepto de emergencias.
2. Defina con sus propias palabras el concepto de desastres.
3. Mencione tres alteraciones psicológicas relacionadas en las emergencias y desastres y defínalas.
4. Seleccione si la siguiente frase es Falsa o Verdadera.
“En una emergencia o desastre alto porcentaje de la población presenta cuadros de desorganización total, alucinaciones o delirios durante los primeros seis meses”.
 - A. Falso.
 - B. Verdadero.
5. Defina ¿qué es una crisis?
6. Defina ¿qué son los primeros auxilios psicológicos?
7. ¿Existe diferencia entre la intervención en crisis y los primeros auxilios psicológicos? Si, no y ¿por qué?
8. Se dice que después de una crisis hay un duelo o una pérdida. ¿A qué se refiere esta frase?
9. Defina el sus propias palabras síndrome de Burnout o Desgaste Profesional.
10. El crecimiento postraumático es factor de la Resiliencia, ¿a qué se refiere esta frase?
11. Mencione dos técnicas psicológicas utilizadas para mitigar las alteraciones normales o patológicas en una emergencia o desastre y descríbalas.

Evaluación Final del Curso - Taller Psicología de las Emergencias y Desastres

1. Defina el concepto: Emergencias.
2. Defina el concepto de: Desastres y mencione sus distintas fases y etapas.
3. Defina el concepto de psicología de las emergencias y desastres.
4. Mencione al menos tres trastornos de ansiedad relacionadas a las emergencias y desastres y definalas.
5. ¿Cuál es la diferencia entre ansiedad y angustia?
6. Defina ¿qué es una crisis?
7. Mencione los tres tipos de crisis y definalos.
8. Defina ¿qué es la intervención en crisis?
9. Mencione las etapas del duelo.
10. ¿Qué son los Primeros Auxilios Psicológicos?
11. Mencione las diferencias entre de la intervención de primer y segundo momento.
12. ¿Cuáles son los componentes del CASIC?
13. Defina el síndrome de Burnout o desgaste profesional.
14. Mencione los factores que influyen en la aparición del Burnout.
15. Defina Resiliencia.
16. ¿A qué se refiere cuando hablamos de personalidad resistente?
17. Menciones los pasos que son utilizados en un Debriefing
18. ¿Cuál son las diferencias entre Debriefing y Defusing?

Nota: Es importante delimitar los criterios mínimos de esta evaluación, en donde se pide que al haber realizado con satisfacción los cursos, tengan como mínimo 8 de calificación, dando una retroalimentación al final de cada aplicación para que los participantes ubiquen no sólo su calificación, sino en dónde se encuentran mal y también hagan significativo su aprendizaje.

ANEXO 3

Carta Descriptiva Número 1

Nombre del Curso:	Psicopatología de las emergencias y desastres	Objetivo del curso:	Conocer las estructuras de personalidad normal y psicopatológica antes, durante y después de una emergencia y/o desastre.
Duración:	12 horas en 3 días		

Día 1

Horario	Tema	Técnica	Desarrollo	Tiempo	Materiales
09:00 a 09:05	Presentación	Expositiva	Se presenta de manera general del por qué del Protocolo de desahogo psicoemocional.	5 min.	Cañón y Laptop
09:05 a 09:15	Expectativas del curso y reglas	Lluvia de ideas	El coordinador junto con los participantes anotará las preguntas de los participantes.	10 min.	Plumones Rotafolios
09:15 a 09:30	“Presentación corporal”	Dinámica Rompe hielos	El coordinador junto con los participantes se presentan todos contra todos, esto es lluvia de saludos con la mano y diciendo su nombre, después cuando ya terminaron el capacitador dice con qué otra parte del cuerpo se tienen que saludar.	15 min.	
09:30 a 10:00	1. Concepto y definición de emergencias y desastres	Expositiva	El coordinador llevará a cabo una exposición, mediante una secuencia de PowerPoint en donde se explicará los términos de este tema.	30 min.	Cañón y Laptop
10:00 a 11:00	1.1 Las Emergencias 1.2 Los desastres y catástrofes 1.3 Ciclo de las emergencias y desastres 1.4 Fases de una emergencia o un desastre	Expositiva y discusión en grupos	El coordinador llevará a cabo una exposición, mediante una secuencia de PowerPoint en donde se explicará los términos.	60 min.	Cañón y Laptop
11:00 a 11:15	R E C E S O				
11:15 a 12:00	2. Introducción a la Psicología de las Emergencias y Desastres 2.1 Estructuras de personalidad en emergencias y desastres 2.2 Alteraciones de la personalidad de los afectados en las emergencias y desastres 2.3 Perfil psicológico del personal de primera respuesta en emergencias y desastres	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá los temas y en cada tema se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	45 min.	Cañón y Laptop
12:00 a 13:00		Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá los temas y en cada tema se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	60 min.	Cañón y Laptop

Día 2

Horario	Tema	Técnica	Desarrollo	Tiempo	Materiales
09:00 a 09:15	“Maletas”	Dinámica grupal	Los participantes tendrán que cruzar un río después de un accidente aéreo con unas maletas (tablas de palo) y tienen un tiempo determinado, generándoles ansiedad por el tiempo.	15 min.	6 Tablas de palo
09:15 a 10:00	3. Principales trastornos de Ansiedad en las emergencias y desastres 3.1 Estrés 3.1.1 Estrés agudo 3.1.2 Estrés crónico	Expositiva	El coordinador expondrá los temas y en cada tema se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	45 min.	Cañón y Laptop
10:00 a 11:00	3.1.3 Estrés postraumático	Expositiva y discusión en grupos	El coordinador llevará a cabo una exposición, mediante una secuencia de PowerPoint en donde se explicará el término y creará grupos para la reflexión del tema.	60 min.	Cañón y Laptop
11:00 a 11:15	RECESO				
11:15 a 12:15	3.2 Depresión	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá los temas y en cada tema se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	60 min.	Cañón y Laptop
12:15 a 13:00	3.3 Fobias	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá los temas y en cada tema se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	45 min.	Cañón y Laptop

Día 3

Horario	Tema	Técnica	Desarrollo	Tiempo	Materiales
09:00 a 09:15	“Cruzar la barda”	Dinámica grupal	Los participantes tendrán que cruzar en equipo una barda después de un sismo y tienen un tiempo determinado, generándoles trabajo en equipo y distintas emociones.	15 min.	
09:15 a 10:00	4. Manifestaciones “normales” ante eventos traumáticos 4.1 Reacciones individuales ante una situación de emergencia y desastre	Expositiva	El coordinador expondrá los temas y en cada tema se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	45 min.	Cañón y Laptop
10:00 a 11:00	4.2 Ansiedad	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá los temas y en cada tema se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	60 min.	Cañón y Laptop
11:00 a 11:15	R E C E S O				
11:15 a 12:00	4.3 Angustia	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá los temas y en cada tema se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	45 min.	Cañón y Laptop
12:00 a 12:45	4.4 Violencia y drogodependencia	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá los temas y en cada tema se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	45 min.	Cañón y Laptop
12:45 a 13:00	Cierre	Participativa	Verificar que los objetivos planteados se hayan cumplido.	15 min.	Cañón y Laptop

Carta Descriptiva Número 2

Nombre del Curso:	Intervención en Crisis	Objetivo del curso:	Identificar los diferentes tipos de crisis, su aplicación, sus principios y factores que afectan en las emergencias y desastres.
Duración:	12 horas en 3 días		

Día 1

Horario	Tema	Técnica	Desarrollo	Tiempo	Materiales
09:00 a 09:05	Presentación	Expositiva	Se presenta de manera general los temas que se verá en el curso de acuerdo al protocolo.	5 min.	Cañón y Laptop
09:05 a 09:15	Expectativas del curso y reglas	Lluvia de ideas	El coordinador junto con los participantes anotará las preguntas de los participantes.	10 min.	Plumones Rotafolios
09:15 a 09:30	“Gigantes, Hechiceros y Duedes”	Dinámica Rompe hielos	El coordinador explica las reglas del juego, que es como jugar a “Papel, Piedra y Tijeras”.	15 min.	
09:30 a 10:00	1. Teorías de las Crisis 1.1 ¿Qué es un estado de Crisis?	Expositiva	El coordinador llevará a cabo una exposición, mediante una secuencia de PowerPoint en donde se explicará los términos de este tema.	30 min.	Cañón y Laptop
10:00 a 11:00	1.2 ¿Cuáles son las características de la Situación de Crisis? 1.3 Tipos de crisis: Del desarrollo, estructurales y situacionales	Expositiva y discusión en grupos	El coordinador llevará a cabo una exposición de los temas y se harán grupos para discutir sobre los tipos de crisis.	60 min.	Cañón, Laptop y Rotafolios
11:00 a 11:15	R E C E S O				
11:15 a 12:00	1.4 Desencadenantes de conductas disruptivas después de la crisis.	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá el tema y se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	45 min.	Cañón y Laptop
12:00 a 13:00	1.5 Población vulnerable en emergencias y desastres	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá el tema y se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	60 min.	Cañón y Laptop

Día 2

Horario	Tema	Técnica	Desarrollo	Tiempo	Materiales
09:00 a 09:20	“Prejuicios de la vida”	Dinámica grupal	Los participantes tendrán elegir un adjetivo positivo o negativo y se sorteará colocándolo en la espalda de cada participante, con lo cual cada participante pasará al centro del grupo y con lo que le diga el grupo intentará adivinar el adjetivo que tiene en la espalda.	20 min.	Etiquetas adheribles
09:20 a 10:00	2. Factores que afectan el equilibrio en la crisis 2.1 Percepción del evento	Expositiva	El coordinador expondrá el tema, haciendo reflexión sobre la dinámica de prejuicios de la vida, así como, haciendo hincapié en factores de percepción.	40 min.	Cañón y Laptop
10:00 a 11:00	2.2 Apoyos situacionales 2.3 Mecanismos de enfrentamiento	Expositiva y discusión en grupos	El coordinador llevará a cabo una exposición donde se explicará los términos y creará grupos para la reflexión del tema.	60 min.	Cañón y Laptop
11:00 a 11:15	R E C E S O				
11:15 a 12:00	3. Principios de la Intervención en Crisis 3.1 Oportunidad 3.2 Metas 3.3 Valoración	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá los temas y en cada tema se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	45 min.	Cañón y Laptop
12:00 a 13:00	4. Las fases de la Crisis en las emergencias y desastres 4.1 Amenaza 4.2 Choque 4.3 Readaptación 4.4 Secuelas 4.5 Reconstrucción	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá los temas y en cada tema se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	60 min.	Cañón y Laptop

Día 3

Horario	Tema	Técnica	Desarrollo	Tiempo	Materiales
09:00 a 09:20	“Epitafio”	Dinámica grupal	Los participantes realizarán un epitafio de sí mismos y se discutirá en el pleno del grupo.	20 min.	Hojas blancas y plumas
09:20 a 10:00	5. Manejo de Duelo o Pérdida	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá el tema y se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	40 min.	Cañón y Laptop
10:00 a 11:00	5.1 Etapas del duelo	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá el tema y se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	60 min.	Cañón y Laptop
11:00 a 11:15		R E C E S O		15 min.	Café y galletas
11:15 a 12:00	5.2 Cómo manejar el duelo	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá el tema y se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	45 min.	Cañón y Laptop
12:00 a 12:45	5.3 Tareas del duelo	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá el tema y se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	45 min.	Cañón y Laptop
12:45 a 13:00	Cierre	Participativa	Verificar que los objetivos planteados se hayan cumplido.	15 min.	Cañón y Laptop

Carta Descriptiva Número 3

Nombre del Curso:	Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)	Objetivo del curso:	Conocer cuándo son necesarios los primeros auxilios psicológicos, así también, identificar cómo se aplican dichos auxilios en emergencias y desastres.
Duración:	8 horas en 2 días		

Día 1

Horario	Tema	Técnica	Desarrollo	Tiempo	Materiales
09:00 a 09:05	Presentación	Expositiva	Se presenta de manera general los temas que se verá en el curso de acuerdo al protocolo.	5 min.	Cañón y Laptop
09:05 a 09:15	Expectativas del curso y reglas	Lluvia de ideas	El coordinador junto con los participantes anotará las preguntas de los participantes.	10 min.	Plumones Rotafolios
09:15 a 09:45	“Escucha y presenta”	Dinámica grupal	El coordinador explica las reglas de la dinámica, en donde tienen que hacer parejas y por dos minutos escuchar sin hablar a su pareja y viceversa, después de hacer ese ejercicio se presentará con sus propias palabras a quien se escucho frente al grupo.	30 min.	
09:30 a 10:30	1. ¿Qué son los Primeros Auxilios Psicológicos?	Expositiva y participativa	El coordinador llevará a cabo una exposición, en donde se explicará los términos de este tema. Así mismo, se agruparán en equipos para realizar definiciones de qué es PAP y se debatirá en el grupo hasta llegar a un consenso.	60 min.	Cañón, Laptop y Rotafolios
10:30 a 11:00	1.1 ¿Cuáles son los Objetivos de la Atención?	Expositiva	El coordinador llevará a cabo una exposición del tema.	30 min.	Cañón, Laptop
11:00 a 11:15	R E C E S O				
11:15 a 12:00	2. Intervención de Primer y Segundo Momento 2.1 Diferencias entre primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá el tema y se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	45 min.	Cañón y Laptop
12:00 a 13:00	2.2 Lugar y tiempo de la intervención	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá el tema y se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	60 min.	Cañón y Laptop

Día 2

Horario	Tema	Técnica	Desarrollo	Tiempo	Materiales
09:00 a 09:30	“Hombres y mujeres célebres con mímica”	Dinámica grupal	Los participantes elegirán el nombre de un hombre o mujer célebre y lo pondrán en un papel para después sortearlos y cada quien tendrá que representar el que le haya tocado.	30 min.	Hojas blancas y plumas
09:30 a 10:30	3. Principios Clínicos de los Primeros Auxilios Psicológicos 3.1 Oportunidad 3.2 Metas 3.3 Valoración	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá el tema y se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	60 min.	Cañón y Laptop
10:30 a 11:00	4. Los componentes estratégicos de los Primeros Auxilios Psicológicos 4.1 ¿Qué SI hacer? y ¿qué NO hacer? en los Primeros Auxilios Psicológicos	Expositiva	El coordinador expondrá el tema y se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	30 min.	Cañón y Laptop
11:00 a 11:15	R E C E S O				
11:15 a 12:00	4.2 El perfil o estructura CASIC	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá el tema y se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	45 min.	Cañón y Laptop
12:00 a 12:45	4.3 Funcionamiento CASIC previo y durante de la crisis	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá el tema y se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	45 min.	Cañón y Laptop
12:45 a 13:00	Cierre	Participativa	Verificar que los objetivos planteados se hayan cumplido.	15 min.	Cañón y Laptop

Carta Descriptiva Número 4

Nombre del Curso:	Burnout	Objetivo del curso:	Identificar factores que influyen para la aparición del síndrome de Burnout (desgaste profesional) y conocer sus consecuencias físicas y psicológicas.
Duración:	4 horas en 1 días		

Día 1

Horario	Tema	Técnica	Desarrollo	Tiempo	Materiales
09:00 a 09:05	Presentación	Expositiva	Se presenta de manera general los temas que se verá en el curso de acuerdo al protocolo.	5 min.	Cañón y Laptop
09:05 a 09:15	Expectativas del curso y reglas	Lluvia de ideas	El coordinador junto con los participantes anotará las preguntas de los participantes.	10 min.	Plumones Rotafolios
09:15 a 09:30	“Rolplay, Juego de roles”	Dinámica grupal	El coordinador seleccionará al azar a un participante para que funja el papel de subordinado y los demás le pedirán tareas laborales a realizar, tratando de llegar a incomodar al participante.	15 min.	
09:30 a 10:15	1. Síndrome de Burnout (desgaste profesional) 1.1 Definición	Expositiva	El coordinador expondrá el tema y se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	45 min.	Cañón y Laptop
10:15 a 11:00	1.2 Factores que influyen en el síndrome de Burnout	Expositiva	El coordinador expondrá el tema y se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	45 min.	Cañón y Laptop
11:00 a 11:15	R E C E S O				
11:15 a 12:00	1.3 Consecuencias provocadas por el Burnout	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá el tema y se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	45 min.	Cañón y Laptop
12:00 a 12:45	1.4 El proceso de desarrollo del síndrome	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá el tema y se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	45 min.	Cañón y Laptop
12:45 a 13:00	Cierre	Participativa	Verificar que los objetivos planteados se hayan cumplido.	15 min.	Cañón y Laptop

Carta Descriptiva Número 5

Nombre del Curso:	Resiliencia	Objetivo del curso:	Conocer las capacidades y estructuras psicológicas que tienen las personas frente a un evento traumáticos.
Duración:	6 horas en 2 días		

Día 1

Horario	Tema	Técnica	Desarrollo	Tiempo	Materiales
09:00 a 09:05	Presentación	Expositiva	Se presenta de manera general los temas que se verá en el curso de acuerdo al protocolo.	5 min.	Cañón y Laptop
09:05 a 09:15	Expectativas del curso y reglas	Lluvia de ideas	El coordinador junto con los participantes anotará las preguntas de los participantes.	10 min.	Plumones Rotafolios
09:15 a 09:30	“Cualidades positivas y negativas”	Dinámica grupal	El coordinador pedirá a los participantes que elaboren una lista con dos columnas en donde la primera tendrá el título de cualidades positivas y en la otra de cualidades negativas, para después comentarlas al pleno del grupo.	15 min.	
09:30 a 10:30	1. Resiliencia 1.1 Estilos de afrontamiento 1.2 Personalidad resistente	Expositiva y participativa	El coordinador llevará a cabo una exposición, en donde se explicará los términos de este tema.	60 min.	Cañón, Laptop y Rotafolios
10:30 a 10:45	R E C E S O				
10:45 a 11:15	2. Crecimiento postraumático 2.1 Aprendizaje a través del proceso de lucha	Expositiva	El coordinador llevará a cabo una exposición del tema.	30 min.	Cañón, Laptop
11:15 a 12:00	2.2 Recuperación 2.3 Trastorno retardado	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá el tema y se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	45 min.	Cañón y Laptop

Día 2

Horario	Tema	Técnica	Desarrollo	Tiempo	Materiales
09:00 a 09:20	“Dibujo en parejas”	Dinámica grupal	Los participantes estarán en parejas y cada uno dibujará cómo ve a su compañero desde su punto de vista y viceversa. Después se comentará con el grupo y se pegarán en alguna pared el salón.	30 min.	Hojas blancas y plumas
09:20 a 10:00	3. Cambio de actitud o en uno mismo	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá el tema y se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	40 min.	Cañón y Laptop
10:00 a 11:00	3.1 Relaciones interpersonales, redes sociales y familiares	Expositiva y Participativa	El coordinador expondrá el tema y se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios. Así mismo, los participantes generaran una red de cómo está compuesta sus redes de apoyo.	60 min.	Cañón, Laptop y Hojas blancas
11:00 a 11:15		R E C E S O		15 min.	Café y galletas
11:15 a 11:45	3.2 Concepto de salud 3.3 Prevención	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá el tema y se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	30 min.	Cañón y Laptop
11:45 a 12:00	Cierre	Participativa	Verificar que los objetivos planteados se hayan cumplido.	15 min.	Cañón y Laptop

Carta Descriptiva Número 6

Nombre del Curso:	Técnicas grupales para el desahogo psicoemocional	Objetivo del curso:	Adquirir un conjunto de estrategias y técnicas que permitan a cada participante aplicarlas en sus grupos de trabajo.
Duración:	16 horas en 4 días		

Día 1

Horario	Tema	Técnica	Desarrollo	Tiempo	Materiales
09:00 a 09:05	Presentación	Expositiva	Se presenta de manera general del por qué del Protocolo de desahogo psicoemocional.	5 min.	Cañón y Laptop
09:05 a 09:15	Expectativas del curso y reglas	Lluvia de ideas	El coordinador junto con los participantes anotará las preguntas de los participantes.	10 min.	Plumones Rotafolios
09:15 a 10:00	“Rally”	Dinámica grupal	El coordinador dividirá al grupo en cuatro secciones, después dará las instrucciones del rally. Por último, les dará las instrucciones en papel por equipo y dará inicio a dicho rally.	45 min.	
10:00 a 11:00	1. Manejo de grupo 1.1 Técnicas de comunicación	Expositiva	El coordinador llevará a cabo una exposición, mediante una secuencia de PowerPoint en donde se explicará los términos de este tema.	30 min.	Cañón y Laptop
11:00 a 11:15	R E C E S O				
11:15 a 12:00	1.2 Competencias del facilitador de grupo	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá los temas y en cada tema se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	45 min.	Cañón y Laptop
12:00 a 13:00	1.3 Tipos y características de un grupo	Expositiva y participativa	El coordinador expondrá el tema y solicitará que en equipos definan y enumeren las características de un grupo y las expongan con ayuda de un rotafolio.	60 min.	Cañón y Laptop

Día 2

Horario	Tema	Técnica	Desarrollo	Tiempo	Materiales
09:00 a 09:30	2. Técnicas para el desahogo psicoemocional 2.1 Técnicas Cognoscitivas Conductuales Aplicadas a la Intervención en Crisis	Expositiva	El coordinador expondrá los temas y en cada tema se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	30 min.	Cañón y Laptop
09:30 a 10:00	2.2 Respiración diafragmática	Expositiva y Modelación	El coordinador expondrá los temas y en cada tema se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios y se modelará la técnica con todos los participantes.	30 min.	Cañón y Laptop
10:00 a 11:00	2.3 Escritura emocional autoreflexiva	Expositiva y Modelación	El coordinador expondrá los temas y en cada tema se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios y se modelará la técnica con todos los participantes.	60 min.	Cañón y Laptop
11:00 a 11:15	R E C E S O				
11:15 a 12:15	2.4 Imaginería guiada	Expositiva y Modelación	El coordinador expondrá los temas y en cada tema se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios y se modelará la técnica con todos los participantes.	60 min.	Cañón y Laptop
12:15 a 13:00	2.5 Relajación muscular progresiva	Expositiva y Modelación	El coordinador expondrá los temas y en cada tema se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios y se modelará la técnica con todos los participantes.	45 min.	Cañón y Laptop

Día 3

Horario	Tema	Técnica	Desarrollo	Tiempo	Materiales
09:00 a 10:00	2.6 Debriefing	Expositiva y Modelación	El coordinador expondrá los temas y en cada tema se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios y se modelará la técnica con todos los participantes.	60 min.	Cañón y Laptop
10:00 a 10:45	2.7 Defusing	Expositiva y Modelación	El coordinador expondrá los temas y en cada tema se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios y se modelará la técnica con todos los participantes.	45 min.	Cañón y Laptop
10:45 a 11:00	R E C E S O				
11:00 a 13:00	Primera sesión de desahogo psicoemocional	Modelación	El coordinador apoyado de un monitor modelará la técnica con todos los participantes con todas las fases de una sesión de desahogo psicoemocional.	120 min.	Hojas de papel, Lápices, Kleenex y Cesto de basura

Día 4

Horario	Tema	Técnica	Desarrollo	Tiempo	Materiales
09:00 a 09:10	“Calentamiento en 7 tiempos”	Dinámica energizadora	El coordinador les pedirá a los participantes que sigan las instrucciones físicas que él está haciendo, las cuales incluyen movimientos de manos, pies y cabeza en 7 tiempos.	10 min.	
09:10 a 10:45	Modelación por parte de los participantes	Participativa	El coordinador seleccionará al azar a 7 participantes para que modelen con el grupo cada una de las técnicas.	95 min.	Cañón y Laptop
10:45 a 11:00	R E C E S O				
11:00 a 12:30	Segunda sesión de desahogo psicoemocional	Participativa	Dos participantes darán la sesión de desahogo psicoemocional.	15 min.	Café y galletas
12:30 a 12:45	Evaluación del curso	Expositiva y estudio de casos	El coordinador expondrá los temas y en cada tema se presentará casos que se han tratado en diferentes escenarios.	90 min.	Cañón y Laptop
12:45 a 13:00	Cierre	Participativa	Verificar que los objetivos planteados se hayan cumplido.	45 min.	Cañón y Laptop
				15 min.	Cañón y Laptop