



**UNIVERSIDAD DE BELGRANO**

**Facultad de Humanidades  
Carrera Licenciatura en Psicología**

---

# Las tesinas de Belgrano

**“Salud Mental y Apoyo Psicosocial en el  
contexto de la emergencia: El quehacer del  
psicólogo”**

---

- Alumna: Georgina Zapata
- Matrícula: 402-20760
- Tutor a Cargo: Lic. Emiliano Polcaro

## **Agradecimientos:**

Luego de un largo período de aprendizaje, intenso y repleto de altibajos, me siento feliz y orgullosa de encontrarme escribiendo el apartado de “Agradecimientos” en mi Trabajo Final de Carrera. Quizá estas palabras no sean suficientes para expresar mi agradecimiento, pero espero que con ellas se den a entender mis sentimientos de aprecio y cariño:

Mi agradecimiento a la Universidad de Belgrano, y sobre todo a dos de sus grandes profesionales que siempre me apoyaron y animaron a continuar en los momentos más difíciles: la Licenciada Cecilia López y mi tutor el Licenciado Emiliano Polcaro.

Agradezco también a mi madre y hermanos por cada una de sus palabras de apoyo, llenas de amor y por creer siempre en mí. A mis amigos quienes me han ayudado y alentado cada vez que sentí que no iba a poder lograrlo.

Y mi agradecimiento más especial es para mi hijo, por ser mi principal sostén y motor que me impulsa a luchar por mis sueños. “Facundo, desde la primera vez que te vi aprendí el significado del amor verdadero. De vos recibí las mayores enseñanzas de mi vida, y por eso sos mi gran tesoro. Te Amo!”

Deseo dedicar esta tesina a la memoria de mi Madrina: “sin tus cuidados y amor incondicional jamás podría haber soñado con tener un título. Ojalá estuvieras acá para presumir de tu ahijada la Licenciada.”

# **Salud Mental y Apoyo Psicosocial en el contexto de la emergencia: El quehacer del psicólogo**

## **Índice:**

Resumen.....	5
Introducción.....	5
(a) Presentación del Tema.....	5
(b) Problema y Preguntas de Investigación.....	7
(c) Relevancia y Justificación de la Temática.....	8
Objetivos Generales y Específicos.....	10
Alcances y Limitaciones.....	10
Antecedentes.....	11
Estado del Arte.....	15
Marco Teórico.....	17
Desarrollo.....	25
<b>CAPÍTULO 1: SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA Y DESASTRE</b>	
1.1 Emergencias, desastres y catástrofes.....	25
1.1.1 Clasificaciones.....	25
1.2 El impacto del desastre en la salud mental.....	28
1.3 Factores que influyen en el impacto psicosocial.....	29
1.4 Problemas frecuentes en los programas de atención de salud mental.....	31
1.5 La población asistida.....	32
1.6 Clasificación de la persona dañada: De Víctima a Damnificado.....	34
1.7 Principios básicos de un plan de salud mental.....	35
1.7.1 Objetivos de todo plan de salud mental.....	36
1.8 Plan de Apoyo Psicosocial a damnificados de desastres en Argentina.....	39
<b>CAPÍTULO 2: REACCIONES HUMANAS ANTE LOS DESASTRES</b>	
2.1 Crisis psicológica.....	40
2.1.1 Habilidades negativas de resolución de crisis.....	41
2.1.2 Neuropsicología de la crisis y la importancia del trabajo preventivo para su superación.....	42
2.2 El estrés.....	43
2.2.1 Respuestas esperables al estrés en adultos que sufrieron una situación crítica.....	44
2.2.2 Consecuencias del estrés a largo plazo.....	44
2.3 Formas de reacción ante los desastres.....	45
2.3.1 Respuestas según fases.....	46
2.3.2 Comportamientos individuales y colectivos.....	51
2.4 Trastornos psíquicos más frecuentes.....	52
<b>CAPÍTULO 3: PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN Y TÉCNICAS DE ACTUACIÓN</b>	
3.1 Cómo identificar a quienes necesitan apoyo?.....	55
3.2 Directrices para una primera aproximación.....	55
3.3 Intervención en Crisis.....	57
3.4 Gestión de una Crisis.....	58

3.4.1 Antes .....	58
3.4.2 Durante .....	60
3.4.3 Después .....	65

**CAPÍTULO 4: EL PSICÓLOGO EMERGENCISTA Y EL CUIDADO DEL EQUIPO DE PRIMERA RESPUESTA**

4.1 El Equipo de Salud Mental.....	69
4.2 El perfil de psicólogo integrante del equipo psicosocial.....	70
4.3 Escenarios de Intervención.....	72
4.4 Atención a miembros del equipo de primera respuesta .....	73
4.4.1 Reacción de los equipos de salvataje.....	73
4.4.2 Síntomas del estrés en el regreso a la vida cotidiana.....	74
4.4.3 Síntomas del Trastornos por Estrés Postraumático Secundario.....	75
4.4.4 Síntomas de Burnout .....	75
4.5 Algunos cuidados preventivos para el equipo de rescate.....	76
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>78</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>81</b>

## **Resumen**

Las emergencias y desastres traen como consecuencia perjuicios para las personas afectadas tales como daños físicos, económicos, morales y psicológicos. Las consecuencias inmediatas en la población son altos niveles de estrés y reacciones emocionales intensas. Es por ello que la presente investigación buscará comprender la magnitud del desastre en la salud mental, tanto a nivel individual como social; principios básicos y objetivos de un plan de salud mental en el contexto de la emergencia; cómo son las fases de las reacciones humanas ante los desastres y los trastornos psíquicos más frecuentes. Luego pasaremos a centrarnos en el rol del psicólogo de la emergencia, su actuación y la importancia de su formación. Para ello se han estudiado los primeros auxilios psicológicos e intervenciones en crisis de primer orden, considerados como una respuesta, cuyo objetivo es proporcionar ayuda y apoyo psicosocial a los afectados. Debido a que los operadores de primera respuesta también están expuestos a sufrir desgaste profesional, nos ocuparemos también del cuidado de la salud mental del equipo y prevenir así el “trauma secundario” o “desgaste por empatía”.

## **Introducción**

### **(a) Presentación del Tema**

La Psicología de la Emergencia es una especialidad relativamente nueva, que está cobrando visibilidad a partir de distintos hechos dolorosos para el mundo. Guerras, explosiones industriales, distintos accidentes con múltiples víctimas, y las continuas manifestaciones de la naturaleza como son los terremotos, las inundaciones, los fenómenos climáticos entre otros. Estos eventos no solo pueden atentar contra vidas humanas y traer grandes pérdidas económicas y materiales, a veces irreversibles, sino que también tienen como consecuencia un impacto emocional profundo que afecta la vida cotidiana de los individuos involucrados, conduciendo a una desorganización psicosocial de la comunidad. En estas circunstancias, las necesidades de atención psicosocial son especialmente altas debido al estrés al que la población está sometida y a los traumas específicos de grupos con mayor vulnerabilidad.

Los países han mejorado sus capacidades de gestión del riesgo de desastres mediante el asesoramiento estratégico, la coordinación y la creación de alianzas internacionales, lo que ha generado un compromiso político para la disminución de la mortalidad en caso de amenazas. Sin embargo, los desastres han seguido cobrándose un alto precio, afectando al bienestar y la seguridad de personas, comunidades y países enteros. Entre el 2005 y el 2015 más de 7 millones de personas han perdido la vida, más de 1,4 millones han sufrido heridas y alrededor de 23 millones se han quedado sin hogar como consecuencia de los desastres (UNISDR,

2015). El número de personas traumatizadas por estos hechos en el mundo es asombroso, y la necesidad de tratamiento para ayudar a grandes grupos de personas a regresar a su funcionamiento básico tan rápido como sea posible es esencial (Luber, 2009). La información existente indica que “en todos los países, el grado de exposición de las personas y los bienes ha aumentado con más rapidez de lo que ha disminuido la vulnerabilidad” (UNISDR; 2015, p.10), con un considerable impacto en los ámbitos económico, social, emocional, sanitario, cultural y ambiental a corto, medio y largo plazo, en especial a nivel local y comunitario.

Es importante resaltar que no todo el mundo está igualmente afectado por un desastre, y no todos los desastres son igualmente devastadores en términos psicológicos. Habrá casos de reacciones espectaculares agudas y otros en que las consecuencias no serán visibles, identificables o inmediatas. Aún así, los distintos informes pos-desastre arrojan una extraordinaria prevalencia de fuertes afectaciones fisiológicas, cognitivas y emocionales a corto, mediano y largo plazo. Jarero (2013) presenta cuatro trayectorias posteriores a una experiencia extrema de catástrofe: (a) grupo resiliente de personas (b) grupo de recuperación de personas con perturbación inicial que remite a lo largo del tiempo (c) grupo de reacciones retardadas con síntomas iniciales leves que se incrementan a lo largo del tiempo, y (d) grupo de perturbación crónica con altos niveles de TEPT.

Aunque las cifras exactas varían de una situación a otra, es válido esperar que hasta un 90% o más de víctimas exhiban al menos algunos efectos psicológicos adversos en las horas inmediatamente posteriores a un desastre. En la mayoría de los casos, los síntomas desaparecen gradualmente, por resiliencia natural, durante las siguientes semanas; mientras que en otras ocasiones, a los 3 meses de la catástrofe, entre un 20% y 50% pueden todavía mostrar signos significativos de angustia (Ehrenreich & McQuaide, 2001). Según las proyecciones actuales, durante una emergencia, el porcentaje medio de personas que presentan trastornos mentales gravemente incapacitantes aumenta en 1%, pero son las presentaciones de trastornos distímicos los que puede aumentar hasta un 10% (IASC, 2007), mientras que la prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático presenta una fluctuación del 11% al 40% entre los sobrevivientes. (Jarero, 2013)

Generalmente, el número de personas que presenta síntomas, decae con el paso del tiempo, pero puede ocurrir también que comiencen a aparecer respuestas retrasadas que se configuran como cuadros psicopatológicos, que no son específicos de la ocurrencia del episodio, pero que suelen producirse asimismo como consecuencia de él, como son los trastornos somatomorfos y psicósomáticos. Otro efecto de la erosión que producen las emergencias en los apoyos de protección de la persona en el largo plazo, es el incremento de riesgos de que aparezcan numerosos tipos de problemas, como el abuso de alcohol y drogas, conductas violentas, saqueos, vandalismo, epidemias, o que se agraven los problemas

existentes de injusticia social y desigualdad (IASC, 2007). Hay muchos sobrevivientes que no aceptan ir a refugios y se quedan viviendo sobre los escombros o cerca de lo que fue su casa, todo lo cual, dificulta la labor de ayuda psicoemocional y psicosocial.

La literatura científica sobre la temática deja en claro que “sin auxilio psicológico, las alteraciones emocionales pueden continuar indefinidamente” (Mc Leold, 1984, citado en Valero, 2002, p.6). Frente a esta realidad, la psicología contemporánea ha desarrollado múltiples estrategias de intervención psicosocial, producto de la experiencia acumulada a lo largo de los años y de interactuar en situaciones reales de desastres. (Valero, 2002)

Es por eso que el presente trabajo se propone abordar la actuación del psicólogo en cada fase del desastre, comprender las reacciones de los individuos y grupos humanos en el antes, durante y después de una situación de emergencia, como así también las técnicas de asistencia psicológica e intervención psicosocial en crisis destinadas a ayudar de manera inmediata a las personas afectadas a mitigar el impacto emocional de un evento adverso. Todo ello desde un enfoque salutogénico, donde se aboga por la prevención primaria, proactiva y universal, cuyo agente de cambio es un sujeto activo, en oposición al sujeto pasivo del modelo tradicional. Este modelo positivo está orientado a la promoción de la salud y el bienestar utilizando y potenciando los recursos disponibles.

## **(b) Problema y preguntas de investigación**

La salud mental es uno de los sectores al que se dedican menos recursos dentro de la atención de salud. Son pocos los países que satisfacen sus necesidades clínicas en materia de salud mental en épocas normales, y mucho menos en emergencias. (IASC, 2007)

Los desastres naturales podrían ocurrir en todas partes y la población debería estar preparada para responder cuando ocurren, por lo que, la importancia de la planificación preventiva en relación con los desastres es indiscutible. La prevención es un concepto abundantemente definido y casi universalmente resaltado, pero en la realidad bastante poco asumido (Cortés Trujillo, 2000). Respecto al comportamiento de la población “se plantean bien pocas explicaciones para el mismo, y menos aún se exploran las opciones para enfrentarlo” (Cortés Trujillo, 2003, p.15). Conociendo que el continente americano es el segundo más afectado por los desastres después del continente asiático (OPS/OMS, 2016), son aún muchos los países de América Latina que necesitan reforzar su capacidad de respuesta a los problemas de salud mental en situaciones de emergencia (OPS/OMS, 2002). Por más de 10 años, los expertos han concluido que las víctimas psicológicas de un desastre sobrepasan a las víctimas físicas por al menos una relación de 4 a 1. (Everly, Barnett, Links & Sperry, 2010)

Si al impacto del desastre, le agregamos planes de intervención psicosocial pobremente diseñados, trabajadores insuficientemente formados y capacitados o carentes de las aptitudes y la motivación apropiadas, se producirán daños a las poblaciones a las que se intenta ayudar (IASC, 2007). Esto incrementa sustancialmente las consecuencias a largo plazo, alcanzando hasta un 50% de víctimas con posibilidad de desarrollar depresión duradera, ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos emocionales, con los consecuentes problemas interpersonales, económicos y sociales que éstos acarrearán.

Las situaciones de catástrofe disparan un incremento de las reacciones emocionales intensas. En su gran mayoría, serán manifestaciones normales a una situación extrema, pero la baja cobertura de los programas de salud mental en la región, no permite una identificación rápida, en caso de desastres de las personas que requieren de un apoyo especial (Acevedo & Martínez, 2007). Aún más que los efectos físicos, los efectos emocionales causan sufrimiento duradero, discapacidad y pérdida de ingresos.

Frecuentemente tiende a creerse que en los momentos de emergencia predominan las necesidades materiales, y que los aspectos psicológicos pueden considerarse, en todo caso, en la situación posterior a la emergencia. Para autores como San Juan (2002) esto es producto de que, a pesar de los avances científicos y tecnológicos, debemos reconocer que no se ha progresado mucho en la comprensión de los aspectos comportamentales y en el factor psicológico implicados en una situación catastrófica. Asimismo, los programas destinados para la atención de la salud mental, estuvieron durante décadas centrados mayormente en el déficit y los factores de riesgo, orientados desde un enfoque patogénico en la atención del trauma, su recuperación y rehabilitación.

Partiendo de lo dicho hasta aquí, algunos interrogantes que guían nuestra investigación son: ¿por qué consideramos fundamental hacernos presentes en el lugar del evento para minimizar el impacto de la situación de desastre?, ¿cuál es la formación más idónea para un psicólogo emergencista?, ¿cuáles son las técnicas de intervención en crisis con mayor sustento científico?

### **(c) Relevancia y Justificación de la temática**

El interés de tematizar sobre la Psicología de la Emergencia y la importancia de contar con ayuda de profesionales en la salud mental en el contexto de desastre se nos impone como un intento de hacer frente a la concepción que circula en el imaginario social acerca de que cualquier persona con buena voluntad, actitud de ayuda y capacidad de escucha puede llevar adelante la tarea de asistencia psicológica a los damnificados. El objetivo de comprender la importancia del rol del psicólogo solo podrá ser cumplido si analizamos los momentos, como

son el antes, durante y después del desastre, y las funciones que desempeña el profesional en cada fase.

Un desastre es la irrupción de un acontecimiento súbito, intenso y traumático, con gran número de víctimas que sobrepasa los recursos de la comunidad y que, además de la destrucción material y la desorganización social que provoca, produce una seria afectación psicológica a quien la padece, ya que fallan las estrategias de afrontamiento habituales para la resolución de problemas (Montoso & Carbonell, 1992). Pero un desastre no sólo alcanza a las víctimas afectadas de forma directa, también los familiares, amigos, espectadores, los equipos de primera respuesta y la propia sociedad quedan afectados. En este tipo de situaciones, donde nadie está libre de ser una víctima, puede considerarse que toda la población sufrirá tensiones y angustias en mayor o menor medida, directa o indirectamente, debido al estrés al que estará sometida. Es por ello imperativo que los profesionales en salud mental estén preparados con abordajes psicoterapéuticos con evidencia científica de su efectividad y recomendados por organizaciones e instituciones internacionales (Shapiro, 2001) para que puedan hacer frente a las necesidades psico-emocionales a corto, mediano y largo plazo, tanto de los sobrevivientes, como de sus auxiliadores.

No es posible continuar ignorando que este tipo de situaciones, no solo impactan en la infraestructura civil y en la integridad física de las personas, sino que también afecta a la salud psicosocial de éstas. Será importante tener en cuenta desde el inicio los aspectos psicosociales para poder comprender los comportamientos y reacciones de la población y desarrollar planes de acción y prevención de problemas (Beristain & Doná, 1997). Esto ha llevado a que los psicólogos emergencistas desarrollen las competencias necesarias para brindar una respuesta integral frente a incidentes críticos y desastres que incluya, tal como los organismos internacionales (OPS, OMS, IASC) proponen, la dimensión del cuidado de la salud mental y el apoyo psicosocial de todas las personas implicadas o afectadas, incluidos quienes integran los equipos de respuesta. (IASC, 2007)

En este contexto, abordaremos la temática planteada desde una comprensión holística de la acción humanitaria, centrado en la promoción de la salud, teniendo en cuenta las exigencias físicas, psicológicas y sociales de la población. Trabajando con un modelo de salud acorde a lo expresado por la OMS (2004, p.7) “un estado de bienestar completo, físico, social y psicológico, y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez”, la psicología no puede conformarse con la intervención durante la enfermedad y la eliminación de síntomas, ya que esto no garantiza una población mentalmente saludable (Keyes, 2007), sino que debe concentrar gran parte de su energía en la prevención, en dotar a la gente de herramientas para afrontar situaciones difíciles y en potenciar sus competencias y habilidades. (Blanco & Valera, 2007)

La literatura disponible y la experiencia nos enseñan que el abordaje temprano de los problemas de salud mental, compuesto por los primeros auxilios psicológicos y las intervenciones en crisis de primer orden, son la mejor prevención de trastornos más graves que aparecen a mediano y/o largo plazo. Y es esto lo que nos guía hacia un modelo salutogénico de abordaje, abandonando la idea de que toda persona expuesta a una emergencia o desastre sufrirá de alteraciones patológicas posteriores, lo cual invisibiliza los recursos psicológicos de los individuos que les permiten afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones más adversas. (Salinas & Ysrael, 2017)

## **Objetivos:**

### **Objetivos generales:**

- Fundamentar la importancia del rol del psicólogo en el contexto de la emergencia, como así también la pertinencia de las estrategias de intervención en crisis y el apoyo psicosocial a los damnificados.

### **Objetivos específicos:**

1. Analizar signos y síntomas psicológicos que pueden observarse tanto en los damnificados como en los equipos de primera respuesta tras una situación de desastre
2. Investigar las intervenciones psicológicas básicas tras un desastre
3. Establecer las competencias necesarias y el perfil del psicólogo abocado a la atención de situaciones de emergencia y desastre

## **Alcances y Limitaciones del trabajo**

El alcance del presente trabajo está orientado a la actuación del psicólogo en el período que comprende desde la pre-emergencia (trabajo preventivo y capacitación de la comunidad) y el período pos-crítico (aproximadamente un mes luego del episodio), es decir, los primeros auxilios psicológicos e intervenciones en crisis de primer orden. Nuestro afán es remarcar la importancia de atender a las múltiples facetas del dolor humano, evidenciando la necesidad de un abordaje integral que trascienda lo patológico, y que considere los distintos problemas psicosociales que pueden surgir en el contexto de una catástrofe.

El tratamiento del trastorno del estrés postraumático, la depresión u otras consecuencias emocionales a mediano y largo plazo de los desastres (observados durante las fases de recuperación y reconstrucción), no serán abordadas ya que requieren una capacitación más amplia, lo cual excede los límites de este trabajo. De igual forma, nos enfocaremos sobre la

población adulta en general, quedando excluidos los grupos especialmente vulnerables como son los niños, los ancianos, los discapacitados o los residentes de campamentos de refugiados a largo plazo, quienes tienen necesidades especiales y, por lo tanto, demandan técnicas y modificaciones particulares que no podrán ser contempladas en esta tesina. Nos centraremos en lo que podría llamarse un desastre “típico” es decir, eventos calamitosos de múltiples víctimas, pero que representan un solo episodio de desastre, como es un terremoto, un incendio, una explosión. Por lo tanto, las observaciones y técnicas presentadas no podrán ser aplicadas a traumas individuales, como una violación o un accidente automovilístico, ni a las situaciones de crisis masivas que afectan a miles o incluso millones de personas durante un período de muchos años, como por ejemplo en desastre nuclear de Chernobyl o el genocidio de Ruanda.

## **Antecedentes**

La Psicología en Emergencias y Desastres se sustenta en un amplio bagaje de investigaciones y constructos teóricos que datan desde fines del siglo XIX y principios del XX, y que han ido evolucionando desde los estudios eminentemente descriptivos, individuales y con una orientación básicamente clínica, hasta trabajos de corte sociológico y estadísticamente significativos, con orientación psicosocial (Valero, 2002). Numerosos relatos de experiencias y estudios fueron enriqueciendo el conocimiento sobre el impacto psicológico de las catástrofes y desastres, permitiendo comprender los fenómenos vinculados al estrés, los flashback, la disociación o la paralización emocional. Esto permitió elaborar estrategias y técnicas de intervención específicas. (Arraigada, Verón & Cepeda, 2016)

Las reacciones psicológicas a los hechos traumáticos han concitado una gran atención a lo largo de la moderna historia de la psicología. El Trauma Psicológico ha acompañado la historia de la humanidad de una manera omnipresente. La primera mención conocida al respecto proviene del antiguo Egipto, donde los médicos del faraón describían las reacciones histéricas en los Kunyus Papyrus, uno de los primeros libros de Medicina conocidos, publicados en el año 1900 A. C. (Benyakar, 2002). En otros textos antiguos, tales como la Biblia, el Talmud, los escritos chinos, los clásicos griegos como La Ilíada (Cazabat, 2002), las pesadillas que menciona Hipócrates relacionadas con los combates en soldados sobrevivientes o Heródoto y su Tratado sobre la historia de los síntomas que presentaban los soldados que habían participado en la Batalla de Maratón. En todos ellos se hacen referencias a los efectos psicológicos de los hechos traumáticos, especialmente a las consecuencias de la violencia y la guerra. (Carvajal, 2002)

La literatura psicológica relacionada con la intervención en los desastres se remonta a finales del siglo XIX donde los temas de estudio se centraron en los efectos psicológicos de la guerra ("fatiga de combate") y en la elaboración de planes de protección para evitar situaciones de pánico entre la población civil (Cascales, Molina, Maldonado & Esteban , 2004). Entre los años 1857 y 1885, aparecen las primeras descripciones de sintomatología compleja (angustia, emotividad exagerada, depresión, insomnio, alteraciones de la memoria) en víctimas de accidentes de ferrocarril y de guerra. John Eric Erichsen describió en 1882 los síntomas de la llamada "enfermedad de Erichsen" (insomnio, ansiedad, parestesias sin etiología orgánica, etc.) sintomatología casi idéntica a la que hoy se conoce como Desorden de Estrés Postraumático. Estas alteraciones que presentaban los sobrevivientes en ausencia de lesiones físicas evidentes, se atribuían a la conmoción cerebral ("shock nervioso") y el médico alemán H. Oppenheim en 1885 las denominó "neurosis traumática" (Cavanillas de San Segundo & Barrajón Morán, 2012). En la misma época, el médico británico Herbert Page llamó "shock nervioso" a la sintomatología postraumática de soldados, y atribuyó su etiología al terror experimentado que llevaba al colapso emocional debido al fuerte estado de estrés al que estaban sometidos en el campo de batalla, siendo el primero en considerar dichos síntomas como de origen psicológico (Benyakar, 2002). De cualquier manera, la creencia más común era que los síntomas se debían a la cobardía y debilidad del soldado. En esta dirección, en trabajos posteriores se llegó a proponer el uso de amenazas, castigos y avergonzamientos a modo de "tratamiento" para quienes sufrieran la "Neurosis de Guerra". Incluso llegaron a usarse descargas eléctricas para tratar el mutismo y pérdida sensorial de algunos pacientes. (Cazabat, 2002)

Por aquella época (fines del siglo XIX) comienzan a cobrar relevancia los trabajos de J. M. Charcot, P. Janet y S. Freud. Janet, en 1886, fue el primer psicólogo en estudiar y tratar lo traumático. En sus primeros libros se refirió a las "emociones vehementes" que ocurrían en los pacientes durante un acontecimiento traumático. S. Freud en la primera etapa del psicoanálisis, atribuyó el origen de las neurosis a experiencias traumáticas del pasado. El trauma se refería a una situación específica en la biografía del paciente, quien no podía integrar este hecho en forma consciente a la experiencia vivida. Es así como la memoria traumática se constituía en un "cuerpo extraño" que se mantenía a lo largo del tiempo afectando al paciente. En los años siguientes, Freud se centró más en las fantasías que en los traumas de la vida real, restando valor a la naturaleza específica del estímulo y otorgando gran importancia a la "realidad intrapsíquica". (Carvajal, 2002)

Ya a principios del siglo XX, ubicamos el interés por el estudio del comportamiento humano en situaciones de emergencias y desastres en trabajos como el de Eduard Stierlin de Zúrich, el cual investigó a 21 sobrevivientes de un accidente en una mina en 1906, y a 135 sobrevivientes del terremoto de Messina, Italia en 1908. Otros ejemplos son las observaciones

realizadas por el psicólogo William James en el terremoto de San Francisco el 18 de abril de 1906 y los estudios del psicólogo H. Cantril durante el pánico desencadenado por la emisión radiofónica de Orson Welles, llamada "Invasión desde Marte" el 30 de octubre de 1938 en el estado de Nueva Jersey. (Benyakar, 2002)

Sin embargo, el estudio que se considera pionero y da origen a la intervención en crisis moderna se remonta a los trabajos del médico psiquiatra Lindermann en 1944 (EU) quien desempeñó un papel activo en la ayuda a los sobrevivientes y familiares del incendio del Club Nocturno Coconut Grove el 28 de marzo de 1942, en el cual perecieron 439 personas. El informe clínico sobre los síntomas psicológicos de los sobrevivientes se convirtió en la piedra angular para las teorizaciones subsecuentes sobre las que Gerald Caplan formuló el proceso del duelo y el significado de la crisis en la vida (Valero, 2002). Además, al realizar seguimiento de los familiares de las víctimas del suceso, descubrió sorprendido, que la mayoría de ellos no habían desarrollado síntomas, con lo cual aportó un principio esencial en la intervención en crisis: "las personas disponen de una gran cantidad de recursos internos con los que pueden enfrentarse a una crisis súbita en su vida. No obstante, en ocasiones, los recursos de afrontamiento del individuo pueden verse desbordados" (Cavanillas de San Segundo & Barrajón Morán, 2012, p. 28). Se destacó también que con la ayuda de asistencia profesional en el primer momento se podían prevenir dificultades psicológicas posteriores, comenzando así a cobrar relevancia el enfoque preventivo de la intervención en crisis.

Un aporte revolucionario fue el del psicoanalista A. Kardiner, quien trató a veteranos de la I Guerra Mundial entre 1922 y 1925 y publicó en 1941 su libro "The Traumatic Neuroses of War". A partir de conceptos psicoanalíticos postuló que la neurosis de guerra correspondía a una fisioneurosis, en la cual el trauma era capaz de desencadenar síntomas somáticos y psicológicos (Carvajal, 2002). En 1952 aparece la primera edición del DSM, años en que los psiquiatras norteamericanos estaban tratando activamente veteranos de la Segunda Guerra y de Corea. Sus aportes contribuyeron en la implementación de sistemas de detección de probable psicopatología en los soldados antes de enviarlos al frente de batalla y en la presencia de especialistas en salud mental en el área de combate, para facilitar una rápida recuperación de los soldados con síntomas psíquicos, sin tener que enviarlos a hospitales alejados. En esa primera edición se incluyó el diagnóstico "reacción a gran estrés", que describía los síntomas de aquellos individuos expuestos a situaciones de estrés intolerable. (Cazabat, 2002)

Hacia la segunda mitad de siglo, las investigaciones descriptivas van descubriendo que las reacciones de las víctimas no son iguales durante el impacto del evento y posterior a éste. En este sentido, Friedman y Linn en 1957, trabajando con los sobrevivientes del barco "Andrea Dorian" describe que al tratar con víctimas de sucesos extremos se debe de tener en cuenta

sus diferentes respuesta a las fases de "Choque inicial" y la "Recuperación". Lifton Robert en 1967 (EU), empieza a describir la conducta que se presenta en las fases o periodos posteriores al impacto del desastre, iniciando su inquietud con el estudio de los problemas psicológicos a largo plazo que se presentaron después del bombardeo atómico en Hiroshima. (Valero, 2002)

Por su parte, Benyakar (2002) ubica dos columnas vertebrales en lo que respecta al conocimiento, la comprensión e interpretación de las reacciones psicológicas de las víctimas en situaciones de desastre o eventos traumáticos. La primera va desde el modelo explicativo del estrés elaborado por Janis en 1954, modelo que consta de tres segmentos principales: **(1)** El evento desastroso **(2)** La respuesta psicológica a éste por parte de los individuos y **(3)** Las determinantes intrapsíquicas y situacionales de tales respuestas; pasando por los descubrimientos clásicos de Selye (1956) quien describe con el nombre de "Síndrome General de Adaptación" las respuestas orgánicas y fisiológicas ante cualquier tipo de estímulo estresante. Llegando así hasta los descubrimientos del Estrés, el Trauma y su capacidad para el cambio del contenido bioquímico cerebral de Jhon Everlin en 1997. La segunda columna vertebral que sustentan las estrategias de la intervención en emergencias y desastres tiene que ver con la teoría de la crisis de Gerald Caplan (1964), Baldwin (1979), Lazarus (1980), Slaikou (1984) entre otros.

A partir de los años 70 comienzan a estudiarse con mayor intensidad las consecuencias psicosociales de los desastres naturales e industriales. Por aquella época, la guerra de Vietnam estaba en uno de los picos más altos, y fue con los veteranos con quienes se comenzó a prestar real atención a los efectos traumáticos de la guerra. La organización de veteranos de Vietnam contra la guerra comenzó a buscar ayuda psicológica fuera de los ámbitos oficiales, y en poco tiempo, jóvenes psiquiatras como Chaim Shatam y Lifton Robert, lograron desarrollar un fuerte movimiento basado en la importancia de la toma de conciencia y en el compartir las secuelas de la guerra (Cazabat, 2002). En 1978, Charles Figley publicó el primer libro de esta nueva era del estudio del Trauma: "Stress disorders among Vietnam veterans", en el que se delinea las características principales de lo que luego se conocería como trastorno por estrés postraumático. (Figley, 2003)

En la misma década (1970) Antonovsky comienza a desarrollar el modelo salutogénico que influyó en el pensamiento de los médicos y científicos del comportamiento por su explicación de los factores que forman las bases de la salud humana. Paradójicamente, el paradigma salutogénico y la salud pública posmoderna nacen de las cenizas de las víctimas del Holocausto, ya que las primeras investigaciones comenzaron con el estudio de mujeres que habían estado internadas en campos de concentración (Rivera de los Santos, Ramos Valverde, Moreno Rodríguez & García, 2011). A lo largo de las décadas, el nuevo enfoque aportó

herramientas preventivas para el cuidado de la salud centradas en el desarrollo de recursos personales y resiliencia. (Arraigada et al. , 2016)

Por su parte, la Asociación de Psiquiatría Americana, publica un manual de "Primeros Auxilios Psicológicos en casos de Catástrofes" en el cual se describen diversos tipos de reacciones clásicas a los desastres, y se exponen los principios básicos que se deben de tener en cuenta para la ayuda a las personas "perturbadas emocionalmente". En 1980 se incorpora en el DSM-III el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático, con lo cual, se inició una nueva época con el reconocimiento por la comunidad científica de esta entidad nosológica (Benyakar, 2002). Otra importante publicación fue la de 1984, "Intervención en Crisis" de Karl Slaikeu, donde se desarrollan estrategias de tratamiento basadas en los aspectos conductuales, afectivos, somáticos y cognoscitivos de cualquier crisis. (Slaikeu, 1996)

Las emergencias y los desastres son dos consecuencias que nos recuerdan a diario cuan vulnerables seguimos siendo a la materialización de las amenazas propias de los fenómenos de la naturales como así también las producidas por el hombre. Este panorama ha sido preocupación de la comunidad internacional al punto de que las Naciones Unidas declaró los años 1990-1999 como el "Decenio internacional para la Reducción de los Desastres Naturales" y a partir del año 2000 se ha establecido una secretaria permanente denominada "Estrategia Internacional para la reducción de los desastres" en el ámbito mundial. Estos esfuerzos de las Naciones Unidas han permitido demostrar que los desastres no solo afectan la economía y la infraestructura de un país, sino que comprometen a la misma estructura social de las comunidades afectadas al igual que la salud física y mental de sus integrantes. En este sentido, diversas disciplinas han ido adaptando sus conocimientos y técnicas a estas situaciones extremas, y la psicología no ha sido la excepción. En el campo de las emergencias y los desastres, la presencia del profesional psicólogo se ha ido haciendo cada vez más necesaria. (Cazabat, 2002)

### **Estado del Arte:**

En los últimos años la psicología de emergencias ha tenido un fuerte avance. Son diversas las actividades y programas que se han desarrollado, impulsados principalmente por diversos eventos que han afectado a la población latinoamericana. El atentado de las Torres Gemelas (EE.UU., 2001), el incendio de Mesa Redonda (Perú, 2001) los atentados de Madrid (España, 2004), los atentados de Londres (Inglaterra, 2005), el huracán Katrina (EE.UU., 2005), el terremoto de Haití (Haití, 2010), entre otros. Históricamente, es más bien la tercera etapa (la de reconstrucción) la que ha tenido más desarrollo dentro del quehacer del psicólogo. Sin embargo, "en este momento la Psicología en Emergencias pretende promover una cultura

proactiva más que reactiva, y por tanto, se están concentrando esfuerzos primariamente en Pre-emergencia, por su valor preventivo” (Barrales, Marín & Molina, 2013, p. 135). Es así como se han generado demandas principalmente del sector privado, interesados en procurar una formación que integre el aspecto psicológico a los diferentes programas de prevención que ya existen, sobre todo después de las grandes emergencias acaecidas. (Barrales et al., 2013)

A pesar de que en sus inicios y a lo largo del siglo XX el Modelo Salutogénico no atrajo la atención de la comunidad científica, en el presente la situación está cambiando. Por ejemplo, recientemente, Lundman et al. (2010) han presentado una investigación donde demostraron la existencia de un factor relacionado con la “fuerza interior”, que se encuentra presente en el modelo salutogénico.

Un tema muy importante que está en pleno desarrollo es el estudio de los factores que promueven la resiliencia frente al Trauma y el crecimiento postraumático. González & Llamozas (2018), desde el marco de la psicología positiva, proponen la creación de programas de intervención en resiliencia para contribuir a potenciar esas fortalezas y recursos de la persona, para transformar los factores adversos, superarlos y darles un sentido. Algunas investigaciones (García, Cova & Melipillán, 2013) han mostrado que el Crecimiento Postraumático se percibe como aprendizaje relevante de las vivencias después de un evento traumático, permitiendo que los individuos afectados puedan experimentar un mejor ajuste psicológico y un menor desarrollo de depresión y de síntomas del trastorno de estrés postraumático. Autores como Arias & García (2019) plantean que el enfoque del Crecimiento Postraumático permite alejarse de la victimización en la que se han centrado las investigaciones tradicionales, enfatizando de forma exclusiva en los potenciales efectos patológicos de la vivencia traumática, sesgando ampliamente la investigación y la teoría psicológica, llevando a asumir una visión pesimista de la naturaleza humana, lo cual acarrea un peligroso efecto: asumir que el trauma siempre conlleva grave daño.

Entre los temas actuales, es relevante hacer mención a los trabajos centrados en la Transmisión Transgeneracional de Traumatismos causados por catástrofes político-sociales. De ello dan fe las investigaciones sobre los complejos efectos y repercusiones psíquicas en varias generaciones posteriores al Holocausto nazi y a las dictaduras en Latinoamérica (Del Valle Laguna, 2014). Este nuevo enfoque intenta aportar una perspectiva más amplia de la comprensión del paciente, su patología y sufrimiento, al pensar las manifestaciones clínicas estrechamente ligadas a modalidades vinculares, repeticiones transgeneracionales y ciertas identificaciones. (Vera, 2013)

Otro valioso aporte que brinda la Psicología de la Emergencia, lo encontramos en el marco de la Prevención de Accidentes de Trabajo, a través de técnicas y herramientas para el autocuidado del trabajador, mediante el diseño de programas que integren los Primeros Auxilios Psicológicos a los protocolos de Seguridad e Higiene de la organización. El principal propósito es minimizar el impacto psicológico negativo a consecuencia de las situaciones críticas o accidentes dentro del ambiente laboral, ayudando a recuperar el clima de trabajo y las condiciones de salud ocupacional para el trabajador. (Cepeda, 2017)

El escenario educativo actual se ha vuelto sumamente complejo: los efectos del hostigamiento (bullying) han quedado en evidencia en varios episodios de niños y adolescentes que atacaron indiscriminadamente con armas de fuego a sus compañeros de estudios, decentes golpeadas por madres, problemas en relación al consumo problemático de sustancias, etc. No cabe duda que la problemática referida debe ser abordada o, mejor, prevenida, dotando a las personas de unas adecuadas competencias sociales y conductas adaptativas. Y es allí donde la Psicología de la Emergencia ha comenzado a participar, reduciendo el impacto psicosocial que generan estos incidentes en toda la comunidad educativa. Autores como Cardoso & Massone (2017) consideran oportuno intervenir en el antes, a través de la prevención con simulacros, campañas, capacitación y entrenamiento; en el durante, con diferentes herramientas de intervención como los Primeros Auxilios Psicológicos, manejo del estrés, relajación, comunicación de malas noticias, terapia de juego con niños; y en el después, mediante grupos de apoyo, apoyo individual, defusing, debriefing, EMDR, entre otras.

## **Marco Teórico**

En la presentación del Modelo Salutogénico, Antonovsky (1996) critica el típico enfoque de la concepción del modelo tradicional biomédico de salud-enfermedad, proponiendo entender la salud como un proceso continuo entre dos polos: el bienestar (salud) y el malestar (enfermedad). Debido a que no existe absolutismos en el bienestar salud y en el malestar enfermedad, es decir que no es posible que un persona logre ninguno de los extremos, el énfasis no debe hacerse en el hecho de que una persona esté sana o enferma, sino más bien en qué lugar del continuo se encuentra, entre la salud perfecta y el completo estado de enfermedad. Este nuevo paradigma en salud, que integra los componentes físicos, mentales y sociales, implican un cambio de perspectiva, plasmado en dos asunciones: la principal preocupación se centra en el mantenimiento y realce del bienestar, y la hipótesis de que los factores estresantes son intrínsecamente negativos es rechazada en favor de la posibilidad de que éstos puedan tener consecuencias saludables o beneficiosas, dependiendo de sus características y, sobre todo, de la capacidad de las personas para resolverlos. (Rivera, López, Ramos & Moreno, 2011)

Además del modelo salutogénico, en las últimas décadas han surgido múltiples estudios y teorizaciones de distintos autores y organismos (Declaración de Caracas, 1991; Benyakar, 1998; Cohen, 1999; OPS/OMS, 2002; Pérez Sales, 2006; Echeburúa, 2007) que cuestionan el enfoque tradicional de la psicología en relación a su aplicación en emergencias y desastres, centrado en el modelo biomédico donde el énfasis está puesto en la identificación de síntomas, medicalización y hospitalización. En la medida en que el paradigma de la atención sanitaria en los desastres ha evolucionado, y se ha superado el criterio curativo asistencialista, se logró alcanzar cierto consenso científico que sostiene que para el abordaje profesional en situaciones de ayuda psicosocial es necesario abandonar cualquier tendencia psicopatologizante que nos pudiese llevar a pensar las conductas de las personas en situaciones extremas como “síntomas”, para entender que estamos tratando con reacciones, reacciones normales frente a situaciones anormales.

Los efectos adversos de las emergencias y desastres sobre la salud mental son complejos. Podemos dividirlos en:

**(a) Consecuencias Emocionales Directas:** La percepción de amenaza de la integridad del individuo tras un desastre o una emergencia puede causar un disturbio interno, pudiendo producir daños en los componentes biopsicosociales de la persona (Pérez Tejada, 2013). Como consecuencia de esto, el repertorio de mecanismos de afrontamiento que presenta el individuo se puede volver ineficaz o insuficiente para poder superar la situación amenazante, pudiendo resultar en graves consecuencias en la salud. La literatura científica ha demostrado que en situaciones de desastres y emergencias, se produce un incremento de los signos de sufrimiento psicológico, como la aflicción, el miedo, ansiedad aguda, sentimientos de entumecimiento emocional y dolor; así como también aumenta la morbilidad psiquiátrica y otros problemas sociales. Se estima que más de la mitad de la población expuesta (según la magnitud del evento y otros factores) sufre alguna manifestación psicológica, sin llegar a calificarse como patológicas. La mayoría debe entenderse como reacciones normales ante situaciones de gran significación o impacto (OPS/OMS, 2002). Para algunos, estas reacciones serán transitorias y con el paso del tiempo podrán comenzar el proceso de reconstrucción de sus vidas; mientras que otros, corren el riesgo de que estas primeras reacciones se transformen en trastornos (TEPT, Trastornos de Ansiedad, Trastornos Depresivos), causando un importante desgaste a largo plazo, sufrimiento duradero y hasta discapacidad. Eventualmente, se han observado también algunas personas que aparentemente han reaccionado con gran equilibrio y comienzan a presentar síntomas después del año. (Corral & Gómez, 2009)

**(b) Consecuencias Emocionales Indirectas:** Éstas también pueden producir grandes deterioros en la dinámica interpersonal y social de las víctimas, desestructurando sus relaciones familiares y sus proyectos de vida individuales o colectivos (OPS, 2006). Pero no solo familiares y amigos de quienes sufren el impacto resultan afectados, sino que también los integrantes de los equipos de primera respuesta abocados a atender este tipo de situaciones resultan expuestos a vivencias de excesivo sufrimiento humano, muertes traumáticas, amenazas para su propia integridad física o incluso la pérdida de compañeros de equipo. Esta exposición implica un tipo de perturbación que puede sobrepasar la capacidad de manejo o afrontamiento de los profesionales. (OMS, 2004)

Por su parte, Ehrenreich & McQuaide (2001) también desarrollaron una serie de efectos devastadores del desastre sobre las personas y la comunidad. Algunos de ellos son:

- Incluso cuando se mantiene la estructura formal de una comunidad, el desastre puede interrumpir los vínculos que unen a las personas, familias, barrios, grupos de trabajo y sociedades enteras. Cuando esos lazos se destruyen, los individuos que componen los grupos afectados pierden amigos, vecinos, una identidad social. Estos efectos colectivos del desastre pueden llegar a ser tan devastadores como los efectos individuales.
- La dinámica familiar puede verse alterada. Las muertes o las discapacidades producidas por desastres, las separaciones familiares y la dependencia de los donantes de ayuda pueden socavar la autoridad de los sostenes de familia tradicionales, suplantando las actividades tradicionales en el hogar y forzar a la gente a aceptar nuevos roles.
- La penetración íntima a una comunidad por parte de personas ajenas puede alterar o desafiar las prácticas tradicionales de crianza de los hijos y los patrones tradicionales de las relaciones hombre-mujer. A raíz del desastre, el conflicto marital y la angustia suben; los aumentos en la tasa de divorcio pueden ocurrir en los meses siguientes a los desastres. Los conflictos entre padres, así como las tasas de violencia intrafamiliar también aumentan.
- Los desastres pueden destruir físicamente importantes instituciones comunitarias, como escuelas e iglesias, o pueden interrumpir su funcionamiento debido a los efectos directos del desastre sobre las personas responsables de estas instituciones, tales como maestros o sacerdotes. Los patrones tradicionales de autoridad se interrumpen junto con los controles sociales habituales sobre el comportamiento individual. Varios estudios han demostrado un aumento en las tasas de violencia en la comunidad, agresión, abuso de drogas y alcohol tras el desastre.
- La capacidad de la comunidad de llevar a cabo sus actividades tradicionales, tanto laborales como recreativas, puede verse interrumpida, convirtiéndose en una amenaza para el sentido de identidad individual, comunitaria y social de las personas. Algunas de estas interrupciones son temporales, pero otras serán difíciles de revertir.
- Los desastres imponen una presión sobre la policía y los centros de salud locales, quienes están abrumados y se enfrentan a una nueva tarea de integrar su trabajo con el

voluntariado. Puede haber también enojo por las desigualdades en la distribución de la ayuda después del desastre, exacerbando la brecha entre ricos y pobres. A raíz del desastre, pueden surgir nuevos líderes en una comunidad, debido al papel de estas personas en la respuesta al desastre.

Esto ha llevado a que en las últimas décadas se haga cada vez más notoria la importancia de los costes emocionales que conllevan un desastre o una emergencia. El reconocimiento de este factor ha llevado a priorizar las necesidades de salud mental de las personas damnificadas. Es por esto que hoy se habla del “**Impacto Psicosocial**” refiriéndonos a los efectos que generan los desastres en el ámbito psicológico individual, familiar y social de las víctimas (Baloian, Chia, Cornejo & Paverini, 2007). Y al igual que ocurre en otras disciplinas, también el campo de la psicología ha adecuado sus conocimientos a las diferentes situaciones de desastres y emergencias (Pérez Tejeda, 2013). Es por ello que la atención psicosocial en catástrofes, emergencias y desastres requiere especialización profesional y conceptualización desde un marco teórico y metodológico específico, el marco de la Psicología de la Emergencia. (Araya, 2001; Valero, 2002; OPS, 2006)

Valero (2002) define a la Psicología de Emergencia y Desastre como una rama emergente de la psicología, que a través del estudio del antes, durante y después de una situación crítica de emergencia o desastre, permite comprender y atender las reacciones comunes que experimentan las personas expuestas a estos eventos potencialmente traumáticos. Su abordaje desde un enfoque salutogenico (Antonovsky, 1996) se centra en la promoción de la salud y el bienestar psicosocial de aquellas personas damnificadas, así como sus familiares y amigos, los equipos de primera respuesta intervinientes (bomberos, policías, servicios de salud) y por extensión, toda la comunidad afectada. (OMS, 2012)

En su faceta preventiva, la Psicología de la Emergencia brinda estrategias y aporta herramientas de intervención específicas tendientes a disminuir el impacto psicológico negativo en los afectados, alentando la recuperación de su autonomía y potenciando el desarrollo de recursos que promuevan la resiliencia en las personas o comunidades (Poseck, Carbelo & Vecina, 2006), entendiendo a esta última como la capacidad de adaptarse y superar los acontecimientos adversos, e incluso salir fortalecido de ellos (Arraigada et al., 2016). En cuanto a los objetivos generales que persigue, Araya (2001) nos indica los siguientes: **(1)** describir y explicar los procesos psicológicos que se presentan en emergencias **(2)** desarrollar y aplicar técnicas psicológicas para situaciones de emergencia **(3)** capacitar psicológicamente a la comunidad en general para afrontar emergencias.

Así es como La Psicología de Emergencia y Desastres hace su aporte al proceso global denominado “Gestión del Riesgo”. Por un lado, el prevencionista de riesgo enfoca su trabajo en el diseño de planes de acción, vías de escape y diversos elementos estructurales que son necesarios en caso de la ocurrencia de una situación crítica. Pero cualquier plan de emergencia cuidadosamente diseñado es susceptible de fracasar rotundamente si no se atiende a la variable psicológica. De allí se desprende la necesidad de trabajar temas como conductas, actitudes y emociones antes, durante y después del desastre. En este sentido afirmamos que la variable psicológica es un elemento central del éxito. Y es sobre esta piedra angular que se construye la Psicología de la Emergencia y Desastre, contribuyendo a articular una cultura más preventiva, favoreciendo la migración desde un enfoque reactivo hacia uno más proactivo en la gestión del riesgo.

En este contexto, siguiendo los lineamientos de la IASC (2007, p.56) “la promoción de la salud mental y el brindar apoyo para el bienestar psicosocial, están en íntima relación”, por lo cual debemos salvar las distancias entre “acciones de salud mental” y “acciones psicosociales” y lograr una coordinación eficaz entre los diversos actores para velar por una oportuna resolución de los problemas comunes. La recomendación de este organismo, es que en las etapas iniciales de una emergencia es imprescindible brindar apoyo social para proteger y apoyar la salud mental y el bienestar psicosocial. Por tal motivo, al hablar de estos conceptos se hace referencia a toda intervención o acción no biológica, cuyo propósito sea proteger y promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o brindar tratamiento a trastornos psicológicos.

El **Bienestar Psicosocial** no es una dimensión aislada o separada que haya que considerar en la atención de los afectados por un desastre. No es algo de lo que haya que ocuparse después, o que quedará a cargo un especialista de la salud mental al que las personas son derivadas con posterioridad, sino que es desde el momento mismo de la ocurrencia de la situación crítica que el cuidado de la salud mental debe ser incluido. Consideramos al “bienestar psicosocial” como concepto transversal a todas las decisiones que se toman para la respuesta en situaciones de emergencias o desastres. (OPS, 2006)

Los equipos de intervención psicosocial deberán manejar situaciones de emergencias y desastres donde la desestructuración psicosocial y material es extrema, debiendo resolver las necesidades concretas de los afectados a la vez que acoger el impacto psicológico frente al evento crítico. Baloian et al. (2007) hacen hincapié en el riesgo que existe de que se produzcan resultados contraproducentes a partir de intervenciones descoordinadas. Es por ello fundamental contar con protocolos y guías de actuación claros, definidos y unificados para la intervención, que cuenten con principios de planificación ampliamente aplicables y que puedan adaptarse para ser usados en una gran variedad de situaciones.

En los últimos años el “**Apoyo Psicosocial Básico**” se han convertido en uno de los temas importantes para las programaciones frente a desastres a nivel humanitario. Esto parte del reconocimiento de la afectación sobre los individuos y familias, que pueden producir importantes desgarros en el tejido social de grandes comunidades, incluso en países enteros, amenazando los vínculos que unen a las personas entre sí y al sentido de comunidad. La formación en Apoyo Psicosocial por parte de los equipos de primera respuesta, a través de sus estrategias y técnicas de apoyo, favorecerá la reorganización psíquica, la recuperación y la promoción de los factores resilientes de sujetos y comunidades afectadas. (OPS, 2006)

Esto nos habla de una visión actual de la atención de salud mental de tipo “integral” ya no centrada en el impacto traumático, sino más bien ampliada más allá del evento originador en cuestión. Es por eso que se recurre al término “**Psicosocial**” intentando significar la dinámica y la gama de problemas y manifestaciones psicológicas y sociales que aparecen en situaciones de desastres, abordadas desde una **visión más humanística que sanitarista** (OPS/OMS, 2002). Ello implica, que el dispositivo de ayuda ante la emergencia, no solo se limita a la atención psicológica de los afectados, sino que debe ampliarse con tareas de organización, asesoramiento, coordinación, educación y prevención. (Fernández Millán, 2013)

Pérez Tejeda (2013) remarca la extrema importancia de este enfoque, tanto para recuperar el equilibrio y restaurar la integridad psicológica de las personas (evitando el posterior desarrollo de un TEPT) como para posibilitar la rehabilitación social, económica y política de la comunidad. Por tanto, “el objetivo de las intervenciones psicosociales es la restauración y cohesión de la estructura social, de la independencia y de la dignidad de los damnificados” (Pérez Tejeda, 2013, p.16). También hay que tener en cuenta que sirve para prevenir una mayor desintegración social, ya que reduce considerablemente las condiciones que desencadenan problemas de salud mental y, además, estimula los factores de apoyo sociales.

Según lo dicho por la OMS (2006) lo altos niveles de estrés de la población en general, así como el desgaste profesional de los operadores de primera respuesta, son algunos de los focos importantes que se pueden trabajar si se contempla, en las acciones de prevención, respuesta y recuperación, los aspectos psicosociales de las personas. El objetivo final es lograr un **aprendizaje resiliente** de las experiencias y disminuir los efectos sobre la salud y la calidad de vida de una comunidad. Es por ello que presenta una Guía Práctica de Salud Mental en Situaciones de Desastre (2006) donde propone la modificación del paradigma de atención en salud mental en situaciones de emergencia, privilegiando lo grupal y comunitario, así como el abandono de las respuestas basadas en la atención psiquiátrica individual por ser poco efectiva y servir sólo a un número muy reducido de personas.

Las pautas recomendadas por la OMS (2006) para llevar a cabo una Atención Psicosocial son:

1. La atención psicosocial busca aliviar o controlar los efectos devastadores de la situación de desastre, tanto a nivel individual como social. El objetivo central es facilitar y apoyar los procesos naturales de recuperación y prevenir que persistan o se agraven los síntomas.
2. El concepto de atención psicosocial trasciende el de la atención clínica psiquiátrica: debe tener un enfoque comunitario, amplio e incluyente. Debe estar basado en la identificación y el control de los riesgos específicos de las personas afectadas según el contexto sociocultural, género, grupo etario, etc. Debe también integrar componentes indispensables de ayuda humanitaria e intervenciones sociales de diferente índole (coherentes con las necesidades básicas de seguridad, alimentación, educación, vivienda, trabajo) que hagan posible la reconstrucción de la cotidianidad y el desarrollo de nuevos proyectos de vida.
3. La atención psicosocial no es solamente responsabilidad del sector salud y tampoco se restringe a las acciones de los equipos de salud mental. Compromete a las autoridades, es intersectorial y requiere de la participación activa de la comunidad, valorando la autodefinición de necesidades por la propia población.
4. Los trabajadores de atención primaria y el personal de ayuda humanitaria deben contemplar entre sus áreas de trabajo el componente psicosocial, como parte del abordaje humano de la población afectada por el desastre. Deben ser lo suficientemente sensibles y competentes para utilizar los recursos disponibles en función de intervenciones de apoyo emocional y para detectar a quienes presentan síntomas y signos que sobrepasan los límites de lo “esperado o normal”. Esto permite realizar un diagnóstico precoz y una remisión oportuna al profesional especializado, si fuere necesario.
5. La ubicación de los damnificados en albergues o refugios debe ser considerada una alternativa de último recurso y restringir las hospitalizaciones a los casos estrictamente necesarios y por el menor tiempo posible, pues generan muchos problemas psicosociales. Deberá evaluarse la posibilidad de que algunas familias pueden ser evacuadas en casas de familiares que habitan en zonas lejanas y que fueran menos afectadas por el evento, ya que se ha demostrado que el afrontamiento es más eficaz cuando se realiza con el apoyo de la familia (Moneta, 2005). Lo que se busca es el retorno a la normalidad tan pronto como sea posible, evitando la revictimización.

Respecto a la utilización de terminología específica, los estudios realizados en este campo expresan que **las situaciones de emergencia y desastre pueden no llegar a tener un efecto emocional/psicológico negativo a largo plazo**, es decir, **pueden producir o no un “trauma”**. Por lo tanto, todo acontecimiento ocurrido es potencialmente traumatizante, pero no producirá necesariamente un trauma en toda persona expuesta a un hecho de esas características (Echeburúa, 2004; Pérez Sales, 2006). Sin embargo, aún reconociendo la

“potencialidad” de los factores estresantes, continúan llamando a la situación de desastre como “suceso traumático”.

En cambio, otros autores, a los que adheriremos en el presente trabajo, proponen reconsiderar la terminología utilizada. No se trata de un mero cambio de palabras, sino de proponer otra manera de pensar el problema. Sopesar cada término que utilizamos, definirlo con precisión, es el modo de comprender la vastedad de las reacciones psíquicas, sus peculiaridades y así poder definir los abordajes clínicos particulares que cada una de ellas requiere (Benyakar, 2016). En esta línea encontramos los aportes de la OMS/OPS (2002; 2006) quienes utiliza el término “**Incidente Crítico**” porque es una definición que tiene la intención de abarcar todos aquellos sucesos potencialmente traumáticos, como accidentes, atentados o cualquier otra situación que nos exponga a factores de estrés extremos, frente a los cuales cada persona y cada comunidad reaccionan de un modo particular. El impacto de estos incidentes pueden alterar la salud mental y el bienestar psicosocial sin necesariamente causar un daño a largo plazo. No toda exposición a un evento va a ser traumatizante por sí sola, sino que además debemos contemplar la interrelación de los factores protectores, los factores de riesgo, los recursos humanos, materiales y económicos, así como la satisfacción o no de necesidades básicas, psicosociales e institucionales. (OPS, 2006)

En sintonía con esta conceptualización, Benyakar & Lezica (2005) sostienen que, desde el campo de la salud mental, resulta inadecuado decir que un evento o situación es traumática. Debemos dejar el concepto de trauma para referirnos a la influencia de lo fáctico en el psiquismo humano. “No se puede denominar situación traumática a aquello que es una situación fáctica” (Benyakar & Lezica, 2005, p.63) ya que, no todo lo que es terrible siempre va a producir un proceso psíquico patológico. Benyakar (2002) opta por utilizar la denominación de “**situación disruptiva**” entendida ésta como “una situación con alto potencial para generar un desorden en el funcionamiento psíquico” (p.4). Continúa diciendo:

Todo evento en el contexto del desastre tiene la capacidad potencial de irrumpir en las personas, instituciones y comunidades. Si ese potencial se realiza, se altera en éstas un estado existente de equilibrio u homeostasis y se producen distintos tipos de reacciones desorganizantes. En ese caso, se tratará de un “evento fáctico disruptivo”, donde la cualidad de “disruptivo” corresponde exclusivamente al evento o la situación capaz de provocar una discontinuidad o una distorsión en el modo humano de elaborar (Benyakar, 2016, p.19)

Asignar a priori la denominación de “situación traumática” como si le fuera inherente el hecho de producir un efecto devastador específico sobre el psiquismo humano, entraña un grave problema: “el dejar de lado la singularidad del sujeto que vive la situación” (Benyakar, 2016, p.15). En qué consista el impacto disruptivo intenso, que puede ser traumatogénico, estresogénico o ansiógeno, como así también puede ser motor de resiliencia y crecimiento, será algo que sólo podremos saber después de ocurrido el evento y observando y analizando las reacciones individuales de cada persona que lo vive. En la producción de la patología, importa menos el potencial traumatogénico de la catástrofe, que la forma en que se vive y se tramita la experiencia. Se trate de un desastre natural, de un accidente o de un bombardeo, pesa más la intensidad con la que se vive la sorpresa y los sentimientos de fragilidad, de desamparo y de vulnerabilidad extrema frente al peligro (Benyakar, 2003)

## **Desarrollo**

### **Cap. 1: Salud Mental en situaciones de Emergencia y Desastre**

#### **1. 1. Emergencias, Desastres y Catástrofes:**

En todo el mundo, la gente conoce la destrucción producida por el clima, la devastación de los desastres geológicos, el estrago producido por los accidentes industriales y de transporte. Muchos también conocen la miseria del terrorismo, la violencia política crónica y la guerra. Durante el último cuarto de siglo XX, más de 150 millones de personas al año han sido seriamente afectadas por los desastres. (Ehrenreich & McQuaide, 2001)

A lo largo de la historia, para hacer alusión a los eventos destructivos, tanto para la comunidad como para el individuo, se han usado indiferentemente los términos de catástrofe, desastre o emergencia. Para Fouce y Hernández Coronado (citado en Villalibre Calderón, 2013) el hecho de que científicos e investigadores utilicen el mismo término para hacer mención a estas situaciones, se debe a que todas ellas podrían ser englobadas dentro de un mismo ámbito conceptual, ya que todos estos términos, aunque en diferentes grados, comparten características comunes:

- Precisan de una intervención ante una demanda no demorable en una situación emergente
- Pueden ser imprevisibles y accidentales y por lo tanto causar sorpresa, indefensión y desestabilización
- Pueden constituir una situación de peligro inmediata para la vida o la integridad física

- En función de la magnitud del evento y las repercusiones en el sujeto, encontramos como consecuencia reacciones psicológicas similares

Emergencias, Desastres o Catástrofes son eventos adversos o destructivos que implican una alteración intensa en las personas, bienes, servicios y ambiente, excediendo o no su capacidad de respuesta. Entre sus alcances es posible indicar: pérdidas materiales y de infraestructura, pérdidas de vidas humanas, afectación en la condición de salud, alteración en la actividad laboral, disminución del bienestar social, entre otras consecuencias. Todo esto se traduce en una alteración general del funcionamiento, tanto comunitario como individual, y de la calidad de vida de las personas.

### 1.1.1. Clasificaciones:

Baloian et al. (2007) presentan una clasificación de los eventos adversos:

Según su origen:

- **Origen Natural:** Aquellas derivadas de la manifestación de amenazas generadas por fenómenos naturales sobre un sistema vulnerable. Se enmarcan en dos grandes ámbitos, las de tipo geológico (terremotos, erupciones volcánicas, etc.) y las de tipo hidrometeorológico (sequía, temporales, etc.)
- **Origen Antrópico:** Emergencias o desastres que se manifiestan a partir de la acción del hombre y sus interrelaciones, muchas veces en función de su desarrollo, o a veces intencionalmente. Algunos ejemplos son los incendios, accidentes aéreos, terrorismo, etc.

Según su Manifestación:

- **De Manifestación Lenta:** Son aquellos fenómenos de lento desarrollo, que por su duración, extensión y severidad, terminan generando daños materiales y/o humanos, Por ejemplo: sequías, temporales, desertificación, etc.
- **De Manifestación Súbita:** Son aquellos eventos de desarrollo intempestivo, generando daños materiales y humano; Por ejemplo: terremotos, etc.

Según la evaluación del Impacto Destructivo del Evento:

La ocurrencia de un evento natural sea de aparición extraordinaria o no, no necesariamente provocará un desastre/catástrofe. Se acepta que para que un desastre impacte en una comunidad tienen que converger dos situaciones, por un lado la amenaza natural y por otro lado la vulnerabilidad de esa comunidad a los efectos del desastre. Esas interacciones confluyen en una red de relaciones activas y dinámicas entre sus elementos: sociedad-amenaza-vulnerabilidad (Wilches-Chaux, 1993). Es por ello que resulta muy útil la clasificación

de estos eventos según el daño causado y las necesidades como consecuencia de un evento adverso. Esta evaluación permite establecer si la capacidad de respuesta de una comunidad ha sido superada o no, determinándose si se está frente a una Emergencia o un Desastre. De acuerdo a este criterio, los eventos destructivos se clasifican según 4 niveles:

- **Nivel I:** Situación que es atendida con recursos locales.
- **Nivel II:** Situación que es atendida con recursos locales adicionales dispuestos para emergencias, sin exceder la capacidad de respuesta de la comunidad. Normalmente se establece una coordinación a nivel comunal.
- **Nivel III:** Situación que sobrepasa la capacidad de respuesta. Se establece una coordinación a nivel provincial o regional.
- **Nivel IV:** Situación que sobrepasa la capacidad regional, requiriéndose el apoyo de recursos dispuestos y/o coordinados por el nivel nacional.

Generalmente los eventos destructivos de los Niveles I y II se asocian a **Emergencia**, el Nivel III con **Emergencia Mayor** y el Nivel IV con **Desastre**. Mientras que por **Catástrofe** se entiende a las situaciones de Desastre de gran envergadura, que generan un alto nivel de impacto a nivel nacional y que ameritan la solicitud de apoyo internacional para ser superadas.

El principal problema de las conceptualizaciones sobre los desastres es que éstos son siempre tratados desde el frío espectro de los números (cantidad de muertos, cantidad de pérdida en infraestructuras, etc.), sin embargo existe una secuela invisible y muchas veces imposible de cuantificar, pero sus repercusiones son muy significativas para la posterior recuperación emocional de la comunidad. En 1979, Erickson (citado en Valero, 2002) llamó a estas secuelas **Segundo Desastre** refiriéndose a las consecuencias de tipo psicosocial que se derivan de la desorganización social y física de una comunidad destruida por un desastre natural. Cohen (1999) se refiere a ellas con el término "Desastre Secundario" y consta de aquellos acontecimientos burocráticos de reconstrucción que afligen a los damnificados después del desastre, más los destinos personales de los individuos: pérdida del empleo, problemas matrimoniales, enfermedades físicas, etc. Ejemplo de esto puede ser la rápida afluencia de ayudantes bien intencionados, que deben ser alimentados y protegidos, aumentando la confusión y la competencia por los escasos recursos. En algunos casos, personas pobres de fuera invaden la zona de desastre buscando una parte de los alimentos y otros suministros que las agencias de socorro están proporcionando a los damnificados. Esto aumenta aún más la pesada carga sobre los trabajadores de los desastres y sobre la ya afectada comunidad. (Ehrenreich & McQuaide, 2001)

## 1.2 Impacto del Desastre en la Salud Mental

Durante varios siglos, la respuesta inmediata ante una situación de emergencia o un desastre era la de intentar ayudar a los damnificados a restaurar sus necesidades primarias básicas, es decir, la alimentación, el agua, el abrigo y la vivienda, para que una vez satisfechas podrían reorganizar lo que quedó de sus vidas (Pérez Tejeda, 2013). Por lo general, los desastres tienen consecuencias económicas como devastación, empobrecimiento, destrucción ambiental y de la infraestructura, y carencia de servicios básicos como agua potable y alimentos. Los efectos de los desastres sobre la salud física también suelen ser bastante conocidos, con secuelas a corto, mediano y largo plazo. En cambio, no siempre se han reconocido de igual manera los efectos sobre la salud mental. (OPS, 2006)

Esta situación ha cambiado en las últimas décadas a partir de la observación del deterioro del tejido social producido por la situación de emergencia y desastre, la pérdida de la estructura de la vida familiar y del incremento de los signos de sufrimiento psicológico, como la aflicción y el miedo, que pueden aumentar la morbilidad psiquiátrica y otros problemas sociales. En este contexto, se evidencia la necesidad de un abordaje integral de los problemas psicosociales que trascienda la atención a la enfermedad y la reparación de los daños materiales. (OPS, 2006)

Debido a que los desastres afectan comunidades y sociedades, debido a que afectan a países diferentes y a culturas diferentes de diferente manera, y debido a que muchos de los efectos psicológicos de los desastres son creados o afectados por efectos sociales y económicos de un desastre, conceptualizaremos tanto los efectos del desastre y las respuestas a él, no como puramente psicológicos ni como puramente sociales/económicos, sino como “psicosociales”. (Ehrenreich & McQuaide, 2001)

La literatura describe a los efectos psicosociales causados por desastres y otras situaciones potencialmente traumáticas, en donde la persona percibe su vida en peligro o experimenta la pérdida de familiares, seres queridos o bienes materiales, como las consecuencias más debilitantes a largo plazo (WHO; 1992). Un número considerable de personas experimentan situaciones de peligro y angustia, pudiendo persistir los síntomas de estrés que afectarán el comportamiento y la capacidad funcional, y pueden derivar en un TEPT, depresión u otros trastornos mentales (Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 2003), mientras que otras retornan a sus actividades cotidianas con un funcionamiento normal.

### 1.3 Factores que influyen en el Impacto Psicosocial

No todo el mundo está igualmente afectado por un desastre, y no todos los desastres son igualmente devastadores en términos psicológicos. De acuerdo a la OPS/OMS (2002), el impacto psicosocial del desastre sobre las personas puede depender de múltiples factores, algunos de ellos pueden clasificarse dentro de las siguientes categorías:

- **La naturaleza del evento:** Algunos tipos de desastres pueden ser más propensos a producir efectos adversos que otros. Cuanto más grave sea el desastre y más aterradoras o extremas las experiencias del individuo, mayor será la probabilidad de efectos psicológicos generalizados y duraderos (Baloian et al, 2007). Por ej. el ser testigo de heridos graves, mutilación, cadáveres, el resultar herido o tener conocidos fallecidos (Pérez Tejada, 2013). En el caso de los conflictos armados o los actos terroristas, donde el desastre es infligido intencionalmente, las consecuencias psicológicas será mayores que los desastres producidos por actividades humanas sin intención (explosiones industriales) ya que se potencializa el miedo y la ansiedad con sentimientos de rabia y odio, así como deseos de venganza, lo que complica la reacción emocional y la elaboración del duelo (OPS, 2006). Los eventos naturales inesperados, (terremotos, aludes) no dan tiempo a estrategias de prevención individuales o colectivas y, usualmente, generan sentimientos de impotencia y reacciones emocionales que inhiben las funciones defensivas que pudieran ser eficaces.

- **La personalidad y la vulnerabilidad de las personas afectadas:** La reacción de los damnificados, según el paradigma de Lazarus y Folkman de 1984, depende de parámetros objetivos relacionados con acontecimientos estresantes externos (tales como la intensidad, la duración y la acumulación de sucesos de vida estresantes), pero también de la evaluación cognitiva de la persona en relación con los recursos psicológicos (intra e interpersonales) disponibles para hacer frente a los eventos estresantes (Echeburúa & Corral, 2007). Es por eso que las respuesta dadas a la crisis estarán moderada por factores como las habilidades de afrontamiento, sus creencias espirituales y el apoyo social (compañía, comprensión, ayuda en la búsqueda y puesta en práctica de soluciones), de forma que éstos influirán en el posible surgimiento ulterior del TEPT y/o en su mantenimiento o superación (Olf, Langeland, Draiger y Gersons, 2007). En la personalidad de los individuos podemos encontrar debilidades, pero también muchas fortalezas que pueden ser estimuladas y aprovechadas (Sandin, 1995). En la vulnerabilidad del damnificado para desarrollar reacciones negativas postraumáticas influye también la fragilidad emocional previa, una historia anterior de sucesos potencialmente traumáticos, la existencia de una psicopatología familiar, la presencia de reacciones disociativas durante el suceso y la inexistencia de una red de apoyo familiar y social (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta & Sarasua, 2002; Echeburúa, 2007). Debe considerarse también la existencia de grupos más vulnerables que otros, como los niños o las personas de

edad más avanzada, las personas con antecedentes de enfermedad mental o ajuste social pobre, en virtud de que el impacto de una catástrofe va a tener diferentes consecuencias como así también serán diferentes los recursos de afrontamiento y las necesidades psicosociales. (Baloian et al, 2007). El género es otra variable a tener en cuenta. Las mujeres son un grupo vulnerable pues suelen estar sometidas a condiciones sociales más adversas y a mayores riesgos para su salud. Además, en situaciones de crisis, suelen soportar la mayor responsabilidad en el cuidado y el mantenimiento de la estabilidad de la familia (OPS, 2006). Se observa también una mayor prevalencia del TEPT en las mujeres, debido a que, una vez expuestas al evento, suelen sentir mayor percepción de amenaza y pérdida de control ante el trauma, mayor reacción emocional, menor apoyo social y estilos de afrontamiento más centrados en la evitación y emoción (Olf et. al, 2007). Igualmente, es necesario destacar que la confluencia de múltiples situaciones potencialmente traumáticas en individuos bien estructurados y emocionalmente fuertes puede debilitar sus defensas y hacerlos más vulnerables ante un nuevo incidente que ocurra antes de haber recuperado el equilibrio.

- **El entorno y las circunstancias:** Si bien los desastres no escogen a los damnificados, es evidente que en muchos casos afecta más duramente a las familias de las comunidades más pobres, quienes tienen limitaciones de acceso a los servicios sociales y, en particular, a los de salud. Estas comunidades usualmente carecen de planes y recursos para prevenir y enfrentar las tragedias pues, incluso, carecen de redes de atención de lo cotidiano y ello las convierte en grupos de mayor riesgo (OPS 2006). Los refugiados de la guerra o la violencia política tienen también un alto riesgo de efectos adversos, ya que se suman experiencias negativas en albergues y campamentos de refugiados (por ejemplo enfermedades infecciosas, violaciones y otros ataques físicos) que pueden producir trastornos psicológicos adversos. La mayor o menor vulnerabilidad de los damnificados varía también en función de la posible concurrencia de otros problemas, actuales o pasados, a nivel familiar y/o laboral. (Baloian et al., 2007). La provisión de ayuda debe realizarse en las máximas condiciones posibles de organización, ya que la ayuda tardía, precaria o que se agota muy prontamente puede constituirse en una circunstancia agravante de la problemática social.

Baloian et al. (2007) nos advierte que cuanto más grave sea el desastre, menos importan las características de los individuos. En catástrofes muy graves, prácticamente todos muestran respuestas emocionales adversas. En los desastres relativamente leves, las diferencias en la vulnerabilidad de diferentes individuos pueden ser de mayor importancia.

## 1.4 Problemas frecuentes en los programas de atención de salud mental

- Modelos de intervención asistenciales y centrados en el trauma
- Actuaciones clínicas individuales frente a impactos masivos con dinámicas colectivas
- Poca acción preventiva
- Escasa sensibilidad cultural
- Poca incidencia de lo psicosocial en las decisiones políticas y organizativas

El principio fundamental que proponen la OPS/OMS (2002) para la superación de estos problemas es enfocarnos en una atención de salud mental en emergencias que implique el manejo tanto de técnicas de intervención en crisis, como psicoeducativas, y que favorezcan la expresión de vivencias y sentimientos, así como la comprensión de los factores de estrés implicados. Paralelamente, deben tenerse en cuenta la satisfacción de necesidades concretas y la generación de ambientes seguros. Para lograrlo, se debe estructurar un Plan de Salud Mental en Emergencias, no pensado desde lo psicopatológico, sino visibilizando los múltiples problemas de alto contenido social que pueden surgir. Ello requerirá una “**ampliación del campo de competencia de la salud mental**” ya que el abanico de problemas psicosociales a enfrentar no se limitan a las enfermedades psiquiátricas. Problemas como: la aflicción de las personas, la violencia y el desorden social, la delincuencia y actos vandálicos, demandas excesivas o el consumo de sustancias adictivas no se pueden enmarcar dentro de los límites de lo psicopatológico, pero son facetas del dolor humano que estamos en la obligación de comprender y contribuir a su solución.

Benyakar (2002) enfatiza la importancia de reforzar las acciones preventivas de largo plazo. Éstas comprenden: **(a) Medidas de educación:** vienen a reforzar la pertenencia al grupo y a la sociedad, a promover la adhesión a los valores colectivos sociales, culturales y morales e inculcar los deberes de civismo y altruismo **(b) Medidas de información:** deben ser claras y precisas. Deben aportar los datos esenciales sobre las posibles consecuencias de la catástrofe, los peligros y amenazas, sus efectos y las maneras de prevenirlos y enfrentarlos. Esta información debe ser objetiva y sin connotaciones dramáticas **(c)** Es de suma importancia que los profesionales de salud mental estimulen el despliegue de información por medio de **Actividades Educativas** y de intercambio, como así también la formación de personas idóneas para la resolución de los problemas que surjan. Ellos deben crear, asimismo, un ambiente favorable para el apoyo al programa de ayuda a los damnificados

Este autor propone que los programas de prevención deben “aportar información objetiva y contribuir a disipar las creencias irracionales y las supersticiones desorganizantes, concernientes al nuevo peligro y a sus efectos desconocidos” (Benyakar, 2002, p.14). Sin

embargo, no explicita cómo llevar esto adelante respetando las características culturales de la población para cumplir con lo estipulado por la OMS respecto de la necesidad de implementar planes diseñados que sean sensibles con la cultura de la comunidad. En cambio, Ehrenreich & McQuaide (2001) resaltan la importancia de involucrar a las comunidades en las acciones que se llevan a cabo, lo cual permitirá que las personas definan sus propias necesidades y se estará respetando las creencias y tradiciones locales que son tan esenciales como las habilidades específicas de salud mental. Grupos culturales diferente tendrán variaciones respecto de las creencias sobre la salud, la vida y la muerte, y pueden responder en maneras inesperadas a profesionales extranjeros de salud médica y mental. Pueden suceder relaciones antagónicas entre las comunidades locales y los equipos extranjeros de rescate que afecten las maneras en las que las advertencias de un desastre inminente y los ofrecimientos de asistencia son experimentados.

Continúan diciendo (p. 22):

En algunas comunidades que han tenido que lidiar con desastres naturales repetidos (...) de manera más o menos regular, el desastre y la respuesta a él pueden ser integrados en los rituales y sistemas de creencias comunitarios, así como en la estructura comunitaria. Las comunidades pueden tener rituales tradicionales para tratar con los efectos del desastre. No sólo el desastre, sino la intervención externa pueden interferir con estos rituales tradicionales, respuestas y atribuciones de significado, y puede ser experimentado como una bendición ambigua o incluso como una fuente de estrés adicional.

## 1.5 La población asistida

Importante es destacar que por cada damnificado físico en un desastre por lo menos habrá tres personas que pueden tener consecuencias en su salud mental, es decir, se suman al damnificado dos o más allegados. A pesar de estos datos, por lo general el número de personal especializado en salud mental siempre es muchísimo menor que el capacitado para la asistencia física.

Para poder distribuir los recursos de asistencia de manera apropiada se debe poder identificar a todos los niveles de las víctimas implicadas en un suceso. El equipo de salud mental debe asistir simultáneamente a diferentes poblaciones: (Benyakar, 2002)

- a) **Damnificados física y psíquicamente, y sus familiares**, ya sea que se encuentren directamente relacionados con el evento o a distancia del mismo.
- b) **El personal que asiste en este tipo de situaciones**, socorristas, bomberos, policías, etc., quienes deben enfrentarse con situaciones desgarrantes y no siempre están suficientemente preparados para ello.
- c) **El mismo equipo de salud mental** que necesita una sólida supervisión y asistencia de sus necesidades. La importancia de asistir a estos profesionales radica en que muchas veces, tienen que hacer frente a situaciones que hasta el momento les eran desconocidas.

A medida que los desarrollos de la Psicología de la Emergencia se complejizan, se fueron incorporando nuevos niveles de víctimas a esa clasificación. Siguiendo las ideas que Taylor & Frazer desarrollaron en la década de los 80', autores como García Renedo, Beltrán & Valero (2007) presentaron un listado ampliado para dimensionar la magnitud del número de afectados:

1. **Víctimas Primarias:** son aquellas personas que se encontraban ubicadas en el epicentro del desastre, tanto heridos como ilesos. Estos últimos, muchas veces son dejados sin los cuidados necesarios, ya que "aparentemente" no han sufrido daños, pero se observó que pueden aparecer complicaciones de magnitud en los días o semanas posteriores; por eso también deben ser identificados y asistidos.
2. **Víctimas Secundarias:** conformadas por los familiares y amigos cercanos de las víctimas primarias. Se calculan 10 personas afectadas directas por cada víctima de primer nivel.
3. **Víctimas de Tercer Nivel:** Integrado por todo el personal que interviene en el rescate y la emergencia (médicos, bomberos, psicólogos, personal sanitario, etc.), quienes pueden necesitar ayuda para mantener su rendimiento funcional durante y hacer frente a los posteriores efectos psicológicos.
4. **Víctimas de Cuarto Nivel:** Conformado por la comunidad implicada (por inmediata cercanía) en el suceso. Se deben considerar tanto a las personas que de manera desinteresada ofrecen espontáneamente su ayuda, como a las que sufren pérdidas y robos como producto del desastre.
5. **Víctimas de Quinto Nivel:** Lo integran las personas implicadas de manera indirecta, es decir, personas que aunque no estén envueltas directamente en el área del impacto, pueden desencadenar reacciones y consecuencias psicológicas, como en el caso de los "tele-espectadores". Se ha verificado la presencia de reacciones de miedo, inquietud y angustia en sujetos que vieron imágenes de desastres sin haber estado presentes en los mismos. Los medios de comunicación pueden ser también productores de víctimas de quinto nivel. Por esta razón se apela a la posibilidad de encontrar un equilibrio entre la realización de un trabajo periodístico serio y responsable y la necesidad de cumplir con criterios éticos que hagan al cuidado de las víctimas, primando el aspecto humano sobre el sensacionalismo, entendiendo que gran parte de las víctimas de este nivel son "evitables".

Por ello es fundamental limitar al máximo la circulación de ciertas imágenes en medios audio-visuales (Fernández Millán, 2013). También se incluyen en este nivel aquellos que podrían haber sido víctimas de primer nivel y no lo fueron por distintos motivos (por ej. perdieron el vuelo que sufrió el accidente). En algunos casos, corroboró que la situación referida les provocó sentimientos intensos de remordimientos o culpa.

Lo novedoso de esta clasificación radica en la poder considerar que en una emergencia puede haber afectados con posibilidad de manifestar secuelas que requieran atención y que no han estado presentes directamente durante el suceso o que habiendo estado han resultado “ilesos” desde lo físico. El reconocimiento como víctimas permite la posibilidad de otorgarles ayuda y fundamentalmente diseñar medidas preventivas tendientes a la reducción del número de las mismas.

### 1.6 Clasificación de la persona dañada: De Víctima a Damnificado

Durante muchos años ha surgido el interrogante de cómo calificar a las personas que han sufrido daño durante un desastre.

Para mantener la memoria histórica de ciertos eventos dañinos que la sociedad considera necesario recordar para que jamás se repitan, necesita que quienes fueron dañados, y los testigos, cuenten una y otra vez lo que sucedió, promoviendo así que los damnificados sobrevivientes se erijan en “testimonios vivos” del desastre. Corriendo el peligro de que sean escuchados casi exclusivamente en su condición de dañados, “objetos” de un daño imperdonable, como “símbolos” o “muestras” de lo que pasó con todos y no como sujetos que narran su experiencia personal única e irrepetible. Así definida, la condición de “víctima” no le pertenece al sujeto sino que es un lugar social definido según los valores imperantes (Benyakar, 2016). Es así como la “víctima” queda atrapada por la situación, petrificada en esa posición, pasando a satisfacer las necesidades específicas de la sociedad. Es decir, pasa de ser un sujeto producto de su historia singular, a quedar reducido como objeto de lo social, objeto de daño, perdiendo de esta forma su subjetividad (Benyakar, 2002). Echeburúa & Corral (2007) consideran que la identidad de víctima a perpetuidad es contraproducente porque prolonga el duelo de los afligidos y los lastra para comenzar un nuevo capítulo de su vida. De lo que se trata, en definitiva, es de que la víctima comience de nuevo a vivir y no meramente se resigne a sobrevivir. (Rojas, 2002)

A diferencia del concepto de “víctima”, del “damnificado” sólo sabemos que sufrió un daño, y aun cuando sepamos en qué consistió el hecho infausto que vivió ignoramos qué efecto produjo en él, es decir, no sabemos si hubo o no daño subjetivo. En tanto se mantiene como interrogante, el damnificado conserva a priori su subjetividad, su movilidad psíquica y su

capacidad de respuesta (Benyakar, 1998) por lo tanto, a nuestro entender, los servicios de salud mental no asisten a víctimas sino que asisten a damnificados.

En consonancia con estas ideas, otros autores consideran necesario estimular al individuo a poder diferenciar y evaluar las diferencias entre ser "víctima" y "sobreviviente". Una valoración cognitiva diferente, en cuanto a las emociones y conductas necesarias, contribuirá con una adaptación más efectiva y el desarrollo de la resiliencia psicológica.

Inbar (2000) postula que la auto-definición de "víctima" podría canalizar las energías disponibles del individuo en emociones legítimas, pero disfuncionales, como una posible depresión, agresión exteropunitiva inefectiva, y peor aun, intrapunitiva (sensación de culpa, deterioro de la autoestima). La alternativa de auto-definirse como "sobreviviente" estimularía la elicitación de cogniciones, emociones y conductas mas efectivas, como el modificar objetivos que estimulen un plan de acción, identificar conductas adaptativas, adoptar conductas sin emociones inefectivas (como la depresión) y re-escribir su narrativa futura a pesar del desastre ocurrido. Para Ladrado & Perlas (1995), el tema más básico en la intervención psicosocial después de los desastres, es transformar a los afectados "de víctimas a sobrevivientes". Lo que diferencia a una víctima de un sobreviviente es que el primero se siente sometido a una situación sobre la cual no tiene control sobre su entorno o sobre sí mismo, mientras que un sobreviviente ha recuperado un sentido de control y es capaz de satisfacer las demandas de la situación a la que se enfrenta. Una víctima es pasiva y depende de otros; en cambio un superviviente es capaz de tomar un papel activo en los esfuerzos para ayudar a su comunidad y sí mismo a recuperarse del desastre.

## 1.7 Principios básicos de un Plan de Salud Mental

Las actuaciones de emergencia deben tener siempre un enfoque psicosocial que permita el abordaje integral de estas tragedias humanas. Esto significa que la protección de la salud mental implica el desarrollo de acciones en diferentes campos de manera concertada: atención clínica, derechos humanos, solución de necesidades básicas, etc. (IASC, 2007)

Todo plan de salud mental dependen fundamentalmente del recurso humano. Enumeramos a continuación algunos principios que la OMS (2004) considera deben tenerse en cuenta: **(1)** Enfoque dirigido a la acción preventiva, disminuyendo al mínimo las probabilidades de sufrir daños psicosociales **(2)** Evaluación rápida de las necesidades psicosociales y las situaciones de mayor vulnerabilidad **(3)** Definir metas y objetivos sobre bases realistas, desglosándolos en corto, mediano y largo plazo **(4)** La intervención psicosocial debe ser temprana, rápida, eficiente y flexible **(5)** No focalizarse en el trauma, utilizar estrategias positivas de afrontamiento

(6) Crear ambientes seguros, promoviendo la vida comunitaria, así como apoyando el reagrupamiento familiar y el trabajo de redes (7) Creación de espacios de apoyo mutuo, expresión, distensión, comprensión y escucha. Soporte emocional a las personas en duelo, favoreciendo los funerales y ritos aceptados culturalmente (8) Enfoque de género, étnico y cultural (9) Sostenibilidad de las acciones a mediano y largo plazo.

### 1.7.1 Objetivos de todo Plan de Salud Mental

Siguiendo los lineamientos de la OMS/OPS (2002) y la OMS (2004) el Objetivo Principal de un plan de salud mental es: reducir el riesgo psicosocial de la población e introducir el componente salud mental en la atención sanitaria en situaciones de desastres y emergencias complejas. Los objetivos específicos serán:

**(1) Eliminar o disminuir la probabilidad de sufrir daños psicosociales en una situación de emergencia.** Las líneas de acción para su cumplimiento son:

- Diagnóstico preliminar rápido: éste debe ser rápido y operativo, hecho de manera simultánea con las primeras acciones desplegadas. Siempre será evolutivo y dinámico, ya que en los desastres y emergencias la situación psicosocial cambia en horas o días; por lo tanto, se debe ir actualizando y retroalimentando de manera sistemática. Desde el primer momento de la intervención es necesario contextualizar lo ocurrido y analizar lo más importante, identificar necesidades, problemas, y prioridades en el accionar. También es importante evaluar el sistema de salud, recursos especializados disponibles y las capacidades de afrontamiento de la problemática.
- Capacitación: el profesional tiene un rol clave en cuanto a la “Transferencia de Tecnología”, es decir, el especialista se transforma en un “Multiplicador” que capacita de forma rápida y efectiva en lo referente a la identificación y actuación ante los problemas psicosociales en condiciones de desastres a los voluntarios, trabajadores de salud en atención primaria (incluidos agentes comunitarios), personal de albergues y refugios y los maestros.
- Organización comunitaria, participación social y empoderamiento: en la medida de lo posible, la población afectada debe apropiarse y controlar los procesos de respuesta a una emergencia. A medida que las personas se van involucrando más, lo probable es que también vayan teniendo más confianza y estén en mejores condiciones de hacer frente a la situación y de desplegar mayores actividades en la reconstrucción de sus propias vidas y las de sus comunidades (IASC, 2007). Es necesario favorecer la organización comunitaria y la participación de la población como entes activos y no sólo como receptores pasivos de ayuda. Es decir, convertir a la gente en protagonistas de su propia recuperación y la de otros. Las intervenciones que ayudan a los afectados por el desastre a cambiar de sentirse como "víctimas" (pasivas y dependientes) a "sobrevivientes" (que tienen un sentido de

control y confianza en su capacidad de hacerle frente) son fundamentales para prevenir o mitigar las dificultades emocionales subsecuentes. Desalentar la pasividad y una cultura de dependencia. Busque involucrar a las víctimas en la solución de sus propios problemas (Ehrenreich & McQuaide, 2001). Para lograr una adecuada participación y apoyo comunitario en nuestras acciones es imprescindible el conocimiento previo y el respeto hacia las tradiciones y valores culturales de las poblaciones afectadas.

- Promoción y Educación: aunque las respuestas emocionales desconocidas son normales después de un desastre, las víctimas pueden encontrar sus propias reacciones angustiantes. El mejor antídoto es la educación. Asegure a los damnificados que sus respuestas no son una señal de que estén "volviéndose locos". Explique el curso típico del tiempo, es decir, que en la mayoría de los casos se puede esperar que los síntomas remitan durante un período de semanas o meses (Ehrenreich & McQuaide, 2001). Para ello, la comunidad y en especial sus organizaciones y líderes deben recibir información educativa mínima sobre la problemática psicosocial en condiciones de desastres. Son elementos vitales lograr que la población sepa identificar precozmente la amplia gama de reacciones psicosociales que pueden presentarse, la diferenciación de lo evidentemente patológico y el aprendizaje de algunas medidas simples para el afrontamiento de estas situaciones. Es conveniente disponer (si es posible con antelación) de los materiales educativos en salud mental para situaciones de emergencia. (MSAL, 2013)
- Apoyo Social: La recuperación del desastre es inherentemente social. Restablecer o crear redes de apoyo social es esencial para hacer frente a las tensiones extremas creadas por el desastre. Combatir el aislamiento de las víctimas individuales. Reunir familias tiene la más alta prioridad. En caso de que no haya grupos de apoyo naturales disponibles es útil crear redes artificiales (creación de grupos inter pares o de autoayuda para el tratamiento). (Ehrenreich & McQuaide, 2001)

**(2) Evitar y/o reducir el miedo y la aflicción en la población, a través de:**

- Comunicación Social: Salazar (1998, p.24) considera que "la prevención de los desastres comienza con la información". Muchos de los problemas de tipo psicosocial que aparecen en una emergencia o desastre podrían evitarse o reducirse haciendo un uso más eficiente del intercambio de información y de las estrategias de comunicación social. Desde el punto de vista del sector salud, "es importante preparar con anticipación un plan para el manejo de la información antes, durante y después de la emergencia, que posibilite un adecuado manejo de la crisis, incluida la protección de la salud mental" (Vaux, 2005, p.4). El rumor, el chisme, la incertidumbre, las noticias sin confirmar o de carácter alarmista, y la falta de intercambio de información y coordinación entre las instituciones y la población afectada, son factores que contribuyen a aumentar los problemas psicosociales en situaciones de desastre. Aumenta los niveles de estrés de las víctimas, produce confusión y posibles tensiones con los socorristas (Baloian, et al. 2007). La población necesita conocer rápida y

abiertamente sobre los principales problemas y soluciones, y cuáles son la situación real, los albergues disponibles, las amenazas, los mecanismos para integrarse a la reconstrucción, etc. Es indispensable lograr una comunicación efectiva con los damnificados para garantizar la confianza, la tranquilidad y una respuesta más adecuada (OMS/OPS 2002). En las comunidades, muchas veces surgen actitudes de negación o desafío al peligro que conducen a una falta de preparación para enfrentar la emergencia. Desde el ámbito de la comunicación, se puede ayudar para que la población pueda comprender la dimensión del riesgo, identificar las zonas de peligro y conocer las medidas para prevenir, mitigar y enfrentar de mejor manera un desastre; de esta forma, se contribuye a reducir el temor y la aflicción, evitar la desorganización y aliviar el sufrimiento de las personas afectadas. (Vaux, 2005)

**(3) Contribuir a prevenir y controlar la problemática social que se genera en la población, en especial en los más afectados, albergados y desplazados, a través de:**

- Atención priorizada a grupos vulnerables: En el diagnóstico preliminar que se realice, uno de los aspectos fundamentales será la identificación de los grupos de mayor riesgo psicosocial y su localización a los efectos de dirigir y adaptar las acciones específicas hacia ellos. Los grupos que requerirán de atención especializada por su mayor riesgo serán: niños y adolescentes, mujeres, ancianos, albergados, desplazados y refugiados, así como también los equipos de primera respuesta.

**(4) Reducir, atender y rehabilitar los trastornos psíquicos que se presenten como consecuencia directa o indirecta del desastre o emergencia, a través de:**

- Atención clínica especializada a casos con trastornos psíquicos: Ésta debe ser lo más cercana y accesible a la población y se desarrollará en los siguientes niveles:
  - Hospital psiquiátrico o servicio de psiquiatría en hospital general
  - Servicios de salud mental de la atención primaria en salud
  - Equipos especializados móviles o ubicados transitoriamente en lugares seleccionados
  - Otras unidades de psicología o psiquiatría de diferentes instituciones (OG y ONGs)

Ehrenreich & McQuaide (2001, p. 56) plantean como fundamental: “un sentido de comunidad, un sentido de identidad social y una red de apoyo social son las bases esenciales de la salud mental. Son útiles las intervenciones para restablecer la moral de la comunidad”.

## 1.8 Plan de apoyo psicosocial a damnificados de desastres en Argentina

El Marco de Hyogo al que la república Argentina adhirió en 2005, instaba a los países a “la incorporación sistemática de los enfoques de la reducción del riesgo en la implementación de programas de preparación, atención y recuperación de emergencias” y entre sus objetivos estratégicos señalaba la importancia de “la creación y el fortalecimiento de instituciones, mecanismos y medios de todo nivel, en particular a nivel de la comunidad, que puedan contribuir de manera sistemática a aumentar la resiliencia ante las amenazas” (EIRD, 2005). Entendiéndose por "resiliencia", desde la definición del Marco de Hyogo, “la capacidad de un sistema, comunidad o sociedad potencialmente expuesto a amenazas, para adaptarse, resistiendo o cambiando, con el fin de alcanzar o mantener un nivel aceptable en su funcionamiento y estructura” (EIRD, 2005, p.4). Viene determinada por el grado en que el sistema social es capaz de organizarse para incrementar su capacidad de aprender de desastres pasados a fin de protegerse mejor en el futuro y mejorar las medidas de reducción de los riesgos.

En 2015 Argentina reforzó su compromiso adhiriendo junto a otros 170 países al Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres (2015-2030) producto de la 3ª Conferencia Mundial de las Naciones Unidas, donde se ratificó la importancia de la salud mental como aspecto clave. Allí, uno de sus principios rectores es: “la reducción del riesgo de desastres requiere la implicación y colaboración de toda la sociedad”. Requiere también empoderamiento y una participación inclusiva, accesible y no discriminatoria, prestando especial atención a las personas afectadas desproporcionadamente por los desastres, en particular las más pobres. Deberían integrarse perspectivas de género, edad, discapacidad y cultura en todas las políticas y prácticas, y debería promoverse el liderazgo de las mujeres y los jóvenes. (UNISDR, 2015, p. 13)

En el año 2010, la Argentina dio un paso fundamental en relación al cuidado de la Salud Mental a partir de la Ley 26.657, la cual plantea un Nuevo Paradigma. La presente Ley “tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental”. (Ley 26.657 art. 1º). “Se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. (Ley 26.657, art. 3º)

Complementando a la Ley Nacional de Salud Mental, surge el Plan Nacional de Salud Mental (2013-2018), el cual propone “incorporar la Salud Mental en la planificación de los abordajes de situaciones de emergencias y desastres”, así como “capacitar y brindar

contención psicológica adecuada a los equipos interdisciplinarios de Salud Mental para los abordajes de situaciones de emergencias y desastres” (MSAL, 2013, p.27). Se incluirá el componente de “emergencias y desastres” en la programación de las actividades de capacitación destinada a los equipos interdisciplinarios de Salud Mental (MSAL, 2013, p.38) con la “intención de cumplir con la meta de que el 100% de los trabajadores de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones reciban formación en el desarrollo de competencias básicas para el manejo de la salud mental en emergencias y catástrofes”. (MSAL, 2013, p.49)

En noviembre de 2018, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, a través de la subsecretaría de Acceso a Justicia, conformó un grupo especializado de apoyo psicosocial para la atención a víctimas en situaciones de emergencias y desastres, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Los profesionales fueron capacitados en herramientas de salud social brindadas por OPS para responder a situaciones de desastres, y en protección de salud mental y apoyo psicosocial como estrategia para la reducción de riesgo en desastres. El equipo funcionará dentro del ámbito del Sistema Nacional de Gestión Integral del Riesgo (SINAGIR), perteneciente al Estado argentino. La Dra. Silvia Bertolilla, consultora externa de la OPS y encargada de llevar adelante la conformación de dicho grupo, plantea la importancia de que Argentina cuente con un cuerpo de especialistas preparado para que ante una situación de catástrofe pueda escuchar y acompañar profesionalmente a las personas en el peor momento de sus vida, y brindar asistencia para que el shock de los afectados y sus familiares sea menos traumático.

## **Cap. 2: Reacciones Humanas ante los Desastre**

### **2.1 La Crisis Psicológica**

Según la OMS/OPS (2002) se define la crisis como aquella situación generada por un evento vital externo que sobrepasa toda capacidad emocional de respuesta del ser humano; es decir, sus mecanismos de afrontamiento le resultan insuficientes y se produce un desequilibrio e inadaptación psicológica. Las crisis pueden o no necesitar de una intervención profesional, ya que en ocasiones pueden ser manejadas mediante el apoyo familiar y social.

La crisis cumple con 4 condiciones: **(1)** es una situación extraordinaria, **(2)** que desestabiliza el equilibrio físico, psicológico, social, económico o ambiental del individuo o el grupo, **(3)** se carece de los recursos propios suficientes o adecuados para su superación, y **(4)** se hace necesaria la ayuda externa. (Cortez Trujillo, 2003). Otra definición de crisis la aporta Cardona (2002, p.12) refiriéndose a ellas como “resultado de una perturbación exógena o endógena, que conduce a la parálisis de los elementos protectores o moderadores, que llevan al

surgimiento de incertidumbres y reacciones en cadena que eventualmente conducen a la mutación o desaparición del sistema en crisis”.

Rocamora (2013) propone descomponer, aunque sea artificialmente, el complejo fenómeno de la crisis, en tres elementos: **(1) El estupor**: siempre presente en la situación de crisis. Se traduce por el espanto y la inhibición del sujeto ante las emociones nuevas incomprensibles, que está viviendo y lo paralizan. El sujeto no tiene posibilidad de reaccionar, no busca salidas a su crisis. Toda la energía se utiliza para neutralizar la brecha abierta por la crisis y en un intento por lograr rápidamente el equilibrio emocional. Y este desequilibrio constituye el germen de la desorganización. A pesar de todo, este estupor masivo protege a la persona de la descompensación total y amortigua, en cierta manera, las graves consecuencias de la crisis. **(2) La incertidumbre**: es el reflejo de la perplejidad de sujeto y traduce una lucha entre fuerzas antagonistas: optar por esta salida o la otra, escoger “esto” o “aquello”. Esta vivencia juega el papel de timbre de alarma ante un peligro real o fantaseado inminente. **(3) La amenaza**: todo desequilibrio implica temor a la destrucción, al aniquilamiento. El “enemigo” está fuera de uno mismo y se elaboran conductas y comportamientos defensivos de desconfianza o de agresión. La crisis, en este momento, se constituye en un peligro para la continuidad de la integridad del mundo psíquico de la persona.

### 2.1.1 Habilidades negativas de resolución de crisis

Cuando el organismo entra en un “estado de crisis” se observa una perturbación de la estabilidad normal: biológica, psicológica, cognoscitiva, conductual, interpersonal y social. La situación que lo desate puede ser un desastre abrumador concreto o un sutil evento simbólico vinculado a un significado emocionalmente cargado, que amplifica y distorsiona las respuestas a eventos de la realidad. El estado de crisis que produce el desequilibrio es precipitado por un factor estresante, el cual se caracteriza como una situación intensa inevitable, que abruma nuestros mecanismos habituales de resolución de crisis (Cohen, 1999). Algunas personas pueden intentar protegerse de la desorganización recurriendo a un repertorio conductual y de habilidades negativas de resolución de crisis.

Algunos ejemplos de mecanismos de afrontamiento poco adaptativos son:

1. Adicciones
2. Disociación, entumecimiento
3. Expresión del estrés en forma somática
4. No sabe cómo usar los sistemas de apoyo
5. Proyección. Culpar y buscar un chivo expiatorio
6. Regulación deficiente del ciclo descanso-trabajo: Fatiga
7. Uso excesivo de la negación, retraimiento, reclusión, evitación

8. Pensamientos y recuerdos excesivamente recurrentes sobre la situación crítica
9. Supresión de emociones, lo cual produce el síndrome de desaliento-desamparo-renuncia
10. Dependiente en exceso, evita la separación; se vuelve incapaz de evocar en los demás el deseo de cuidarla
11. No hay reconocimiento de las emociones dolorosas ni capacidad para la expresión apropiada de las mismas
12. No hay tolerancia a la incertidumbre y la conducta se vuelve impulsiva, ventila su furia contra individuos más débiles, los victimiza
13. Incapacidad en el uso de defensas adaptativas o modalidades de alivio a la tensión

### 2.1.2 Neuropsicología de la Crisis y la importancia del trabajo preventivo para su superación:

Vengoechea, Sepúlveda & Padilla (citado en Cortés Trujillo, 2000) nos explican que cuando el individuo se percibe amenazado por una situación de desastre, la cantidad, calidad y velocidad de información que es recibida lo lleva a experimentar un “desorden cognoscitivo post-impacto” que bloquea los lóbulos frontales, perdiendo el control del pensamiento racional. El organismo es invadido por una tormenta de sensaciones y reacciones físicas inmediatas y extremas durante un breve lapso, que es activada y coordinada desde el sistema límbico. Éste, llamado por algunos autores el “cerebro primario” es instintivo, responsable de manejar las emociones, las respuestas inmediatas y no premeditadas ante las crisis y también tiene una gran responsabilidad en la activación endocrina que desencadena el síndrome de escape o lucha (Rosselli, 1996). Esta respuesta es básicamente idéntica en todos los animales (incluido el hombre), por eso la mayoría de personas no entrenadas responden “instintivamente” ante las crisis: gritando, corriendo, llorando y en general con mayor carga emocional, que racional (Van der Kolk & Saporta, 1993). No en vano la WHO (2001), advierte que las reacciones emocionales intensas frente a las crisis son esperadas y normales.

Es el mismo sistema límbico el que maneja también las conductas repetitivas, y ahí está la clave para la superación de las crisis súbitas: el entrenamiento y la práctica sistemáticos, compuestos de ejecuciones de respuestas adaptativas, inciden en el sistema límbico, llegando a moderar las respuestas emocionales para darle prelación a las respuestas mecánicas aprendidas repetitiva y sistemáticamente (Sessions, 1991). Y esa práctica sistemática aporta una ganancia adicional: “en la medida en que la mecanización de las respuestas nos familiariza con las crisis, éstas van perdiendo su tono de extraordinarias, porque la repetición les quita la novedad y su fuerte carga negativa” (Cortés Trujillo, 2003, p. 38). Banyakar (2002) comparte la idea de que la repetición de ejercicios de protección y salvataje permiten que la población no sea sorprendida en el momento en que irrumpe el peligro real. “Se tratará de desarrollar

conductas de salvataje que puedan ser realizadas automáticamente, aun cuando el sujeto sea presa de un shock emocional, de una sensación de fragilidad, de indecisión y/o de inhibición". (Benyakar, 2002, p. 14)

Durante el impacto, la tendencia natural es la explosión de una amplia variabilidad de probables respuestas (Pedreros, 2002). Al respecto, Cortés Trujillo (2003, p. 42) enfatiza el gran valor de la capacitación y la práctica comunitarias para reducir drásticamente la variabilidad de las respuestas y su consiguiente descontrol: "las personas pueden entrenarse para una respuesta más controlada a la crisis, adquiriendo un repertorio de respuestas mecanizadas, a través del aprendizaje mediante simulacros, evacuaciones y la racionalización permanente del evento que se quiere aprender a manejar".

## 2.2 El estrés

En los años 50, Selye definía el estrés como una respuesta inespecífica del organismo ante cualquier estímulo externo. Es pues, una reacción de adaptación del cuerpo humano ante los agentes nocivos del entorno. Fernández Mariño (2014) reconoce que estrés es toda vivencia que se manifiesta con una gran incomodidad psicofísica, inespecífica, como consecuencia de factores psicosociales, y que generalmente está relacionado con una gran tensión externa de índole económica, laboral, familiar o emocional y que produce un desajuste en el individuo.

Pese a que en la vida cotidiana existen diferentes tipos de crisis (de salud, económicas, afectivas, laborales, etc.), para el sistema nervioso central todas tienen las mismas vías, estructuras y formas de manejo, especialmente en lo concerniente a su percepción inicial, las reacciones básicas neurofisiológicas y sus primeros procesos de pensamiento asociados (Van der Kolk & Saporta, 1993). Esto se debe a que cuando el cuerpo se enfrenta a estresores externos, ya sean de origen físico o psicológico, produce la ya mencionada "respuesta de lucha o huida".

La respuesta fisiológica al estrés agudo se manifiesta a través de: palpitaciones, la falta de aliento, el nerviosismo, respiración rápida y superficial, indigestión, náuseas, tensión muscular o dolor, fatiga, dolores de cabeza, interrupciones del sueño o incluso cambios en la temperatura corporal. (Halpern & Tramontin, 2007). Estos procesos son adaptativos hasta cierto punto. Una vez que la amenaza ha pasado, nuestro sistema tiende a volver a la situación de reposo anterior. Sin embargo, si no lo hace, si estas respuestas siguen activadas a pesar de que la amenaza haya terminado, nuestro cuerpo empezará a tener problemas físicos debido a toda la energía que está produciendo. (Fernández Mariño, 2014)

### 2.2.1 Respuestas esperables al estrés en adultos que vivieron una situación crítica

Perren-Klingler (2003) proporciona una explicación sobre lo que acontece en una situación crítica de desastre. Frente a la percepción de amenaza, se dispara automáticamente la respuesta del estrés con las consecuentes manifestaciones del hiperalerta (irritabilidad, ansiedad, insomnio, ira, falta de concentración). Esto a su vez puede generar respuestas evitativas o de disociación (anestesia emocional, evitamiento de lugares o situaciones) por el malestar que genera la hiperactivación, con posibles recuerdos intrusivos o flashbacks sobre lo vivido, que reactivan la percepción de amenaza aunque ya no se esté expuesto a ella realmente, cerrando un circuito de reactivación de la respuesta del estrés. Si esta respuesta se mantiene en el tiempo tiene riesgo de cronificarse y desencadenar trastornos asociados al estrés crónico. Por lo dicho se entiende fácilmente la importancia de una intervención temprana que ayude a reducir el hiperalerta.

### 2.2.2 Consecuencias negativas del estrés a largo plazo

El estrés es un proceso adaptativo ante situaciones que son percibidas como una amenaza a la salud, la seguridad y el bienestar. El nivel de activación va depender de la evaluación que se haga de las características del estresor, los recursos internos y externos de afrontamiento, el apoyo social, la vulnerabilidad personal y el contexto. Las reacciones cognitivo-emocionales consisten en una espiral compleja interdependiente y complementaria de significados, creencias, suposiciones, imaginación, miedos, ansiedad y preocupaciones. El estrés se torna traumático en la medida que el aflujo de emociones y pensamientos recurrentes y negativos del estresor y la evaluación sean excesivos en relación con la tolerancia y capacidad de la persona de procesar e integrar en la psique la vivencia y las reacciones. La persona piensa y siente que sus medios habituales de procesamiento, resolución y afrontamiento son desbordados, produciéndose una efracción cognitivo-emocional (Salinas & Ysrael, 2017). Dependiendo de la duración, frecuencia y magnitud de este proceso se puede originar un desequilibrio psiconeuroinmunoendocrino en la persona afectada causándole un daño somático, psíquico y/o social. Hernández y Gutiérrez López (2014) presentan un listado de posibles alteraciones:

- **Digestivas:** úlcera de estómago, colon irritable, dispepsia funcional, aerofagia
- **Respiratorias:** hiperventilación, disnea, asma psicógena, sensación de ahogo
- **Nerviosas:** pérdida de memoria, cefaleas, insomnio, ansiedad, cambios de humor
- **Sexuales:** impotencia, eyaculación precoz, vaginismo, alteraciones de la libido,
- **Dermatológicas:** prurito, eczema, alopecia, dermatitis atópica
- **Cardiovasculares:** taquicardia, , angina de pecho, infarto de miocardio

- **Psicológicas:** preocupación excesiva, falta de concentración, olvidos frecuentes, consumo de fármacos, bloqueos mentales, incapacidad de decisión, trastornos del sueño, adicción a drogas.

### 2.3 Formas de reacción ante los Desastres

Los comportamientos observados durante las situaciones de desastre pueden aparecer como anormales si se los analiza fuera del contexto en que éstos ocurren. Conductas como pánico, excitación psíquica, descontrol, inhibición, pueden llegar a ser las más adaptativas en determinadas situaciones. En definitiva, la capacidad de afrontamiento de los afectados no funciona bien por encontrarse en una situación emocional y psicológica de "sobrecarga". Es por eso que se considera una máxima de la Psicología de Emergencias considerar que se están produciendo reacciones normales ante situaciones anormales o extremas. (OMS, 2006)

La extraordinaria prevalencia de tan fuertes respuestas fisiológicas, cognitivas y emocionales a los desastres son descritas como la expresión de una respuesta comprensible ante la experiencia extrema vivida. Éstas nunca indican un signo de "enfermedad mental" o de "debilidad moral". Sin embargo, los síntomas experimentados por muchos damnificados en los días y las semanas siguientes a un desastre pueden convertirse en fuentes continuas de angustia y disfunción, con efectos devastadores para el individuo, su familia y su sociedad. (Ehrenreich & McQuaide, 2001). La valoración debe hacerse en el contexto de los hechos, determinando si se pueden interpretar como respuestas "normales o esperadas" o por el contrario, pueden identificarse como manifestaciones psicopatológicas que requieren un abordaje profesional. Debido a que esta distinción no es una tarea fácil de realizar, los diferentes organismos internacionales (OPS/OMS) establecen cuatro criterios para determinar si una expresión emocional se está convirtiendo en sintomática: **(1)** Prolongación en el tiempo **(2)** Sufrimiento intenso **(3)** Complicaciones asociadas (ejemplo, una conducta suicida) **(4)** Afectación del funcionamiento social y cotidiano de la persona

Si bien es cierto que algunos damnificados pueden desarrollar emociones positivas en situaciones muy estresantes, o hasta incluso dotar su vida de un nuevo significado, lo más habitual es que este tipo de sucesos desborden la capacidad de respuesta de una persona, que puede sentirse sobrepasada para hacer frente a las situaciones que se ve obligada a afrontar. (Pelechano, 2007; Tedeschi & Calhoun, 2004). Las situaciones extremas son en sí mismas experiencias potencialmente traumáticas, y dependiendo de los mecanismos de afrontamiento que se pongan en marcha, la resiliencia que se posea, la intensidad del evento que se enfrente y también de la asistencia primaria que se reciba, la persona afectada podrá superar esta vivencia por sí sola o necesitará ayuda terapéutica para elaborarla. (López, 2015)

A raíz del desastre, pueden surgir ciertas reacciones emocionales como son el miedo intenso, la rabia, sensación de inseguridad, embotamiento afectivo, etc. A medida que el shock y el terror se disipan, aparecen efectos a más largo plazo. Mayormente, las personas asumen que pueden confiar en sí mismas, en otras personas y que pueden hacer frente a la adversidad. Sin embargo, el desastre desafía nuestras suposiciones y creencias básicas, mostrándonos nuestra vulnerabilidad, y dejándonos con sentimientos de desamparo y desesperanza. Podemos también culparnos por nuestra incapacidad para tomar decisiones y actuar de maneras en las que esperaríamos nuestras familias y nosotros mismos. La pérdida de nuestro mundo personal, de un sentido de seguridad, de la creencia en nosotros mismos, en la confiabilidad de los demás o incluso en la benevolencia de Dios no son sólo pensamientos; provocan sentimientos profundos de pérdida y dolor. (Ehrenreich & McQuaide, 2001)

### 2.3.1 Respuestas según Fases

En caso de desastres, el impacto emocional esperable 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. Es por eso que, a los efectos prácticos, la OMS/OPS (2002; 2006) hace una delimitación conceptual en términos de una serie de fases o etapas que nos permiten orientar lo que sucede aproximadamente en cada momento y cuáles son los cambios psicológicos esperables. Las fases no son rígidas, cada una tiene sus propias características, con muchas variaciones y superposiciones entre ellas:

**1. Periodo Previo o Pre-crítico.** Fase que abarca horas o días previos. Lo que se observa es:

- Angustia,
- Inseguridad
- Vigilancia obsesiva

**2. Periodo Crítico o de la Emergencia propiamente dicha:** Fase que comienza con el evento y las primeras 72 horas siguientes. Aquí pueden verse varios tipos de respuesta emocional. Los damnificados pueden cambiar de un tipo de respuesta a otro o no mostrar una respuesta "típica" en absoluto.

- Crisis emocionales
- Entumecimiento psíquico: los damnificados se ven asustados, ofuscados, confundidos, apáticos. La calma superficial es seguida por la negación o los intentos de aislarse.
- Excitación aumentada o parálisis por el temor. Los damnificados pueden experimentar intensos sentimientos de miedo, acompañados de excitación fisiológica: palpitaciones del corazón, tensión muscular, dolores musculares, trastornos gastrointestinales.

- Ansiedad difusa: Los damnificados pueden mostrar una respuesta de sobresalto exagerada, incapacidad para relajarse, incapacidad para tomar decisiones. Pueden expresar sentimientos de abandono, ansiedad por la separación de sus seres queridos, pérdida del sentido de seguridad y anhelo de alivio.
- Descompensación de trastornos psíquicos pre-existentes
- Deseo-temor de conocer la realidad
- Dificultad para aceptar la dependencia y la situación crítica en la que se encuentra
- Inestabilidad afectiva con variaciones extremas: Algunos damnificados pueden mostrar cólera súbita y agresividad o, por el contrario, apatía y falta de energía y capacidad para movilizarse.
- Culpabilidad del superviviente: Los damnificados pueden sentirse responsables del destino desafortunado de los demás. Puede haber una preocupación con pensamientos sobre el desastre y la rumia sobre sus propios comportamientos o reacciones.

**3. Periodo Post-crítico:** Fase que abarca el 1º mes pos-evento. En las primeras semanas después del desastre, los damnificados pueden pasar por lo que Ehrenreich & McQuaide (2001) llaman una fase de "luna de miel", caracterizada por el alivio de estar seguros, por el optimismo sobre el futuro, por la necesidad de expresar sentimientos y compartir experiencias con otros. Pero en las próximas semanas deben hacer una evaluación más realista de las consecuencias duraderas del desastre. Pueden aparecer:

- Aflicción y miedo
- Tristeza y Duelo
- Abuso de alcohol o drogas y Violencia
- Equivalentes somáticos (síntomas orgánicos variados)
- Trastorno por estrés agudo, Trastornos depresivos o de ansiedad
- Problemas en las relaciones interpersonales y en el desempeño laboral
- Preocupación exagerada, irritabilidad, inquietud motora, alteración en conductas cotidianas, pérdida del sueño y apetito

**4. Periodo de Recuperación:** Fase que abarca de los 2 a 3 meses siguientes al evento. Luego del momento de "luna de miel" la desilusión puede establecerse y los efectos del "segundo desastre" se hacen sentir (Ehrenreich & McQuaide, 2001). El fenómeno de desilusión surge cuando el apoyo organizado es interrumpido y los damnificados se enfrentan con dificultades considerables en la resolución de sus problemas, resultando evidente que sus vidas se han modificado en forma permanente (Benyakar, 2002). Pueden aparecer cualquiera de una amplia variedad de síntomas:

- Síntomas somáticos que persisten
- Ira creciente que se acentúa si hay discriminación, revictimización o impunidad

- Tristeza o ansiedad que persiste por más tiempo, no muy aparentes como tales, pero con manifestaciones encubiertas, como agresividad creciente (intrafamiliar, autogresividad) y conductas evasivas (consumo de alcohol o de psicoactivos)

A partir de los tres meses, en condiciones normales, se debe esperar una reducción progresiva de las manifestaciones anteriormente descritas. Por ejemplo, una tristeza que se va aliviando y que sólo reaparece temporalmente en los aniversarios o fechas especiales. Sin embargo, pueden existir señales de riesgo como:

- Riesgo de suicidio
- Duelos que no se superen
- Síntomas tardíos: fatiga crónica, inhabilidad para trabajar, apatía, dificultad para pensar claramente, síntomas gastrointestinales vagos
- Síntomas post-traumáticos:
  - Depresión, desesperanza, miedo fácil, irritabilidad, preocupación, paranoia
  - Rigidez y obsesión, o vacilación y ambivalencia
  - Sentimientos de impotencia y vulnerabilidad
  - Dependencia o, alternativamente, retiro social, sentirse aislado o abandonado
  - TEPT, depresión postraumática, trastornos de ansiedad
  - Mal humor, hostilidad, explosiones repentinas de emoción, inquietud
  - Quejas somáticas: dolores de cabeza, síntomas gastrointestinales, fatiga, pérdida del cabello, cambios en el ciclo menstrual, pérdida del deseo sexual
  - Pensamientos intrusivos: flashbacks, sentir uno está "reviviendo" la experiencia, a menudo acompañada de ansiedad
  - Evitación de pensamientos, de lugares, imágenes, sonidos que recuerdan a la víctima del desastre; evitar discusiones al respecto
  - Problemas en el funcionamiento interpersonal; aumento del conflicto marital
  - Quejas cognitivas, dificultad para tomar decisiones y planificación
  - Experiencias "disociativas": sentimientos de estar separados de su propio cuerpo o de sus experiencias, sentirse como si uno estuviera "viviendo en un sueño"
  - Comportamiento autodestructivo e impulsivo

**5. Etapas de Reconstrucción**: Ehrenreich & McQuaide (2001) le asignan este nombre a la fase que transcurre a partir del año siguiente al desastre. En esta etapa puede haber surgido un patrón estable de vida. Aunque muchos damnificados pueden haberse recuperado por sí mismos, un número sustancial continúa mostrando síntomas similares a los de la etapa anterior. Un número significativo que antes no era sintomático ahora puede exhibir síntomas serios de ansiedad y depresión, cuando se hace evidente la realidad y la permanencia de sus

pérdidas. El riesgo de suicidio puede aumentar en este momento. Otros síntomas característicos tardíos incluyen:

- Síntomas gastrointestinales crónicos,
- Fatiga crónica y dificultad para pensar con claridad
- Incapacidad para trabajar, pérdida de interés en las actividades diarias
- Síndrome de Supervivencia: La gente que muestra este síndrome ha sido descrita como caminando por la vida "sin chispa". La depresión crónica, la ansiedad y la culpa del sobreviviente aparecen o, alternativamente, la agresión crónica. Aislamiento social, trastornos del sueño, fatiga crónica, labilidad emocional, pérdida de iniciativa y desadaptación social, personal y sexual. La "alegría de vivir" ha desaparecido, y es sustituida por un "patrón generalizado de lenta desesperación". Las relaciones con cónyuges e hijos están perturbadas, creando a menudo perturbaciones significativas en generaciones posteriores.

Cortes Trujillo (2000) utiliza otra denominación para detallar la secuencia de comportamiento de las personas expuestas a una situación de crisis que varía en función del momento:

- **Aviso**: Antes del impacto, el sujeto o el grupo es informado sobre la probable ocurrencia futura de un evento. La primera reacción bien puede ser la de negar el suceso, restarle importancia, relativizarlo, y en general neutralizarlo por un sentimiento de invulnerabilidad, objetivamente falso pero más fácil de manejar que el reconocimiento de una realidad incierta y amenazante. Romano (2000) se refiere a la negación utilizando el término "Impensabilidad del Riesgo" como la incapacidad para transformar los estímulos sensoriales en pensamientos, y para pensar en lo que se está viviendo o se podría vivir.
- **Amenaza**: En la medida en que el riesgo sigue desarrollándose y ya comienza a mostrar indicios directos del desastre en el que se puede convertir, se tiende entonces al abandono de la negación y la búsqueda de protección. El principal reto de los técnicos, políticos y gestores de emergencias y desastres consiste en lograr que las personas y comunidades expuestas al riesgo pasen lo más pronto posible de la etapa de Aviso a la de Amenaza, derribando la barrera de negación e incredulidad del riesgo. Para Inbar (2000) "el entrenamiento psicológico realizado con los individuos y las familias, desarrollando habilidades cognitivas, emocionales, conductuales, sociales y organizacionales les permitirán un enfrentamiento efectivo en el momento de ser requerido".
- **Impacto**: El momento de ocurrencia del evento puede durar entre fracciones de segundo (una explosión) hasta semanas (una inundación). Beverly Raphael (citada por Cortes Trujillo, 2000) expresa que las respuestas al desastre son muy intensas, entre otras cosas porque hay fuerzas naturales poderosas e incontrolables de por medio, y porque el

desastre trae muerte y pérdidas que pueden ser humanas pero también de los hogares, las posesiones más valoradas, la comunidad y la seguridad con que uno se desenvuelve habitualmente en el medio que le rodea.

- **Inventario**: Momento inmediatamente después del impacto en que se observa ansiedad de separación: de la salud, los seres queridos, los bienes, el entorno social, etc. En esta etapa es cuando los damnificados comienzan a hacerse conscientes de las pérdidas, en orden de importancia.
  
- **Rescate**: Desde pasividad hasta integración a las labores de salvamento, como heroísmo, grupos espontáneos de socorro, cooperación o desorden. En esta etapa sigue vigente la variabilidad de respuestas que explotó en la etapa del Impacto. Los grupos de rescate, por lo general llegan tarde a las emergencias, simplemente porque no estaban allí para el momento del Impacto. El rescate lo realiza en primera instancia el afectado por la crisis que conserva alguna capacidad de autoayudarse o ayudar a otros, y a continuación las personas no directamente afectadas pero que están presentes en el lugar y momento del impacto. “Aunque las emergencias pueden generar diversos grados de confusión y desorganización, no devienen necesariamente en un caos social” (San Juan, 2002). Tampoco es cierta la creencia popular que afirma que en este momento sale a flote lo peor de la sociedad (saqueos, vandalismo, agresividad), sino que más bien, afloran tal y como son las características morales de la comunidad impactada: si ésta cuenta con valores como la solidaridad, la disciplina, la protección de los más débiles, éstos se manifiestan, pero si también hay antivalores (deshonestidad, oportunismo, etc.), éstos igualmente se hacen presentes hasta que el restablecimiento del control social e institucional los reprime. (Cortes Trujillo, 2003)
  
- **Recuperación**: Posterior al evento se intenta reconstruir el ambiente perdido. Según Beverly Raphael (citado por Cortes Trujillo 2000) “los desastres no se olvidan, permanecen en la mente de aquellos involucrados por mucho tiempo; se convierten en permanentes puntos de referencia para organizar otras experiencias.” Kübler-Ross (2000) afirma que ante las pérdidas graves, las personas suelen comenzar con un estado fuerte de conmoción y negación, luego indignación y rabia, pasando luego a la aflicción y dolor”. Inbar (2000) explica que la reacción de la población depende primordialmente de varios factores: La preparación psicológica de los individuos y comunidades frente a la posibilidad de la existencia de ese evento; la resiliencia y fortaleza psicológica personal, familiar y comunitaria de los afectados, y la organización, coordinación y profesionalidad de los equipos de intervención y salvataje. Esto muestra que la disminución de tiempos y costos de recuperación, así como su mayor probabilidad de éxito están directamente relacionadas con la calidad de la atención recibida durante e inmediatamente después del impacto.

### 2.3.2 Comportamientos Individuales y Colectivos

La eclosión e incidencia de diferentes tipos de conductas durante situaciones de emergencias, depende tanto del tipo de catástrofe como de la población afectada, su densidad, su composición y su grado de preparación. Benyakar (2002) hace una diferenciación de los comportamientos dividiéndolos en:

**(a) Comportamientos Individuales:** en el momento de la irrupción del peligro, el individuo normal puede adoptar un comportamiento inadaptado, debido a la sorpresa o al shock emocional, que puede presentarse como: una agitación psicomotriz, agresión a otra persona, actitud suicida o estuporosa. La mayoría de estas reacciones son breves, recuperándose la lucidez y la autocrítica. Una vez que el peligro ha pasado suelen observarse reacciones emocionales diferidas, incluso serias descompensaciones; en particular en los sujetos que estuvieron expuestos a las actividades de salvataje y evacuación. Estas reacciones pueden manifestarse como crisis de llanto, temblores o accesos de cólera y agresividad, disturbios del sueño, falta de capacidad para concentrarse, desinterés por lo cotidiano, etc.

**(b) Comportamientos Colectivos:** en un gran número de catástrofes se observan comportamientos colectivos adaptados. Éstos pueden ser organizados (ejecución de órdenes dadas por las distintas jerarquías) o espontáneos (ejecución de consignas dadas por los líderes espontáneos). Los comportamientos colectivos adaptados mantienen o restituyen la estructura grupal, conservando un espíritu de solidaridad y respeto por los valores colectivos. En otras circunstancias, puede que el comportamiento se vuelva inadaptado. Tal es el caso del pánico, que puede definirse como “un miedo colectivo intenso, que sienten simultáneamente todos los individuos de una comunidad (...) caracterizado por la regresión a un nivel arcaico de consciencia impulsivo y gregario, que se traduce en reacciones primitivas de agitación desordenada, violencia o suicidio colectivo” (Benyakar, 2000 p.13). Cortes Trujillo (2000) hace una diferenciación entre miedo y pánico. El primero es un estado emocional de inhibición acompañado de ansiedad, excitación o angustia, producido como reacción ante una amenaza, pero que no implica desconexión de la razón. El pánico es la huida colectiva, desenfadada. Se relaciona con lo que ha denominado comportamiento “cardumen” en el que el individuo imita exactamente lo que hace el grupo sin preguntarse mucho la razón. El miedo es frecuente y esperable en este contexto, en cambio el pánico, aunque puede presentarse y es una de las peores complicaciones posibles en una crisis colectiva, es en realidad una entidad psicológica rara, de aparición infrecuente. La gravedad de la aparición del miedo radica en que éste puede desembocar en pánico cuando la información sobre el riesgo es deficiente o inexistente, la moral es baja y las vías de evacuación son confusas o insuficientes.

## 2.4 Trastornos psíquicos más frecuentes

Desde la psicología, con los trabajos de Pavlov a principios del siglo XX, se insiste en el papel fundamental del estrés en tanto que factor patógeno de suma importancia para las condiciones psicopatológicas. Lo mismo ocurre con el estrés producido como consecuencia de la exposición a un trauma. Hay numerosa evidencia empírica que sustentan la idea de que “los traumas pueden ser una importante variable patogénica en muchas alteraciones psicopatológicas, y no sólo en aquellas claramente identificadas como tales, es decir, el trastorno por estrés agudo y el trastorno por estrés postraumático” (Talam, Navarro, Rossell & Rigat, 2006, p.18). Esto quiere decir que las consecuencias de los traumatismos pueden ir mas allá de lo habitualmente reconocido. (Amor et. al, 2002; Echeburúa, 2004)

Para que un evento sea considerado “psicológicamente traumático” debe sobrepasar la experiencia humana cotidiana y producir deterioro en la capacidad de respuesta y/o disminución de la relación con el mundo externo, acompañados de una variedad de síntomas causados por alteraciones del sistema nervioso autónomo, disfóricos y/o cognitivos. Así, los estímulos estresantes que causan traumas psicológicos serían una seria amenaza a la vida o a la integridad física. Tras la exposición a este tipo de eventos, se han visto grandes conjuntos de síntomas o síndromes que aparecen más frecuentemente. Es por eso que la OMS/OPS (2002; 2006) detalla algunos de ellos:

- **Trastorno de Estrés Postraumático**: Tiempo atrás se daba por sentado que el trastorno de estrés postraumático era el diagnóstico más frecuente en situaciones de conflictos armados y desastres, sin embargo, actualmente se reconoce que no aparece tan frecuentemente como se suponía (OMS, 2012). Es un cuadro que experimentan los damnificados y testigos de sucesos traumáticos como catástrofes naturales, accidentes graves, muertes violentas, guerras, torturas y violaciones, entre otros, caracterizado por un conjunto de síntomas físicos y psicológicos, que surgen como respuesta tardía a sucesos angustiosos de naturaleza excepcionalmente peligrosa (OPS/OMS, 2002). Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V) en su edición del 2013, para ser diagnosticado de TEPT se requiere que la acción sea percibida altamente peligrosa para la víctima, no solo si se pasó personalmente por la situación, sino también si la presencié, si la experimenté un familiar o si está expuesto reiteradamente a detalles explícitos de acontecimientos traumáticos (como ser personal de servicio de primeros auxilios). El cuadro se caracteriza por la presencia de recuerdos recurrentes e imágenes de la situación traumática, que vuelven a re-experimentarse una y otra vez de manera intrusiva a pesar del paso del tiempo. Esto lleva al individuo a la sensación de estar reviviendo la experiencia, con alucinaciones y episodios disociativos de flashback, imaginándolo con muchos detalles; en especial, todo lo que fue percibido por los sentidos, los colores y los olores asociados a la situación. Todo ello

acompañado de intensas reacciones de ansiedad, como preocupación, miedo, falta de control, alta activación fisiológica y evitación de lugares, pensamientos o conversaciones relacionadas al evento (Fernández Mariño, 2014). El padecimiento genera un fuerte estrés, emociones intensas, pensamientos no deseados y comportamientos de escape que crean un círculo vicioso del que resulta para las víctimas muy difícil de salir (Pérez Tejeda, 2013). Olf et. al (2007) lo denominan “expectativa o aprensión ansiosa” a volver experimentar las respuestas de miedo y los estímulos internos o externos relacionados con el trauma. Esta expectativa ansiosa es una estructura cognitivo-afectiva que, una vez establecida, es básicamente automática. Es decir, que ya no depende de que se den valoraciones e interpretaciones cognitivas conscientes.

- **Trastorno de Ansiedad:** Se caracteriza por una sensación de temor inmotivado, que habitualmente se describe como “nervios”. Está compuesto por una serie de grupos de síntomas experimentados diariamente: **(a)** ansiedad, miedo injustificado permanente, preocupaciones excesivas ante cosas sin importancia y pesimismo **(b)** intranquilidad, irritabilidad e impaciencia **(c)** síntomas físicos como sudor, palpitaciones, respiración agitada, tensión muscular y dificultad para relajarse, entre otros.

- **Depresión:** 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 de manera significativa en la vida cotidiana de las personas (Fernández Mariño, 2014). Se debe pensar en depresión cuando se presentan las siguientes situaciones: **(a)** la persona muestra un estado de ánimo triste, persistente y con tendencia al llanto **(b)** por la tristeza, pierde el interés por las cosas que antes lo alegraban, no desea moverse y por ello disminuye su actividad, a veces, hasta el punto de no querer levantarse **(c)** frecuentemente existe ansiedad, sensación de inquietud, irritabilidad y hasta agresión **(d)** además presenta cambios en el peso, alteraciones en el sueño, pérdida de autoestima y minusvalía.

- **Conducta o Ideación Suicida:** Durante la fase crítica de un desastre no resulta tan frecuente; sin embargo, se observa un incremento de la ideación suicida en relación con los sentimientos de culpa del sobreviviente en casos de experiencias traumáticas extremas. En la predicción de los actos suicidas es importante valorar aquellos factores que aumentan el riesgo: **(a)** existencia previa de trastornos psíquicos, en especial depresión intensa y persistente **(b)** alto grado de exposición al evento traumático o haber sufrido pérdidas de gran magnitud **(c)** plan suicida desarrollado y disponibilidad de medios para ejecutarlo **(d)** falta de apoyo social y familiar **(e)** consumo de alcohol u otras sustancias que limitan la capacidad de autocontrol **(f)** dificultades socioeconómicas.

- **Trastornos Disociativos:** La disociación es un mecanismo psicológico de defensa en el cual la identidad, memorias, ideas, sentimientos o percepciones propias se encuentran separadas del conocimiento consciente y no pueden ser recuperadas o experimentadas voluntariamente. Estos trastornos disociativos son con frecuencia precipitados por un estrés abrumador, que puede estar causado por la experiencia de un acontecimiento traumático. Este grupo de trastornos incluyen la amnesia disociativa, donde las personas habitualmente tienen lagunas de memoria que se extienden desde unos pocos minutos a unas pocas horas o días. En general, son conscientes de que han “perdido algún tiempo”, aunque en algunos casos sólo serán conscientes cuando se les enfrenta con la evidencia de que han hecho cosas de las que no tienen recuerdo. (Fernández Mariño, 2014)

Tras una catástrofe, también pueden aparecer otros cuadros psicopatológicos que no son específicos de la ocurrencia de este episodio, pero que suelen producirse asimismo como consecuencia de él, es decir, se aprecia un incremento del diagnóstico de estas patologías entre los damnificados. Ejemplo de ello son: **(a)** inicio o aumento de la **ingesta de alcohol u otras sustancias psicoactivas** con el objetivo de huir del dolor causado por la situación. Este abuso está asociado con comportamientos que crean riesgos para la salud, como las enfermedades de transmisión sexual (IASC, 2007) **(b)** las **conductas violentas** son una forma de respuesta frecuente ante situaciones de frustración **(c)** el **trastorno somatomorfo** donde el sujeto presenta síntomas físicos que no se explican por causa orgánica junto a fatiga, cefaleas, pérdida del apetito y problemas gastrointestinales o urinarios (Fernández Millán, 2013) **(d)** los **trastornos psicósomáticos** pueden iniciar o acelerar el desarrollo de una patología orgánica como consecuencia de factores psicológicos (trastorno cardiovascular, gastrointestinal, respiratorio, diabetes). (Fernández Millán, 2013)

### **CAPÍTULO 3: PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN Y TÉCNICAS DE ACTUACIÓN**

Tanto los individuos como las comunidades tienen procesos naturales de sanación, es por eso que “la tarea central de la intervención psicosocial es evocar, facilitar y apoyar estos procesos de sanación y eliminar los obstáculos para su operación, a fin de prevenir la disfunción y la angustia duraderas” (Ehrenreich & McQuaide, 2001, p. 44). Las intervenciones están dirigidas, sobre todo, a reducir al mínimo el número de personas que necesitarán un “tratamiento” posterior. Es esencial tranquilizar a la gente y ayudar a aliviar a corto plazo los síntomas que pueden ser alarmantes para ellos. La educación en cuanto a los tipos de reacciones que las personas pueden experimentar puede ayudarlas a entender y “normalizar” sus sentimientos. (Abeldaño & Fernández, 2016)

Una amplia variedad de técnicas específicas se han utilizado para contribuir al alivio inmediato de las personas en peligro, para prevenir o mitigar los efectos emocionales a largo plazo de los desastres. Para ser útiles, las técnicas deben adaptarse a la situación específica: el tipo de desastre, los recursos humanos y materiales disponibles, los aspectos específicos de la cultura y la tradición local.

### 3.1 ¿Cómo identificar a quienes necesitan apoyo?

En su mayor parte, es poco probable que las víctimas y los trabajadores socorristas busquen ayuda por su cuenta. No hay que asumir que, debido a que una persona no ha buscado ayuda, no la necesitará. Se pueden utilizar varios métodos para identificar a los que necesitan servicios. Los recomendados por autores como Blanco & Valera (2007) son:

- (a) **Por categoría:** Ciertos grupos son especialmente vulnerables. Entre ellos figuran los trabajadores socorristas, las víctimas atrapadas, sepultadas o gravemente heridas en el curso del desastre, o que continúan experimentando el dolor o la discapacidad física.
- (b) **Por patrones de comportamiento específicos:** Los que después de los primeros días que siguen al desastre, presentan problemas médicos "vagos". Trastornos del sueño, fatiga excesiva, dolor difuso, dolores de cabeza inexplicables o síntomas gastrointestinales pueden estar evidenciando angustia psicológica. Aquellos que expresan pensamientos suicidas o hacen intentos de suicidio o autolesión son una alta prioridad. Las víctimas que describen la re-experimentación persistente del trauma, especialmente si informan que se sienten como si lo estuvieran viviendo de nuevo.
- (c) **Mediante el uso de instrumentos de detección:** Las listas de comprobación de síntomas pueden distribuirse en escuelas, iglesias, lugares de trabajo, refugios o campamentos de refugiados. El "Cuestionario de Identificación de Síntomas" (SRQ) se ha utilizado en muchos países y ha demostrado ser exitoso en la identificación de adultos en peligro, así como también en detectar signos de "agotamiento" entre los trabajadores socorristas.

### 3.2 Directrices para una primera aproximación

Ante situaciones de carácter estresante, es comprensible y frecuente que la persona afectada se encuentre emocionalmente alterada, asustada, ansiosa, desorientada e incluso con sensaciones de irrealidad, por lo que una comunicación enteramente racional resulta difícil, respondiendo el individuo más bien desde un plano emocional. Es por ello que la Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil y el Centro Nacional de Trastorno de Estrés Postraumático (2006) establecen una serie de lineamientos para una primera aproximación pos-desastre:

**Cómo acercarnos:** (1) Establezca contacto sólo después de haber observado la situación y a la persona (o familia) y después de haber determinado que el contacto no sea intrusivo o perjudicial o cause alguna interrupción. Observe de manera cortés y luego haga preguntas simples y respetuosas para determinar cómo puede ayudar (2) Esté preparado para que los sobrevivientes lo eviten o se excedan en su necesidad de establecer contacto (3) Hable con calma, lentamente, en términos concretos y simples; no utilice siglas o jerga. Tenga paciencia, sea receptivo y sensitivo a las necesidades de los sobrevivientes (4) Reconozca las características positivas de aquello que los sobrevivientes han hecho para mantenerse seguros (5) Provea información que esté directamente relacionada con las metas inmediatas del sobreviviente y clarifique respuestas cuantas veces sea necesario.

**Comportamientos que se deben evitar:** (1) No haga suposiciones acerca de lo que los sobrevivientes están experimentando o de lo que han pasado (2) No presuma que todos los que han estado expuestos a un desastre quedarán traumatizados (3) No interprete todas las reacciones como patológicas. La mayoría de las reacciones son comprensibles y esperadas dada la experiencia por la que han atravesado las personas expuestas a un desastre. No catalogue reacciones como “síntomas” o hable en términos de “diagnósticos”, “patologías” o “trastornos” (4) No sea condescendiente cuando hable con los sobrevivientes o se enfoque en sus sentimientos de impotencia, debilidades, errores, o discapacidades. En cambio, señale las cosas efectivas que la persona haya hecho y que puedan haber contribuido al bienestar de otras personas (5) No presuma que todos los sobrevivientes quieren hablar o necesitan hablar con usted. Frecuentemente, estar físicamente presente en forma compasiva y calmada ayuda a las personas afectadas a sentirse más seguras y más capaces de manejar la situación.

Por su parte, Hernández & Gutiérrez López (2014) agregan: (1) Valorar áreas más afectadas: Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal y Cognitiva. Determinar el grado de afectación y desorganización en la vida de la persona (2) No confrontar, interpretar, dar consejos directos o debatir: no rechazar lo que la persona diga o intentar hacerla entrar en razón mediante explicaciones complejas, ni obligar a cambiar su estado emocional. No discuta las creencias irracionales de la persona afectada y evitar comentarios idealistas (3) Ayudar a la persona en el proceso de aceptación: que logre una mejor comprensión de la situación, aclarando y conociendo también sus sentimientos (4) Sea paciente y deje que la persona fije el ritmo: no apresure a la persona afectada, ni debemos insistirle con preguntas que no desea contestar. Primero establezca un vínculo de confianza, movilice sus recursos (5) Promueva el sentido de esperanza: aliente a la persona afectada a reflexionar sobre las esperanzas después de la situación

### 3.3 Intervención en Crisis:

Baloian et al. (2007, p.28) definen a intervención en crisis como una “estrategia de intervención que se caracteriza por ser temporal, breve e intensa y que se realiza cuando los recursos propios de la persona son ineficaces para afrontar determinadas situaciones”. Para Araya (2001) su objetivo principal consiste en poner en marcha acciones que puedan interrumpir la espiral descendente de una manera hábil y con la mayor rapidez posible, de tal manera que el damnificado pueda retornar a un nivel de afrontamiento lo más cercano posible al que tenía previamente a la crisis, restableciendo así a sus niveles anteriores de independencia.

Este tipo de intervención se caracteriza por **(a)** Se trabaja con objetivos bien definidos a corto plazo y con expectativas realistas. La intervención será dirigida a reducir síntomas y estabilizar la situación psicológica de la persona, a través de procedimientos simples y bien orientados **(b)** No necesariamente surge de una demanda por parte del afectado, sino que son los propios equipos psicosociales los que la ofrecen **(c)** No están predeterminados sus límites temporales y espaciales, puesto que se desarrolla de acuerdo a lo que las circunstancias requieran. El especialista tiene que tener presente que su intervención puede no finalizar en ese momento, ya que si el damnificado precisa de mayor atención, será derivado a terceros profesionales **(d)** El contacto físico es mucho más frecuente que en otros contextos terapéuticos. Por ello, hay que tener en mente varias características de los damnificados, como el origen cultural, el género del afectado y el tipo de experiencia vivida, para poder realizar una adecuada intervención psicosocial.

#### Objetivos de la intervención en crisis (OMS, 2002):

- Prevenir o mitigar el impacto del estrés postraumático
- Facilitar u orientar la asistencia profesional a mediano o largo plazo, si fuera necesario
- 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
- Restaurar las funciones psíquicas y readaptar a la persona a las nuevas condiciones, tan rápido como sea posible

Para Pérez Tejeda (2013) los principios básicos de toda intervención en crisis en materia de emergencias y desastres son:

- ✓ **Seguridad:** Asegurar la protección y el bienestar físico son parte también de intervenciones en crisis, como dar un vaso de agua, abrigo, etc.
- ✓ **Proximidad:** Toda atención psicosocial ha de realizarse en escenarios próximos a la emergencia o desastre, evitando así “patologizar” la situación trasladando a todo afectado a centros de salud mental.
- ✓ **Inmediatez:** La intervención ha de ser una asistencia temprana y contingente, de manera de aliviar la sintomatología y prevenir una futura cronicidad.
- ✓ **Normalizar:** Fundamental es no etiquetar o sobre diagnosticar a los sujetos accidentados como enfermos, pacientes o con reacciones anormales. Transmitir al afectado que está vivenciando reacciones normales ante situaciones anormales.
- ✓ **Activar:** El objetivo es activar los recursos propios de la persona para afrontar la situación y sus redes sociales y comunitarias, ayudando a que la persona recupere y restablezca su nivel anterior de funcionamiento.
- ✓ **Simplicidad:** Dar mensajes simples, breves y directivos cuando lo amerite.
- ✓ **Flexibilidad:** Si las circunstancias lo ameritan, adaptarse a las necesidades de la situación mas allá del plan o estrategia preestablecida.

El fundamento de estos principios se sustenta empíricamente en investigaciones de aceptada rigurosidad científica. La aplicación de los mismos disminuye la probabilidad de desarrollo de la sensación de culpabilidad, de la autodefinición de incompetente o necesitado, de la estigmatización, e incrementa la probabilidad de una recuperación rápida y efectiva. (Inbar, 2000)

### 3.4 Gestión de una Crisis

Aunque una separación por fases no deja de ser algo artificial, a nivel organizativo y didáctico es importante realizar esta división. Fernández Millán (2013) incluye en la gestión de una crisis 3 momentos claves:

#### 3.4.1 Antes:

El momento de prevención frente a catástrofes se refiere a todas las actividades de preparación, capacitación y entrenamiento (físico y emocional) tanto de la población ante posibles amenazas, como de los profesionales que asistirán al evento. La **Fase de Pre-advertencia** comprende los períodos entre catástrofes en los que no se concreta el riesgo

de amenaza inminente. Durante esta fase, la labor de los técnicos en emergencias debe ser de carácter educativo, favoreciendo la cultura preventiva.

**(a) Preparación de la Población:**

Según Cascales et al. (2004) los grupos de intervención psicológica en emergencias y catástrofes pueden realizar actividades desde distintas áreas de trabajo:

- Actividades de Prevención: Tareas encaminadas a inculcar actitudes prudentes para preparar a la sociedad y minimizar las pérdidas (humanas y materiales) y las secuelas de un desastre. Cohen (1999) recomienda contar con personas (líderes) que conozcan métodos de evacuación y el comportamiento adecuado para desplegar en las situaciones de emergencia. Esto puede servir para aumentar las probabilidades de supervivencia, tanto de este sujeto, como del grupo implicado. Galimberti (2011) aconseja la realización de actividades que enseñen los peligros reales, como así también a tomar medidas oportunas ante estos peligros, tales como **(1)** la puesta en marcha de cursos y programas de información a la población que permitan comprender los mecanismos de respuesta ante situaciones de riesgo o pérdida familiar (miedo, ansiedad, etc.) y a minimizarlas. Asimismo, proporcionar información que muestre cómo dar apoyo efectivo a los demás **(2)** la realización de simulacros en casos de emergencia **(3)** cursos sobre primeros auxilios, dirigidos no sólo a profesionales de la salud, sino a grupos de voluntarios, empresas, etc. **(4)** artículos de prensa, programas televisivos o campañas publicitarias sobre los peligros existentes (en su dimensión real) o sobre las medidas para minimizar sus consecuencias.
- “Movilización de la Comunidad”: acciones realizadas desde dentro o desde fuera de la comunidad para involucrar a sus miembros (bien sea grupos de personas, familias, parientes, personas de la misma edad, vecinos u otros colectivos que tienen intereses comunes) en todos los debates, las decisiones y las medidas que les afecten y que afecten su futuro. La participación comunitaria es de gran importancia ya que ésta tiene un papel de participación igualitaria en todas las decisiones y actividades importantes emprendidas, en colaboración con las diversas entidades gubernamentales y ONGs. (IASC, 2007)

**(b) Preparación de los Profesionales:**

- Realización de programas formativos y de atención a los grupos de intervención en desastres (médicos, personal de enfermería, policías, bomberos, etc.). La prevención a este nivel pasa por una adecuada selección y por su formación (Duch, Fortuño & Lacambra, 1997), la cual debe caracterizarse por ser práctica, concreta y continua.
- Diseño de planes de emergencia y protocolos de actuación que incluyan la atención psicosocial
- Desarrollo de programas de investigación psicosocial del comportamiento humano en desastres, necesidades colectivas e individuales de atención psicosocial, efectos a corto, medio y largo plazo, técnicas y estrategias terapéuticas adecuadas. Aunque cada suceso

es diferente, estas investigaciones han permitido establecer un conjunto de características que se repiten en la mayoría de situaciones de desastre y que pueden ayudar a comprender el tipo de realidad con la que se va a encontrar el profesional.

La fase de pre-advertencia acaba en el momento que se tiene información, por lo general válida y confiable, sobre la probabilidad de la ocurrencia del evento, pasando a la **Fase de Advertencia** (o Período Pre-Crítico). Esta etapa es fundamental para la concientización y preparación concreta de la población, en la cual nuestro trabajo irá enfocado a dar a conocer las medidas de autoprotección más adecuadas para el tipo de emergencia que se aproxima (Inbar, 2000). Las acciones recomendadas por la OPS (2006) son: **(1)** Información actualizada y precisa a la población **(2)** Evaluar el grado de preparación y organización **(3)** Identificar amenazas y vulnerabilidades **(4)** Identificar grupos de riesgo psicosocial **(5)** Localizar personal competente **(6)** Controlar focos de desorganización social **(7)** Estimular el espíritu solidario y favorecer la participación.

### 3.4.2 Durante:

La **Fase de Impacto** es la etapa en la cual se produce el evento. Es el momento de aplicar todos los programas practicados durante años. Las fuerzas de seguridad, de asistencia, de apoyo, educativas y comunitarias, implementan e instrumentan sus conocimientos, capacidades, planes, etc. (Inbar, 2000). Primeramente, se deben identificar a los afectados que se encuentren en mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales, proceso que se conoce como "Screening" o Triage Psicológico, luego se procederá a la aplicación de los Primeros Auxilios Psicológicos. Éstos incluyen todas las intervenciones focalizadas que apuntan a disminuir y paliar el impacto que la crisis conlleva: contener emocionalmente, informar y orientar, organizar y realizar un diagnóstico situacional.

#### **(a) El Triage Psicológico**

Al llegar al evento, los psicólogos se encuentran un gran número de personas afectadas, motivo por el cual se requiere de un instrumento que permita valorar, detectar y clasificar a estas personas en función de la prioridad en la que requieren ser atendidos, ya que no todas las personas presentan una misma vulnerabilidad a la situación, y este instrumento es el "Triage Psicológico"

Ruiz Muñoz (2015, p.1) plantea que "el psicólogo de emergencias, con sus conocimientos, capacidades y habilidades, es el responsable de valorar quienes son más vulnerable emocionalmente, quienes requieren una intervención inmediata, quienes pueden demorarse y quienes no requieren asistencia psicológica y solamente necesitan el apoyo familiar". Esta

rápida clasificación de los afectados resulta útil, no sólo para saber quienes son los que requieren más inmediatez en la asistencia, sino también para poder realizar una estimación de los recursos humanos, materiales, económicos y sociales que se necesitarán. Los psicólogos que realizan el triage solo buscan tener una visión general de cada víctima, no realizan grandes intervenciones, ya que durante el proceso no vamos a tener en cuenta muchos datos personales, familiares, sociales, de patología o situaciones previas. El triage se basa tan solo en maniobras sencillas y rápidas, es el primer eslabón de la cadena de la asistencia psicológica en emergencias (Álvarez Leiva, 2002). La importancia del entrenamiento está en que el profesional deberá ayudar al mayor número de personas, haciendo el mejor uso de los recursos disponibles y en el menor tiempo posible.

Si bien existen diferentes instrumentos que se utilizan al respecto, el más frecuente consiste en el uso de una tarjeta de Triage Psicológica que posibilita hacer una valoración rápida sobre la necesidad de atención, identificando el resultado de la evaluación con una etiqueta o pulsera (color rojo, amarillo o verde) que se coloca al asistido, permitiendo de esa manera que todos los profesionales que intervengan sepan a quién dar prioridad en la atención (Ruiz Muñoz, 2015). También es utilizado el Disaster-Related Psychological Screening Test (DRPST), que cuenta con validación empírica en ciertas poblaciones.

Las víctimas se clasifican en :

**Prioridad 1:** Son todas esas víctimas que por su estado emocional y/o su vulnerabilidad pueden beneficiarse inmediatamente de la asistencia psicológica. Estas situaciones son: Víctimas en shock emocional, estado disociativo, estupor reactivo, con crisis de pánico, angustia o crisis de ansiedad, con comportamientos auto agresivos/heteroagresivos o explosión emocional sin autocontrol. Víctimas con una patología de base psiquiátrica.

**Prioridad 2:** Son aquellas víctimas que también se benefician de nuestra asistencia psicológica pero en las que existe más autocontrol, o tienen una visión más realista de la situación, y no supone un riesgo ni para ella ni para los demás. Víctimas con familiares heridos o fallecidos. Víctimas que comienzan a expresar emociones y a conectar tras haber estado disociado en shock, pero que aún no han hecho una descarga emocional. Víctimas con ira/ culpa. Víctimas que se encuentran en duelo reciente. Víctimas con ansiedad y somatizaciones.

**Prioridad 3:** Aquellas personas que están afrontando la situación de forma saludable, sin suponer un riesgo ni para ella ni para los demás, con una adecuada canalización de emociones. Los P3 serán los últimos en ser atendidos ya que muchos de ellos no precisará de nuestra intervención.

### **(b) Primeros Auxilios Psicológicos**

Los Primeros Auxilios Psicológicos/Emocionales (PAP/PAE), también llamados “Ayuda Psicológica Básica”, constituyen la primera atención que recibirán los afectados, por eso se las enmarca dentro de las intervenciones de primera respuesta. Son una intervención útil en los primeros momentos posteriores al desastre, aunque pueden ser utilizados durante toda la respuesta ante un desastre si es necesario. De lo que se trata es de “dar una respuesta humana para reconfortar a otro ser humano que sufre y puede necesitar apoyo” (Proyecto Esfera, 2011). El objetivo primordial de dichas intervenciones será proteger a las personas de sufrir daños mayores evitando la revictimización, reduciendo las complicaciones, buscando la recuperación, promoviendo el funcionamiento adaptativo y las habilidades de afrontamiento para lidiar con lo sucedido. (Slaikeu, 1996)

Según la Organización Panamericana de la Salud (2002), Organización Mundial de la Salud (2012), Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (2012) los objetivos de las intervenciones de primera respuesta son:

- Establecer una conexión humana compasiva y no intrusiva
- Minimizar la exposición al agente potencialmente traumático, detener el proceso agudo de descompensación psicológica, aliviando las manifestaciones sintomáticas y el sufrimiento
- Calmar y orientar a los sobrevivientes que se encuentren abrumados o agobiados emocionalmente, reduciendo los sentimientos de anormalidad o enfermedad
- Evitar complicaciones adicionales, reducir la morbilidad secundaria, disminuir la exposición a estresores secundarios (por ejemplo reducir la exposición a imágenes en la TV).
- Apoyar el manejo adaptativo de la situación, reconocer los esfuerzos y fortalezas para afrontar la adversidad. Favorecer la expresión de emociones y la elaboración del duelo.
- Facilitar el proceso de recuperación natural, empoderar a los sobrevivientes y animarlos a tomar un rol activo en su propia recuperación. Readaptar a la persona a las nuevas condiciones tan rápido como sea posible.
- Asistir en la resolución de la sintomatología aguda, restaurar las funciones psíquicas y prevenir y mitigar el impacto del estrés postraumático
- Facilitar u orientar la asistencia profesional a mediano o largo plazo si fuera necesario

Para el logro de dichos objetivos básicos de la provisión de los PAP se procederá al **(1)** Establecimiento de contacto y presentación de manera empática y no intrusiva **(2)** Brindar alivio, protección y contención, cubriendo las necesidades básicas y proveyendo alivio físico y emocional **(3)** Recogida de información, identificando las necesidades inmediatas y preocupaciones **(4)** Brindar asistencia práctica para paliar las necesidades **(5)** Establecer conexión con las redes de apoyo comunitarias **(6)** Provisión de pautas de afrontamiento **(7)**

Conexión con servicios externos. Si se evalúa la necesidad, se debe dejar establecido el enlace con las redes de ayuda disponibles a mediano y largo plazo.

Para cumplir con los principios enunciados, la Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil y el Centro Nacional de Trastorno de Estrés Postraumático (2006) recomiendan la implementación de las siguientes estrategias:

- **Para promover seguridad física y emocional** se ofrecerá, dentro de lo posible, la opción de permanecer en un lugar apartado del escenario. Se implementarán técnicas tendientes a estabilizar a las personas en shock, se brindará la información con la que se cuenta sin hacer falsas promesas ni restar importancia a lo ocurrido. También se atenderán las necesidades básicas en cuanto comida, bebida, ayuda médica, etc.
- **Para promover la calma** se procurará cuidar el confort físico y emocional de las personas afectadas. Se realizarán todas las comunicaciones que fueran necesarias en forma pausada, usando palabras adecuadas (lenguaje cognitivo), dando la información de manera clara y sencilla, reiterándolas tantas veces como sea necesario. Se escuchará a las personas que deseen hablar sin forzarlas a hacerlo, mostrando auténtica empatía.
- **Para ayudar a las personas a establecer conexión con su red de apoyo** se harán los esfuerzos necesarios para reunir a los integrantes de las familias, mantener a los niños, siempre que sea posible, junto a sus padres, respetar las normas culturales, ofrecer ayuda religiosa (teniendo en cuenta todas las religiones implicadas) y ayudar a contactar con fuentes comunitarias de ayuda.
- **Para promover la Autoeficacia** se animará a las personas a identificar sus necesidades, se colaborará ayudándolos a establecer las prioridades pero sin resolver los problemas por ellos, intentando promover la recuperación del control de sus vidas.
- **El Afrontamiento** se facilitará implementando pautas psicoeducativas, conectando a las personas con sus recursos personales, informando sobre reacciones básicas de estrés, normalizando las sensaciones y sentimientos que son propios por el suceso vivido, enseñando técnicas de relajación, pautas de higiene, etc.
- **Para promover una ayuda eficaz** se brindarán datos sobre todos los recursos disponibles de atención (oficiales y extra-oficiales) y se hará formalmente la derivación a un servicio asistencial en caso de evaluar su necesidad.

Los que prestan los PAP requieren desarrollar ciertas actitudes que les permitan establecer lazos psicológicos con las personas en crisis, ganar su confianza y demostrar su disposición para ayudarlas. Fernández Mariño (2014) establece algunas consideraciones respecto del comportamiento profesional: **(1)** Debe operar solamente dentro del marco de un sistema autorizado de respuesta a desastres **(2)** Modelar con su ejemplo respuestas saludables; mantenerse calmado, cortés, organizado y servicial **(3)** Mantenerse visible y disponible **(4)**

Mantener la confidencialidad apropiadamente **(5)** Estar informado y ser sensitivo con respecto a asuntos de cultura y diversidad **(6)** Prestar atención a sus propias emociones y reacciones físicas y tomar tiempo para cuidarse a sí mismo.

Los desastres pueden desorientar, confundir y angustiar, situación que pone a los sobrevivientes en riesgo de perder su capacidad para manejar los problemas que enfrentan. El sentir que uno puede manejar el estrés relacionado con el desastre y la adversidad es beneficioso para la recuperación, reduce la angustia y promueve el funcionamiento adaptativo. Varios tipos de información pueden ayudar a los sobrevivientes a manejar sus reacciones de estrés y a tratar más efectivamente los problemas. Según los expertos (Hernández & Gutiérrez López, 2014; Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil & Centro Nacional de Trastorno de Estrés Postraumático, 2006), se incluye:

- **Información básica sobre las reacciones de estrés:** Si es apropiado, debemos explicar brevemente las reacciones comunes de estrés por las que pasan los sobrevivientes para evitar que éstas sean vistas como alarmantes o interpretadas de forma negativa. Es también importante evitar dar garantía general de que las reacciones de estrés van a desaparecer. Estas declaraciones tan amplias pueden suscitar expectativas poco realistas sobre el tiempo que toma recuperarse.
- **Información básica sobre formas de manejar la adversidad:** a través de acciones de afrontamiento adaptativo que ayuden a reducir la ansiedad y las reacciones angustiantes, tales como programar actividades positivas y placenteras que sirvan para distracción, tratar de mantener un horario normal, pasar tiempo con otros, decirse a sí mismo que es natural el estar angustiado por un algún tiempo, etc.
- **Enseñar técnicas de relajación sencillas:** los ejercicios de respiración ayudan a reducir la sensación exagerada de estado de alerta o tensión física y, si se practican con regularidad, pueden mejorar el sueño, el apetito y el funcionamiento de la persona. Los ejercicios simples de respiración se pueden enseñar rápidamente. Es mejor enseñar estas técnicas cuando el sobreviviente está calmado y puede prestar atención.
- **Información sobre el manejo de adversidades para familias:** a medida que sea posible, debemos estimular a los padres o cuidadores a mantener las rutinas familiares, tales como las horas de comer, dormir, levantarse y jugar, y a dejar tiempo para que la familia realice actividades que todos disfruten y en las que todos puedan participar. Debemos también animar a los miembros de la familia a ser comprensivos, pacientes y tolerantes ante las diferencias en sus reacciones y a hablar acerca de las cosas que les molestan, para que los otros sepan cuándo y cómo apoyarlos.
- **Asistir con el manejo del coraje:** situaciones estresantes post desastre pueden hacer que los sobrevivientes se sientan irritables y aumente la dificultad para manejar el coraje. Para tratar esto podemos normalizar la experiencia del coraje analizando cómo éste puede

aumentar los conflictos interpersonales, afectar la vida, alejar a otros, o potencialmente llevar a la violencia.

- **Aborde emociones demasiado negativas (culpabilidad y vergüenza):** tras un desastre, los sobrevivientes pueden pensar acerca de qué causó el evento, cómo reaccionaron y qué les depara el futuro. El atribuir culpa excesiva a sí mismos o a otros puede aumentar su angustia. Debemos ofrecerles formas alternativas de ver la situación, ayudar a clarificar malos entendidos y distorsiones que agravan el sentimiento de culpabilidad sin fundamento

### 3.4.3 Después:

El tercer momento, finalizada la intervención durante la crisis, denominada **Fase Pos-Impacto**, estriba en la implementación de todos los procedimientos que apunten a la reinserción de los individuos a sus tareas habituales y el seguimiento de casos específicos de riesgo que se hubieran detectado en la etapa anterior. Las distintas instituciones (comunitarias, educativas, sanitarias, de seguridad, etc.) implementarán programas de rehabilitación, recuperación, afrontamiento, educación y terapéuticos; pero también planes preventivos para evitar la posible ocurrencia de otro evento, pues existe conciencia, legitimidad, sensibilidad, motivación y predisposición por parte de los que toman las decisiones, de los dirigentes comunitarios, de los padres, etc. (Inbar, 2000)

En los días posteriores al desastres, las víctimas pueden beneficiarse de una **Intervención Psicológica Temprana**, a fin de detectar a aquellos en mayor riesgo para ser derivadas a los dispositivos asistenciales, evitando la aparición o agravamiento de trastornos. La recomendación de Echeburúa & Corral (2006) respecto a este tipo de intervención es la de prestar atención a los siguientes aspectos: **(a)** Evaluación inicial del daño psicológico, de las variables facilitadoras del trauma (factores predisponentes, precipitantes y mantenedores), del grado de resistencia al estrés, de las estrategias de afrontamiento y, en definitiva, del grado de vulnerabilidad ante el suceso potencialmente traumático **(b)** Derivación a aquellos damnificados que muestren una mayor vulnerabilidad a padecer una cronificación de los síntomas del TEPT, o de otros cuadros clínicos, a programas terapéuticos más especializados. De este modo, se puede prevenir, al menos en muchos casos, la aparición o cronificación de trastornos psicológicos.

Cohen (1999, p.28) resalta que un objetivo importante de la intervención de salud mental en desastres es “el uso adecuado de técnicas que restauren la capacidad de los damnificados para resolver las situaciones estresantes en que se encuentran, y les ayuden a reordenar y organizar su mundo mediante la interacción social”. Para lograr la mayor efectividad posible existen pautas protocolarizadas que detallan secuencias de cada actuación, aplicación de técnicas específicas para el abordaje de los afectados, así como de descarga emocional

destinadas a todos los intervinientes en el suceso. Siempre hay que considerar que una intervención improvisada puede provocar tanto o más daño que la problemática en sí misma (MSAL, 2013). Los protocolos son procedimientos consensuados que ante las situaciones de urgencia simplifican el accionar, facilitando la intervención, la toma de decisiones y protegen al equipo, no sólo en lo referido a los aspectos físicos y emocionales sino también las cuestiones legales. El marco legal deberá estar contemplado en cada actuación, ya que en ciertas ocasiones una buena intención podría contraponerse con lo legalmente estipulado, por ej. en lo referido a los procedimientos efectuados con menores de edad. (Cascales et al., 2004)

Para el **Período Poscrisis**, la OPS (2006) recomienda: **(1)** Establecimiento del plan de acción en salud mental con equipos móviles de atención especializada **(2)** Coordinación interinstitucional y creación de redes de trabajo **(3)** Organización de la propia comunidad, reforzando su auto responsabilidad, transmitiendo confianza en la recuperación **(4)** Controlar los actos violentos y la desorganización social **(5)** Educación para la salud y capacitación **(6)** Atención psicosocial a los albergues, a grupos especiales y vulnerables **(7)** Atención a casos con trastornos psíquicos e Intervención en crisis. Mientras que para el **Período de Recuperación** (posterior al primer mes), la recomendación es: **(1)** Tomar medidas económicas y sociales en diferentes escalas para asegurar una definitiva y total recuperación **(2)** Desarrollo de proyectos ocupacionales y productivos **(3)** Mantener un adecuado nivel de información a la población, educación para la salud y capacitación **(4)** Atención a casos con trastornos psíquicos **(5)** Propuestas e instrumentación de las estrategias de sostenibilidad y continuidad de los proyectos de emergencia.

Una “Intervención Psicológica adecuada” posee una influencia positiva sobre las reacciones psíquicas de las personas afectadas, favorece la resolución de secuelas, repercute en el profesional interviniente permitiéndole tener noción del control de la situación y de sus propias reacciones (Losada Fernández, 2006). Algunos tipos de intervenciones son:

**1. DEBRIEFING:** es una técnica creada por Mitchell en 1983 como parte de su Teoría general sobre Intervención en Crisis y desastres naturales. Consiste en una breve intervención inmediata que se ofrece a las personas que han estado expuestas a un acontecimiento potencialmente traumático (Everly & Mitchell, 1999). El debriefing es una discusión estructurada con un grupo de personas que han sufrido el mismo suceso. Su característica principal es facilitar la ventilación de las emociones de las víctimas y analizar sus pensamientos, sentimientos y conductas con un profesional formado. Su objetivo es ayudar a las personas a construir un relato de experiencias traumáticas para ayudar a prevenir que las intensas emociones y experiencias se arraiguen en forma de síntomas incapacitantes. Permite a las personas compartir poderosamente sentimientos cargados de ira, desamparo o miedo, de una manera que ayuda a difundirlos. En grupo se aprenden que estas reacciones son

experimentadas también por otros y son "normales", lo cual permite ver el carácter no patológico de las reacciones. (Pérez Tejeda, 2013)

En la actualidad, es quizás la técnica más popular para ser aplicada a las personas afectadas en situaciones de emergencias y desastres. Sin embargo, y aunque suele ser bien acogida por las víctimas, es foco de debate en la comunidad clínica. Los resultados empíricos obtenidos hasta la fecha en cuanto a su eficacia para prevenir el posterior desarrollo de secuelas psicológicas en los supervivientes de un incidente crítico son poco alentadores. (Bisson, McFarlane & Rose, 2003; McNally, 2007)

**2. DEFUSING:** desactivar es un procedimiento breve e informal que se aplica principalmente con los trabajadores socorristas y operadores sociales, de manera de proporcionar información y apoyo, favoreciendo la ventilación emocional y generar una pausa. Lo que se busca es ayudar a lidiar con los sentimientos y reacciones provocados por un incidente o evento específico inesperado en el curso del trabajo de auxilio (un accidente, un descubrimiento espantoso de un cuerpo desfigurado, un conflicto entre trabajadores o con una víctima). La desactivación proporciona una oportunidad para que los afectados por el incidente se enfoquen en definir el problema y desarrollar estrategias de resolución de problemas que preserven la productividad de la unidad de trabajo. (Echeburúa, 2007)

Se aplica particularmente al final de cada día de trabajo, y se divide en etapas donde se exploran los sentimientos, pensamientos y reacciones de los individuos involucrados, así como también sus estrategias de afrontamiento utilizadas. En algunos casos, un breve descanso, diversión o un ejercicio de relajación dirigido (respiración, visualización) puede ser suficiente para permitir a la persona recuperar su propio sentido de competencia y dirección. El regreso de un socorrista al trabajo después de una interrupción breve es el resultado esperado de la intervención.

**3. DESMOVILIZACIÓN:** técnica utilizada especialmente con los equipos de primera respuesta y operadores sociales, con el objetivo de favorecer la ventilación emocional, la cohesión del equipo de trabajo y normalizar las reacciones. Se aplica particularmente al final de toda intervención o trabajo de terreno de los equipos de primera respuesta, con el fin de dar un cierre al trabajo emocional y de contención de los equipos. (Corral & Gómez, 2009)

**4. INDAGACIÓN PSICOLÓGICA:** esta Intervención psicoterapéutica desarrollada por Inbar (2000) puede ser utilizada como intervención inmediata con los sobrevivientes del evento y con los miembros de los equipos de rescate y asistencia. Puede aplicarse en distintas ocasiones: de manera inmediata al evento; luego de dos o tres meses para tratar de identificar ciertos pensamientos, actitudes o reacciones disfuncionales que no aparecieron en la primera

intervención; y luego de un año son utilizadas como seguimiento o evaluación de tratamientos aplicados para tratar de descubrir la permanencia de sintomatología, especialmente de desórdenes de estrés postraumático. Los objetivos de ésta intervención en crisis son los siguientes: **(1)** permitir la expresión de vivencias y emociones experimentadas durante el evento **(2)** disminuir el estrés proveniente de amenazas psicológicas, expectativas, distorsiones cognitivas **(3)** activar recursos internos (capacidad de afrontamiento) y externos al individuo o al grupo (búsqueda y reclutamiento de apoyo, solidaridad y cohesión) **(4)** la preparación para ciertas experiencias, como ser el surgimiento de síntomas y reacciones posibles, y la identificación de posibilidades de asistencia psicológica, si fuera necesario. Los afectados son estimulados a regresar a sus actividades anteriores, a la rutina cotidiana, y a fomentar el desarrollo de un constructo psicológico que especialistas en desastres masivos denominan "expectativa esperanzada" (hopefulness). La intención es prevenir el surgimiento de síntomas psicológicos a largo alcance y permitir a los sobrevivientes, a los rescatadores y equipos asistenciales lograr una coherencia cognitiva y emocional de la vivencia. Esta técnica consta de tres fases diferenciadas:

- 1. Fase de la ventilación psicológica de los afectados y equipo de rescate:** expresión de emociones y evaluación del potencial de estrés y ansiedad
- 2. Fase centralizada en los síntomas** (producto de la experiencia vivida durante el evento). Brinda la oportunidad de obtener apoyo y descubrir la normatividad de las emociones, sentimiento y ciertas conductas, evitando la autorrotulación de "anomalía"
- 3. Fase de activación de los recursos de afrontamiento:** Se trata de identificar y promover el potencial cognitivo, emocional, conductual y social del individuo. Paralelamente, se estimula la concentración de esfuerzos en la preparación de un programa futuro de adaptación activa y de adopción de recursos de afrontamiento efectivo.

El modelo descrito aquí, a diferencia de aquellos en donde sólo se fomenta la ventilación emocional, consta de una 3ª fase donde se enfatiza el desarrollo de características de "personalidad" que están correlacionadas con la capacidad de los individuos de afrontar eventos existenciales estresantes, tales como: las sensaciones de autocontrol, participación, compromiso, involucración y desafío psicológico, sumada la creencia de que a pesar de la tragedia podemos seguir, de una manera distinta, creciendo y creando.

## **Cap. 4: EL PSICOLOGO EMERGENCISTA Y EL CUIDADO DEL EQUIPO DE PRIMERA RESPUESTA**

### **4.1 El equipo de Salud Mental:**

Nos parece importante pensar las intervenciones a la luz de la Ley de Salud Mental, tal como se menciona en el artículo 9, “el proceso de atención debe realizarse (...) en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial” (Ley 26.657). Es por ello que el equipo de intervención psicosocial debe constituirse de manera multidisciplinaria, capaz de responder a diversas necesidades que pudieran surgir antes, durante o después de situaciones de emergencia, desastre y catástrofe. La recomendación de los expertos (Baloian et al, 2007; Benyakar 2000; Cohen, 1999; Valero 2002) es que estén conformados por psicólogos y psiquiatras, con amplia experiencia en todo tipo de patologías, incluyendo las patologías graves, para poder diferenciar entre las reacciones adaptativas normales y las reacciones patológicas que requieren ser tratadas por los profesionales adecuados. También son importantes enfermeras con experiencia en el área de la salud mental, trabajadores sociales, voluntarios, personal sanitario y otros integrantes que pudieran ser necesarios, tales como representantes religiosos, líderes barriales, traductores, entre otros.

Una de las principales funciones del personal de salud (especializado y no especializado) es propiciar espacios de apoyo mutuo, que actúen como facilitadores de procesos grupales donde se comparten experiencias y promueven la autoayuda; también identificar recursos personales y colectivos que facilitan la adaptación eficaz, así como disminuir la dependencia externa. El apoyo emocional debe integrarse a las actividades cotidianas de los grupos organizados en las comunidades. Debe ser oportuno y efectivo a fin de mitigar la crisis y la post-crisis, fomentando la autonomía y la independencia. (OPS/OMS, 2002)

Baloian et al. (2007) consideran que para la conformación de los equipos, es necesario contar con personas que tengan un gran nivel de motivación personal en su accionar, ya que deben estar dispuestos para trabajar en contextos de alto impacto emocional. Ser parte del equipo conlleva un compromiso social por la labor que se realiza, tanto en el manejo de la información, en las acciones que se llevan a cabo, en el trato ético que se les debe dar a las personas afectadas y la preocupación que se tenga por el seguimiento y los resultados a largo plazo de las acciones de rehabilitación.

En los últimos años se ha desarrollado un número creciente de modalidades de intervención en salud para atender las consecuencias de los desastres. La OMS/OPS (2002) distingue los **procedimientos grupales** orientados a la recuperación psicológica y social de la población. Las razones fundamentales para trabajar con grupos en situaciones de desastre son: **(1)** la cantidad de personas afectadas y necesitadas de ayuda psicosocial, como consecuencia de los desastres, hace imposible la atención individual, **(2)** la mayoría de ellas no necesita una atención individual y profesional y **(3)** las técnicas de intervención grupal han demostrado ser útiles para la mitigación de los efectos psicológicos de los desastres y para la preparación de las personas en su recuperación. Mediante el trabajo de grupo se alivian los efectos psicológicos negativos del desastre, se aumentan las capacidades de las personas para afrontar o resolver las más variadas situaciones en la etapa posterior al desastre y se preparan para su reintegración a la vida cotidiana.

#### 4.2 Perfil del psicólogo integrante del Equipo Psicosocial

El trabajo del psicólogo en las situaciones de emergencia/catástrofe se han ido diversificando y complicando, abarcando en la actualidad desde la fase de pre-advertencia hasta la de post-impacto. Ello significa que no basta con ser psicólogo para estar apto para trabajar en situaciones de emergencias y desastres. Tampoco debemos hacernos la falsa idea de que se contará con ambientes estructurados para las entrevistas, o con toda la colaboración en el requerimiento de materiales solicitados, o que todos los damnificados, familiares o socorristas acepten nuestra ayuda. (Valero, 2002)

Tal como ocurre en otros ámbitos de la psicología, también la emergencia posee especificidades que deben ser exploradas y delimitadas a efectos de favorecer un eficiente desarrollo de las tareas, respetando las singularidades de la intervención, y poniendo especial énfasis en el autocuidado de la salud del propio profesional. De este modo, con el propósito de determinar las capacidades, habilidades y competencias que deben desarrollarse en el proceso de preparación del psicólogo para desempeñarse en emergencias y desastres, encontramos a Acevedo & Martínez (2007) quienes sostienen que se necesita: **(a)** preparación psicológica y emocional y **(b)** excelencia en la gestión de tiempos y recursos **(c)** protocolos de primer apoyo psicológico. En tanto García et al. (2007) agregan: **(a)** aptitudes sociales, **(b)** técnicas de comunicación, **(c)** conocimientos sobre comportamientos colectivos y **(d)** conocimientos técnicos de intervención en emergencias. Mientras que Arrigada et al. (2016) suman como importante tener conocimientos mínimos de trabajo con grupos como herramienta necesaria para ejercer adecuadamente su labor y liderazgo, la capacidad de disociación, así como también es necesario un profundo conocimiento de sus propias limitaciones.

Para Martínez Gómez (2004) resulta obligatoria la incorporación de conocimiento relacionado con conceptos como resiliencia, inteligencia emocional y factores protectores, aspectos todos valorados como escudos protectores y favorecedores de una conducta adecuada en desastres. Valero (2002) destaca la importancia de desarrollar conocimientos referenciales a la organización de organismos nacionales, internacionales y no gubernamentales ligados a la atención de la población y las personas víctimas de situaciones de emergencias y desastres, como son la Defensa Civil, la Cruz Roja, el Cuerpo de Bomberos, etc. Es también recomendable que se esté entrenado en la organización de simulacros, así como también en técnicas de transporte de heridos, triage, prevención de incendios, y reanimación cardiopulmonar.

#### Habilidades requeridas según Baloian et al. (2007)

- Aptitudes para la comunicación
- Resistencia a la fatiga física y psicológica
- Capacidad para tomar decisiones bajo presión
- Percepción realista de sus capacidades y limitaciones
- Escuchar con empatía sin caer en actitudes paternalistas
- Disciplina, ética y responsabilidad en el trato hacia la persona
- Capacidad de Evaluación y Planificación de la situación general e inmediata
- Capacidad para reconocer su afectación personal y pedir la ayuda necesaria
- Agudeza en la observación y determinación de signos de riesgo o trastornos
- Capacidad de trabajo en equipo y aptitud para colaborar con otros profesionales
- Adaptación y flexibilidad para trabajar en situaciones de presión y estrés elevado
- Tolerancia a la frustración, buen manejo de la ansiedad y sentimientos de inutilidad
- Capacidad para trabajar enfocado en la resolución del problema y con contactos limitados en el tiempo

Entre los requisitos aptitudinales, de personalidad y habilidades que el profesional debe poseer, Vera (citado en Galimberti, 2011) agrega la importancia del equilibrio emocional y capacidad de autocontrol. En cuanto a las características laborales es necesario disponibilidad total de su parte y cumplimiento ante los servicios de guardias. Losada Fernández (2006) propone agregar como características importantes en la personalidad del psicólogo interviniente en situaciones de catástrofes y emergencias, la sociabilidad, el temple, la capacidad de comprensión, autenticidad, consideración positiva hacia el sobreviviente, escucha activa, seguridad en sí mismo y capacidad de asumir errores.

Respecto a las tareas centrales que el psicólogo emergencista deberá realizar, se destacan (Baloian et al. 2007): **(1)** Evaluación preventiva de grupos de riesgo **(2)** Detección de necesidades de actuación **(3)** Planificación e implementación de intervenciones en el ámbito de la Salud Mental **(4)** Asesoramiento a operadores de emergencias **(5)** Participación en actividades de cuidado del equipo y autocuidado

### 4.3 Escenarios de intervención

Muchas personas que están afrontando las consecuencias de un incidente crítico no se ven ellas mismas con necesidad de atención en salud mental y es poco probable que la soliciten. Esto es porque muchas veces los términos como “psicoterapia” o “consejería psicológica” son culturalmente rechazados, ya que puede circular la idea de que “si me envían al profesional de la salud mental es porque creen que estoy loco” (Posada Villa, 2010). Para Benyakar (2002) esta incapacidad del damnificado de solicitar asistencia es una de las principales características de las situaciones de desastre. Es por eso que la tradicional intervención “**por demanda**”, donde el profesional entiende que se asiste sólo a personas que así lo soliciten, no resultan tan eficaces como las intervenciones que él denomina “**por presencia**”. En estas últimas, el profesional de salud mental trata de estar en contacto directo con los afectados para evitar el desarrollo de trastornos psíquicos por falta de posibilidad o capacidad de afrontar el evento disruptivo en forma adecuada. En este tipo de intervenciones el profesional desarrolla una función mediatizadora para que el damnificado pueda articular en su psiquismo lo sucedido, utilizando sus capacidades psíquicas idiosincráticas.

Los profesionales de salud mental en emergencias y desastres deben buscar a los sobrevivientes y no esperar que los sobrevivientes lleguen a ellos. Esto significa estar visibles en el sitio afectado por el desastre, muchas veces llamando puerta a puerta (Posada Villa, 2010). La ayuda psicológica puede ofrecerse en cualquier lugar donde los afectados estén lo suficientemente seguros para poder hablar. Lo ideal es proporcionarla en un lugar tranquilo, íntimo, donde exista cierta privacidad y se minimicen al máximo las distracciones externas (Valero, 2002). Es útil asistir a los sitios donde se están distribuyendo las ayudas comunitarias para poder entrar en contacto con la población local y dar información sobre salud mental.

Algunos escenarios de intervención son: **(1) Zona de impacto:** donde ocurrió el evento. El lugar físico afectado por el incidente **(2) Puestos de ayuda:** policía, defensa civil, Cruz Roja, iglesias, escuelas, centros comunitarios **(3) Zona de recepción:** donde se recibe a los familiares. En aquellos casos en los que a la zona afectada lleguen familiares de los afectados procedentes de otros lugares (ciudades, países) más o menos lejanos **(4) Realojamiento:** alojamientos (albergues, hospitales) en los que se cobija a los afectados y sus familiares **(5) Medios de transporte de los afectados** que son trasladados a zonas más seguras o libres de

estímulos aversivos (evacuaciones) **(6) Lugares de origen y destino de afectados (7) Funerales de víctimas masivas (8) Zonas de tramitación:** Lugares donde se realiza la identificación de cadáveres u objetos personales, donde las personas deben enfrentarse a trámites y situaciones de gran impacto emocional **(9) Tanatorios**

#### 4.4 Atención a miembros de los equipos de primera respuesta:

Los trabajadores abocados a atender situaciones críticas de emergencias y desastres, sea como equipos de primera respuesta -bomberos, policías, defensa civil, servicios de salud-, como así también los propios médicos y psicólogos, resultan expuestos a vivencias de excesivo sufrimiento humano, muertes traumáticas, amenazas para su propia integridad física o incluso la pérdida de compañeros de equipo (Arraigada et al., 2016). Además, el contacto con la miseria, el horror y los peligros a que están sometidos otros seres humanos es emocionalmente desgastante y puede acabar afectando la salud mental y el equilibrio de los trabajadores en tareas de asistencia, que pueden ver sobrepasada su capacidad de manejo o afrontamiento (IASC, 2007). Sus necesidades son a menudo ignoradas o consideradas “menos importantes” ya que su formación y voluntad de trabajar hacen que parezca que tienen más recursos emocionales que las víctimas directas del desastre. Los socorristas suelen desarrollar una cultura de "distanciamiento defensivo", no buscan ayuda y pueden resistirse a ser sujetos de intervención, incluso, en el accionar suelen sentirse presionados a seguir actuando aún cuando la situación exceda sus posibilidades reales. (Ehrenreich & McQuaide, 2001)

Según el concepto de "vulnerabilidad universal" desarrollado por Jeffrey Mitchell (citado en Posadas Villa, 2010) no existe ningún tipo de entrenamiento o preparación previa que pueda eliminar completamente la posibilidad de que una persona que trabaja con víctimas primarias, sea afectada por el trastorno por estrés post-traumático, lo que se ha dado en llamar “Síndrome de la Compasión”, “Desgaste por Empatía”, “Trastornos por Estrés Postraumático Secundario” o “Trauma por Exposición Vicaria”. Las personas que realizan este tipo de trabajo, ya sea por largo tiempo o por una sola experiencia, se vuelven vulnerables por las situaciones vividas.

##### 4.4.1 Reacciones de los equipos de salvataje

Los trabajadores de rescate y socorristas rara vez se preparan con antelación para sus propias reacciones o para hacer frente a las reacciones de las víctimas primarias. Esto puede llevarlos a manifestar reacciones inadaptadas, que sin ser francamente patológicas, suelen comprometer la eficacia de su trabajo e influir negativamente sobre los damnificados (Benyakar (2016). Puede aparecer:

- (1) Shock Emocional Inicial:** Acaece durante el periodo que Crocq y colaboradores (citado en Benyakar, 2016) llaman "Periodo sensible inicial". Se manifiesta por un breve periodo de inhibición motriz, olvido momentáneo de los actos que deben efectuar, repetición mecánica de gestos inútiles, tendencias a aglutinarse con los otros trabajadores e imitarlos, en lugar de cumplir su tarea específica. En general esta reacción es muy breve (algunos minutos) y pasa rápidamente, pudiendo volver a cumplir sus tareas.
- (2) Shock Emocional Prolongado:** Se traduce por un grado relativo de inhibición, hipoprosexia, indecisión, realización de la actividad de un modo casi automático. Este automatismo resulta de una actitud de defensa que produce una disociación entre la actividad técnica del salvataje y la sensación de que el medio ambiente es caótico y agresivo. Retrospectivamente, estas personas suelen darse cuenta que han efectuado las tareas como si estuvieran en un estado de despersonalización, con un comportamiento aparentemente adaptado, pero que no es tal porque carecen de la capacidad de adaptarse a los cambios de las circunstancias y de la realidad externa.

La descarga emotiva tardía sobreviene luego de un tiempo de latencia variable, cuando la urgencia ha pasado. Esta descarga puede manifestarse en forma de postración y depresión, como una crisis de agitación, o como un acceso de agresividad gestual o verbal.

#### 4.4.2 Síntomas del estrés en el regreso a la vida cotidiana

junto con la preparación profesional y el entrenamiento, en pos de una intervención eficaz, en el equipo de trabajo deberá producirse una "Disociación Técnica", temporal, que permita en el accionar la primacía de la razón por sobre la emoción (Cea Ugarte, González-Pinto Arrillaga, & Cabo González, 2015). El riesgo de quiebre de esta disociación instrumental se encuentra presente en todo momento del accionar para todos los integrantes, poniendo en riesgo la actuación del grupo de trabajo, con la consiguiente posibilidad del incrementar el número de damnificados. El autoconocimiento, la integración y comunicación efectiva entre los miembros del equipo son aspectos esenciales para evitar que ello suceda.

Es probable que el personal de rescate y grupos de voluntarios al terminar sus labores en la emergencia, experimenten un estrés adicional al regresar a su vida cotidiana. Suelen sentir que la experiencia los ha cambiado de diversas maneras (Ehrenreich & McQuaide, 2001). Estas dificultades que deben afrontar no deben ser consideradas, necesariamente, como síntomas o expresión de enfermedad y requerirán, sobre todo, de apoyo y acompañamiento familiar y social (OMS/OPS 2002). Algunos ejemplos son: **(1)** Tristeza y/o cambios repentinos del humor **(2)** Dificultad para reintegrarse a su hogar y/o conflictos con miembros de la familia **(3)** Deseo de mantener contacto con otros compañeros(as) o víctimas del desastre **(4)** Sentimientos de

inquietud, aburrimiento y/o frustración al volver a su trabajo rutinario (5) Sentimientos de distanciamiento de las personas (compañeros de trabajo o amigos)

#### 4.4.3 Síntomas del Trastornos por Estrés Postraumático Secundario

De acuerdo al Centro Nacional de Trastornos de Estrés Postraumáticos de USA (2006), 1 de cada 3 socorristas llegan a presentar alguno/s de los síntomas que se mencionan a continuación:

- **Disociación:** Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de la realidad, sentirse aturdido, fuera de uno mismo, como en un sueño
- **Reexperimentación del acontecimiento traumático:** Recuerdos recurrentes e intrusos, pesadillas, flashbacks (revivir el acontecimiento)
- **Intento de evitar estímulos:** Esfuerzos para evitar caer en pensamientos, sentimientos, actividades, lugares o conversaciones que recuerden el acontecimiento traumatizante
- **Disminución de la capacidad de respuesta al mundo exterior:** Incapacidad de sentir emociones, especialmente las que hacen referencia a la intimidad, ternura y sexualidad. Sensación de alejamiento de los demás
- **Aumento de la activación:** Hipervigilancia, irritabilidad o ataques de ira y dificultades para conciliar o mantener el sueño
- **Ansiedad significativa,** que puede acompañarse de preocupación paralizante, impotencia extrema, obsesiones y/o compulsiones
- **Depresión marcada:** Baja autoestima, pérdida de la esperanza, motivaciones o de propósitos en la vida

#### 4.4.4 Síntomas de Burnout

Los trabajadores de rescate profesionales, como policías y bomberos, tienen algunas fuentes únicas de vulnerabilidad. Su identidad profesional puede depender de una auto-imagen de sí mismos como fuertes y resistentes. Permitirse "sentir" sus emociones acerca de las situaciones a las que están expuestos puede desafiar su autoestima o hacer que sientan que están dejando a sus compañeros de trabajo. (Ehrenreich & McQuaide, 2001, p. 33)

Después de un período prolongado de tiempo en el trabajo, puede aparecer evidencia de "agotamiento". Los síntomas que detallan estos autores son:

- Ineficiencia
- Cansancio excesivo
- "Pérdida de espíritu" o entusiasmo por el trabajo
- Consumo excesivo de alcohol, de cafeína y tabaquismo
- Síntomas somáticos (dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales y de sueño)
- Creencias grandiosas acerca de su propia importancia (por ejemplo, participar en comportamientos heroicos pero imprudentes, aparentemente en interés de ayudar a otros, descuidar su propia seguridad y necesidades físicas de sueño o descanso)

#### 4.5 Medidas de protección del equipo

A medida que las intervenciones en emergencias se fueron institucionalizando comienzan simultáneamente a verse las huellas “negativas” que el trabajo puede dejar en los trabajadores que realizan la asistencia. Generalmente son personas que funcionan adecuadamente bajo las responsabilidades a que son sometidos, pero la magnitud de la experiencia estresante puede superar en algunas circunstancias las defensas del individuo, volviendo insuficientes a los procesos habituales de adaptación (Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil / Centro Nacional de Trastorno de Estrés Postraumático, 2006). En ocasiones, se pueden evidenciar respuestas similares a las de las personas asistidas, inclusive Trastorno de Estrés Postraumático y Depresión. El conocimiento de esta situación determinó que se incluyera al personal de asistencia como víctimas de tercer nivel en la clasificación general (García et al., 2007). Bajo este panorama, la tarea de atención psicosocial al personal que ha trabajado directamente en la emergencia se convierte en una acción primordial. Si estos trabajadores no pueden funcionar eficientemente, no pueden ayudar a nadie más. (Ehrenreich & McQuaide, 2001)

En situaciones de desastre, las exigencias siempre son superiores a las posibilidades de respuesta. Un profesional adecuadamente entrenado, tiene la posibilidad de aliviar el dolor, responder a la emergencia de la mejor forma posible, reconociendo limitaciones propias y del equipo; garantizando la posibilidad de trabajo futuro. Para minimizar los efectos del estrés antes, durante y con posterioridad al desastre, es fundamental contar con la capacitación y entrenamiento adecuado sobre el accionar en un incidente crítico. (Robles & Medina, 2003)

Al respecto, la OPS (2006) considera que los profesionales de salud mental deben contribuir a capacitar al equipo de primera respuesta para que previo y durante la emergencia, sigan algunas reglas mínimas que serán preventivas de desajustes o trastornos psicosociales:

- Disminución de las fuentes o condicionantes del estrés
- Organización de tiempos de trabajo y rotación de roles y funciones

- Capacitación en la gestión sencilla del estrés y otras habilidades de afrontamiento que pueden utilizar para protegerse emocionalmente
- Educación en la necesidad la alimentación adecuados, en tomar descansos cuando note que disminuye su fuerza, coordinación o tolerancia, y sobre lo valioso de simplemente hablar, de manera informal sobre las experiencias con los compañeros
- Mantener, en la medida de lo posible, el contacto con familiares y amigos
- Creación de espacios para la reflexión, catarsis, integración y sistematización de la experiencia. En cuanto sea posible y después de haber terminado totalmente el trabajo, organizar una reunión de "descarga" entre los compañeros del equipo, en la cual se hable de sentimientos y pensamientos tal y como aparezcan (sin juzgarlos); escucharse respetuosamente brindándose apoyo mutuo
- Reconocer el enojo de algunos compañeros/as, no como algo personal, sino como expresión de frustración, culpa o preocupación
- Estimular que entre ellos se manifieste el apoyo, solidaridad, reconocimiento y aprecio mutuo.

La recomendación de los expertos (Everly & Mitchell, 1999; Jarero, 2013) es someterse a una sesión de Defusing al finalizar cada intervención, con el objetivo de apuntar a reducir la posibilidad del "desgaste por empatía" que constituye la mayor amenaza a la integridad de los equipos. Una vez que ya no se esté activo ni se vaya a volver a la escena del desastre, como técnica de prevención secundaria, se pueden implementar reuniones de Debriefing Psicológico. El tiempo ideal es después de haber terminado totalmente el trabajo, y por un período equivalente al número de días que se estuvo trabajando. En las mismas, tanto los aspectos cognitivos como emocionales del trauma pueden ser explorados, logrando la integración del relato traumático en forma lógica y cronológica para evitar la revictimización constante y comenzar a abrir la posibilidad de habilitar el futuro.

Se podrá indicar seguimiento psicológico y psicoterapia específica para aquellos integrantes del equipo en los que se detecte la necesidad, así como se considerará la posibilidad o no del otorgamiento de una licencia laboral o la rotación de tareas por un tiempo estipulado, hasta tanto pueda retornar a las propias. (Jarero, 2013)

## CONCLUSIÓN:

Sabiendo que en nuestro país la “Psicología de Emergencias y Desastres” se haya en los estados iniciales, pero que en otras latitudes se está tornando en una especialidad reconocida y en continua difusión y crecimiento, se ha realizado el presente trabajo con el objetivo de fundamentar la importancia del rol del psicólogo en el contexto de la emergencia, como así también la pertinencia de las estrategias de intervención en crisis y el apoyo psicosocial a los damnificados. Para ello, se realizó una vasta revisión de material bibliográfico en revistas y pappers científicos sobre las distintas problemáticas de la salud mental en situaciones de desastres. Hemos intentado comprender la magnitud del impacto de estos eventos en la salud mental, tanto a nivel individual como social; principios básicos y objetivos de un plan de salud mental en el contexto de la emergencia; cómo son las fases de las reacciones humanas ante los desastres y los trastornos psíquicos más frecuentes; sin perder de vista el rol del psicólogo de la emergencia, su actuación y la importancia de su formación. También se han explorado las principales técnicas utilizadas en los momentos críticos, como son los primeros auxilios psicológicos e intervenciones en crisis de primer orden. Debido a que tanto el psicólogo emergencista como los operadores de primera respuesta están expuestos a sufrir desgaste profesional, nos hemos ocupado también de cómo cuidar la salud mental del equipo de ayuda y reducir así el “burn out” y/o TEPT Secundario. Si bien es posible ampliar aún más los límites de esta tesina y abarcar mayor campo teórico sobre la actualidad de la Psicología de Emergencias y Desastres, se espera que la información presentada sea lo suficientemente representativa de los grandes lineamientos actuales sobre el tema.

Frecuentemente, el papel de psicólogos en situaciones críticas parece invisibilizarse, debido en parte a que los modelos hegemónicos imperantes en el sistema de salud pública enfatizan los aspectos biológicos por sobre los psicoemocionales. La salud mental es un aspecto fundamental a tener en cuenta en situaciones de emergencias, considerando que habrá un incremento importante de signos de sufrimiento psicológico, como el pánico, la aflicción, el miedo, ansiedad aguda, sentimientos de entumecimiento emocional y dolor; y es la atención precoz de estos cuadros agudos lo que disminuirá significativamente la probabilidad de que los damnificados desarrollen trastornos psíquicos en el mediano y largo plazo.

En eventos de crisis masivos, poblaciones enteras se encuentran en situación de emergencia social. Es por ello que la Psicología de Emergencias procura promover una cultura proactiva más que reactiva, concentrando esfuerzos primariamente en la Pre-emergencia por su valor preventivo. El profesional trabaja en la educación sobre los riesgos, capacitación a voluntarios y líderes comunitarios, organizando y empoderando a la comunidad para reducir el miedo y la aflicción durante los momentos críticos y así disminuir la probabilidad de sufrir daños psicosociales en una situación de emergencia; fortaleciendo los procesos de resiliencia a nivel

individual, comunal e institucional con el fin de estar mejor preparados para futuras emergencias y desastres.

A lo largo de las últimas décadas, el impacto de los desastres y los estragos producidos en la salud de un sin fin de víctimas de distintas catástrofes, ha llamado la atención de los profesionales de la salud mental. Las personas que transitan un evento disruptivo de alto impacto ven conmocionadas las coordenadas en las que hasta ese momento se sostenían: su vida cotidiana, su entorno, sus afectos, su trabajo, sus proyectos, etc. Los sucesos con mayor potencialidad traumática dejan frecuentemente secuelas emocionales crónicas y hacen a las personas más vulnerables a los trastornos mentales y a las enfermedades psicosomáticas (Echeburúa, 2004). A un nivel predictivo global, la evolución de los síntomas, a la remisión o a la cronificación, puede depender de la existencia de un trastorno psicopatológico previo, de la percepción de control sobre los sucesos negativos, de la intensidad y gravedad de eventos estresantes, de la disponibilidad de recursos de afrontamiento y técnicas de salvataje aprendidas con antelación y del apoyo psicosocial recibido durante y después del desastre. Sin embargo, a partir de las últimas investigaciones presentadas, ha sido posible dar sustento a la afirmación de que el desarrollo del TEPT ya no es considerado una consecuencia única e inevitable de la exposición a una situación extrema. Frente a diversos acontecimientos de desastre, muchas personas se muestran resistentes a la aparición de miedos intensos de gravedad clínica y son capaces de retomar la vida cotidiana, adaptándose con flexibilidad una vez superado el sufrimiento inicial (Rojas Marcos, 2002; Cortes Trujillo, 2003). Otros, incluso, han vivido estos sucesos potencialmente traumáticos como oportunidades de crecimiento y superación. Concepción de la que parten distintos programas de asistencia denominados “Intervención en Resiliencia” que contribuyen a potenciar las fortalezas y recursos de las personas, para transformar los factores adversos, superarlos y darles un sentido.

Las intervenciones psicosociales deben basarse en la realidad local y ser más un intercambio que una ayuda unidireccional. El papel de la asistencia, acompañamiento o ayuda a las poblaciones afectadas, no es el de transportar ideas o exportar modelos. Las condiciones culturales y socioeconómicas de los países de América Latina no permiten que se repliquen los modelos de naciones desarrolladas. Faltan profesionales de la salud mental suficientemente entrenados para atender el número de individuos afectados en situaciones de emergencia. Por esto, resulta estratégico el concepto de “transferencia de tecnología”, lo que permitirá que el psicólogo de la emergencia actúe como multiplicador de saberes.

## Recomendaciones finales

- Los gobiernos y la sociedad civil deben colocar en un lugar prioritario el tema de las consecuencias psicosociales de los desastres naturales, conflictos armados y otras emergencias y desarrollar un Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental.
- Lograr que lo psicosocial se convierta en un eje transversal que impregne todas las actuaciones en la situación de emergencia.
- Las acciones y estrategias de comunicación que se implementen antes del desastre (como preparación) serán vitales para lograr una comunicación efectiva en los momentos críticos que reduzcan las reacciones de incertidumbre, temor y tensión generadas por la catástrofe.
- Evitar una "psicologización" de la ayuda o una medicalización del sufrimiento.
- Desarrollar el trabajo de prevención, estimular los recursos autóctonos y reconstruir las redes sociales. Se debe enfatizar en la eliminación o reducción de condicionantes y elementos estresores, a la vez que se estimulan los factores protectores y de apoyo.

Los eventos catastróficos son un desafío y una invitación para realizar acciones concretas por parte de los responsables de la organización de los servicios y la atención en salud mental. El impacto que los grandes desastres pueden provocar en las poblaciones afectadas vuelven evidente la necesidad de políticas públicas que alienten una gestión integral, desde un enfoque salutogénico y que apunten a un sujeto activo, trascendiendo el modelo que prioriza la atención a la enfermedad y la reparación de los daños una vez ocurrido el desastre. Un reto a futuro es detectar con la mayor velocidad a las personas que requieren de un apoyo especial, establecer programas protocolizados de intervención que sean eficientes para víctimas de distintos tipos de sucesos críticos, así como también la integración los distintos recursos terapéuticos existentes. Es necesario continuar trabajando para dar mayor visibilidad y relevancia a las tareas del Plan Nacional de Salud Mental en Emergencias y Desastres.

Se considera que a partir de este trabajo, se puede contribuir, en un futuro, al desarrollo de nuevas líneas de investigación que se orienten al abordaje de estas situaciones y de sus consecuencias. El camino está abierto y el tema de la salud mental en situaciones de emergencia ya aparece en las agendas de los gobiernos y la sociedad civil.

*«Las circunstancias externas pueden despojarnos de todo, menos una cosa: la última de las libertades humanas...la de elegir cómo responder a esas circunstancias, la de escoger su propio camino. Cuando ya no podemos cambiar una situación, tenemos el desafío de cambiarnos a nosotros mismos... » (Viktor Frankl)*

## Bibliografía:

- Abeldaño, R., Fernández, R. (2016). *Salud mental en la comunidad en situaciones de desastre. Una revisión de los modelos de abordaje en la comunidad*. *Ciência & Saúde Coletiva*, pp. 431-442. Disponible en la WEB: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n2/431-442/es/>
- Acevedo, G., Martínez, G. (2007). *Manual de Salud Pública*. Córdoba, Argentina: Encuentro.
- Álvarez Leiva, C. (2002). *Manual de Atención a Múltiples Víctimas y Catástrofes*. Editorial Arán.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (5a ed.). Washington.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I., Sarasua, B. (2002). *Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 227-246.
- Antonovsky, A. (1996). *The Salutogenic model as a theory to guide health promotion*. [El modelo salutogénico como teoría para guiar la promoción de la salud]. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. doi: 10.1093/heapro/11.1.11
- Arias, P. R., & García, F. E. (2019). *Crecimiento postraumático en sobrevivientes de los terremotos en Ecuador y Chile*. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 17(2), 317-331.
- Arraigada, M., Verón, M.A., Cepeda, C. (2016, diciembre). *La psicología de la emergencia en el marco de la ley de salud mental*. Ponencia presentada en el VII Congreso Marplatense de Psicología. Mar del Plata
- Araya, C. (2001). *Psicoprevención y Psicología de la Emergencia*. Santiago: Editorial Infolink/Kartel.
- Avia, M. D., Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Baloian, I., Chia E., Cornejo C., Paverini C. (2007). *Intervención psicosocial en situaciones de emergencia y desastres: Guía para el primer apoyo psicológico*. Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior - ONEMI. Chile. Disponible en WEB: <http://www.cop.es/uploads/PDF/GUIA-INTERVENCION-SITUACIONES-EMERGENCIA.pdf>
- Barrales, C., Marín, H., & Molina, R. (2013). *Estado del arte de la psicología en emergencias y desastres en Chile y América Latina*. *Liminales. Escritos sobre psicología y sociedad*, 2 (03), 123-142
- Bentolilla, S., Bonadé, A. (2019 enero-junio). *Violencia Social*. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*. Vol. 23, Nro. 1. ISSN electrónico: 1852-7310
- Benyakar M. (1998). *Agresión y violencia en el milenio. La cadena del mal*. *Revista de Psicoanálisis*. Ed. Asociación Psicoanalítica Argentina. Tomo LV, No. 4 Octubre-Diciembre, pp. 875-92.
- Benyakar, M. (2002 enero-marzo) *Salud mental y desastres. Nuevos desafíos*. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*; 35(1) : 3-25
- Benyakar, M. (2003). *Lo disruptivo*. Buenos Aires: Biblos.
- Benyakar, M. (2016). *Lo disruptivo y lo traumático: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas*. Compilado por Eduardo Ramos; Alejandra Taborda; Celeste Madeira. - 1a ed. - San Luis. Nueva Editorial Universitaria - U.N.S.L. Libro digital, PDF
- Benyakar, M., & Lezica, A. (2005). *Lo traumático, clínica y paradoja*. Tomo 1. Buenos Aires: Biblos.
- Beristain, M., Doná, G. (1997). *Enfoque psicosocial de la ayuda humanitaria*. Universidad de Deusto. Bilbao. Disponible en la WEB: <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/humanitaria/humanitaria01.pdf>

- Bisson, J. I., McFarlane, A. C., Rose, S. (2003). *Desahogo psicológico*. En E. B. Foa, T. M. Keane y M. J. Friedman (dirs.), *Tratamiento del estrés postraumático* (pp. 57-79). Barcelona: Ariel.
- Blanco, A. & Valera, S. (2007). *Los fundamentos de la intervención psicosocial*. En: Amalio, B., & Rodríguez, J. *Intervención Psicosocial*. Madrid: MacGrawHill.
- Breslau N., Davis G., Adreski P., Peterson E., Schultz L. (1997). *Sex differences in post-traumatic stress disorder*. [Diferencias de sexo en el trastorno de estrés postraumático]. *Arch Gen Psychiatry* 54(11):1044-1048.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books. Versión castellana: *Principios de psiquiatría preventiva*, Buenos Aires: Paidós, 1980
- Cardona Arboleda, O. (2002). *Plan de Emergencias de Manizales*. Documento Base, Oficina Municipal para la Prevención y Atención de Desastres. Alcaldía de Manizales, Colombia
- Cardoso, M. C., Massone, M. (2017 septiembre). *La psicología de la emergencia y los conflictos en la escuela*. Ponencia presentada en la 1º Jornada Marplatense y 1º Jornada Provincial de La Psicología de Emergencia. Mar del Plata
- Carvajal, C. (2002). *Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos*. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40, 20-34.
- Cascales, M. C., Molina, A. R., Maldonado, A. L., & Esteban, B. L. (2004). *¿Qué pueden hacer los psicólogos en una situación de desastre?*. *Enfermería Global*, 3(1).
- Cavanillas de San Segundo, M., & Martín-Barrajón Morán, P. (2012). *Psicología de urgencias y emergencias: ¿mito o realidad?*. Recuperado de <https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2015/07/psicologia-de-urgenc-y-emerg-mito-o-realidad1.pdf>.
- Cazabat, E. (2002 diciembre). *Un breve recorrido a la traumática historia del estudio del trauma psicológico*. *Revista de Psicotrauma*, Vol. 1, Nro. 1
- Cea Ugarte, J. I., González-Pinto Arrillaga, A. & Cabo González, O. (2015). *Efectos de la respiración controlada sobre los síntomas de estrés y ansiedad en una población de 55 a 65 años: estudio piloto*. *Gerokomos*, 26(1), 18- 22. Disponible en la Web en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000100005>
- Cepeda, C. (2017a). *La psicología de la emergencia en el plan nacional de salud mental: una propuesta al margen de la Ley*. Ponencia presentada en la Primera Jornada Provincial y Tercera Jornada Nacional de Emergencias y Catástrofes. San Luis, Argentina.
- Cepeda, C. (2017b septiembre). *Accidentes de trabajo y psicología de la emergencia. Herramientas para la prevención e intervención*. Ponencia presentada en la 1º Jornada Marplatense y 1º Jornada Provincial de La Psicología de Emergencia. Mar del Plata
- Cohen, R. (1999). *Salud mental para víctimas de desastres. Manual para instructores*. México, D.F.: El manual moderno
- Comité Permanente entre Organismos (IASC). (2007). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia*. Ginebra: IASC.
- Corral, E. & Gómez, F. (2009) *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia: Técnico en emergencias sanitarias*. Madrid: Arán Ediciones pp. 164.
- Cortes Trujillo, E. (2000). *Herramientas psicológicas para la formación del personal preventivo y operativo en gestión del riesgo*. Conferencia Virtual Teoría y Práctica de las Ciencias Sociales en situaciones de riesgos y catástrofes, Área V: Psicología aplicada a la gestión de riesgos y catástrofes. Dirección General de Protección Civil de España – Centro Europeo de Investigación Social en Situaciones de Emergencia, CEISE. Disponible en la WEB: [www.proteccioncivil.org/ceisevirtual/ceisev2000-menu.htm](http://www.proteccioncivil.org/ceisevirtual/ceisev2000-menu.htm)
- Cortes Trujillo, E. (2003). *La percepción psicológica del riesgo y el desastre*. *Revista de la Psicología de las Emergencias y de la Intervención en Crisis: Cuadernos de Crisis y*

- Emergencias. Nro.1 - Vol. 2 Disponible en la WEB:  
[http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2003/cdc\\_002.pdf](http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2003/cdc_002.pdf)
- Del Valle Laguna, M. (2014). *Transmisión transgeneracional y situaciones traumáticas*. Temas de psicoanálisis, 7, 1-28.
- Duch, M. L., Fortuño, C. y Lacamba, V. M. (1997). *Apoyo psicológico: formación e intervención con el voluntariado en desastres*. Papeles del psicólogo, 68, 30-33.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P. (2006). *Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué?*. Psicología Conductual, Vol. 15, Nro 3, pp. 373-387
- Echeburúa, E. (2007). *Treatment guidelines for victims of terrorism: a comprehensive approach*. [Pautas de tratamiento para las víctimas del terrorismo: un enfoque integral]. En S. Begeç (dir.), *The integration and management of traumatized people after terrorist attacks* (pp. 108-118). Amsterdam: IOS Press (Nato Science Series).
- Ehrenreich, J.H., McQuaide, S. (2001). *Afrontando los desastres. Guía de intervención psicosocial*. Disponible en la WEB:  
[https://www.academia.edu/39721474/AFRONTANDO\\_LOS\\_DESASTRES\\_GUIA\\_DE\\_INTERVENCION\\_PSICOSOCIAL](https://www.academia.edu/39721474/AFRONTANDO_LOS_DESASTRES_GUIA_DE_INTERVENCION_PSICOSOCIAL)
- EIRD (2005) Marco de Acción de Hyogo 2005 – 2015: *Aumento de la resiliencia en las naciones y comunidades ante los desastres*. Hyogo, Naciones Unidas.
- El Proyecto Esfera. (2011). *Carta Humanitaria y Normas Mínimas para la Respuesta Humanitaria*. 3a ed. Reino Unido: Practical Action Publishing.
- Everly, G., Mitchell, J. (1999). *Critical Incident Stress Management*. [Manejo de estrés en incidentes críticos]. Chevron.
- Everly, G., Barnett, D., Links, J., and Sperry, N. (2010). *The use of Psychological First Aid (PFA) Training Among Nurses to Enhance Population Resiliency*. [El uso de capacitación en primeros auxilios psicológicos (PFA) entre enfermeras para mejorar la resiliencia de la población]. *International Journal of Emergency Mental Health*, Vol. 12, No.1, pp.21-32.
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Medialuna Roja. (2012). *Primeros auxilios psicológicos*. Ginebra
- Fernández Liria, A., Rodríguez Vega, A. (2002). *Intervención en crisis*. Madrid: Síntesis.
- Fernández Mariño, S. (2014). *Protocolo de actuación psicológica ante incidentes con múltiples víctimas*. Trabajo Fin de Máster en Análisis y Gestión de Emergencias y Desastres. Universidad de Oviedo, Oviedo.
- Fernández Millán, J. M. (2013). *Gestión e intervención psicológica en emergencias y catástrofes*. Madrid: Ediciones Pirámide
- Figley, C. R. (2003). *El tratamiento del estrés traumático*. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*. Vol. 2, Nro 1, 4-13.
- Galimberti, M. (2011). *El psicólogo y su abordaje en emergencias, catástrofes y desastres*. Disponible en la WEB en: <http://www.centroipcc.com/pdfs/psicologiadelasalud.Pdf>
- García, F., Cova, F. & Melipillán, R. (2013 julio). *Propiedades psicométricas del inventario de crecimiento postraumático en población chilena afectada por un desastre natural*. *Revista Mexicana de Psicología*, Vol. 30, Nro. 2, 143-151.
- García Renedo, M., Beltrán, J.M., Valero, M. (2007). *Psicología y desastres: aspectos psicosociales*. Barcelona. Castelló de la Plana: Publicaciones de la Universidad de Jaume I. KRK Ediciones
- González, Z. O., & Llamozas, B. M. (2018). *Concepto de Resiliencia: Desde la diferenciación de otros constructos, escuelas y enfoques*. *Orbis: revista de Ciencias Humanas*, 13(39), 30-43.

- Halpern, J., Tramontin, M. (2007). *Disaster Mental Health: Theory and Practice*. [Salud mental en desastres. Teoría y Práctica]. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Hernández, M., Gutiérrez López, L. (2014). *Manual básico de primeros auxilios psicológicos*. Universidad de Guadalajara. Disponible en la WEB: [http://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/manual\\_primeros\\_auxilios\\_psicologicos\\_2017.pdf](http://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/manual_primeros_auxilios_psicologicos_2017.pdf)
- Inbar, J. (2000). *Reacciones de la Población ante Situaciones Extremas*. Conferencia Virtual Teoría y Práctica de las Ciencias Sociales en situaciones de riesgos y catástrofes. Área V: Psicología aplicada a la gestión de riesgos y catástrofes. Dirección General de Protección Civil de España – Centro Europeo de Investigación Social en Situaciones de Emergencia (CEISE). Disponible en la WEB: [www.proteccioncivil.org/ceisevirtual/ceisev2000-menu.htm](http://www.proteccioncivil.org/ceisevirtual/ceisev2000-menu.htm)
- Institute of Medicine, National Academy of Sciences (2003). *Preparing for the psychological consequences of terrorism: a public health strategy*. [Preparación para las consecuencias psicológicas del terrorismo: una estrategia de salud pública]. Washington: National Academy Press
- Irimia, S., & Zavalla, J. (2017). *Apoyo psicosocial en situaciones de emergencia, desastres y catástrofes para equipos de respuesta*. En IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Jarero, I. (2011 actualizado al 2013). *El Desastre Después del Desastre: ¿ Ya pasó lo peor?*. Revista Iberoamericana de Psicopatología y Disociación, 1(1), 1-10.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C. (1995). *Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey*. [Trastorno de estrés postraumático en la encuesta nacional de comorbilidad]. Arch Gen Psychiatry; 52:1048-1060
- Keyes, C. (2007). *Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing*. [El florecimiento de la Promoción y Protección de la Salud Mental ] American Psychologist, 62 (2), pp 95-108.
- Kübler-Ross, E. (2000). *La Rueda de la Vida*. Ed. Punto de Lectura, pp. 221, 247, Madrid
- Ladrado, I., & Perlas, A.P. (1995). *From victims to survivors: Psychosocial intervention in disaster management in the Philippines*. [De víctima a sobreviviente: Intervención psicosocial en la gestión del riesgo en Filipinas] International Journal of Mental Health, 24, 3-51.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. [Estrés, evaluación y afrontamiento] Nueva York: Springer.
- Ley 26657.(2010). Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina.
- López, C. (2015). *Psicoterapia del trauma: intervenciones con víctimas de situaciones extremas*. Tesis de Grado en Psicología. Universidad de la República. Montevideo
- Losada Fernández, P. (2006). *Función y perfil profesional del psicólogo como recurso humano en catástrofes*. Presentado en Conferencia Internacional de Psicología de la Salud Psicosalud.
- Luber, M. (2009). *EMDR and early interventions for groups*. [EMDR e intervenciones tempranas para grupos] In M. Luber (Ed.). EMDR scripted protocols: Basic and Special Situations (pp.277-278). New York. Springer.
- Lundman, B., Aléx, L., Jonsén, E., Norberg, A., Nygren, B., Santamäki Fischer, R. (2010). Inner strength- A theoretical analysis of salutogenic concepts. [Fuerza Interior: un análisis teórico de conceptos salutogénicos] Int J Nurs Stud. 47: 251-60.

- Martín, J., Parada, E., Muñoz, F. A. (2006). *Triage psicológico en situaciones críticas con múltiples afectados*. En R. Ramos, A. García y E. Parada (eds.), *Psicología aplicada a crisis, desastres y catástrofes* (pp. 139-148). Melilla: UNED-Melilla.
- Martínez Gómez, C. (2004). *Importancia de los factores protectores para la salud mental infante juvenil en emergencias y desastres* [Versión electrónica]. Disponible en la WEB en: <http://www.wpanet.org/educacion/docs/factores.doc>.
- McNally, R. J. (2007). *Psychological debriefing and its alternatives*. [Informe psicológico y sus alternativas]. En S. Begeç (dir.), *The integration and management of traumatized people after terrorist attacks* (pp. 119-131). Amsterdam
- Ministerio de Salud (MSAL). (2013). *Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018*. Buenos Aires: Ministerio de Salud. Disponible en la WEB: [http://bvs.psi.uba.ar/local/File/2013-10-29\\_plan-nacional-salud-mental.pdf](http://bvs.psi.uba.ar/local/File/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf)
- Moneta, M. (2007). *Apego, resiliencia y vulnerabilidad a enfermar: Interacciones genotipo-ambiente*. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*; 3(3):321-326.
- Montoso, L. y Carbonell, E. (1992) *Efectos y reacciones psicológicas de los individuos y los grupos humanos ante las catástrofes*. Manual de asistencia sanitaria en las catástrofes. Cap. 12.
- Olf, M., Langeland, W., Draiger, N. y Gersons, B. (2007). *Gender differences in posttraumatic stress disorder* [Diferencias de género en el trastorno de estrés postraumático] *Psychological Bulletin*, 133, 183-204.
- Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud (2002). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. OPS/OMS: Series manuales y guías sobre desastres N° 1. Washington, DC. Disponible en la WEB: <http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/libros/SaludMentalTotal.pdf>
- Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud (2016 septiembre). *Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres 2016-2021*. Ponencia presentada en la 68° sesión del comité regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra. Suiza: Author.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Primera ayuda psicológica. Guía para trabajadores del campo*. Ginebra. Disponible en la WEB: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243548203\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243548203_spa.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (2006). "Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres", OPS: Serie Manuales y Guías sobre Desastres N°7. Washington, D.C. Disponible en la WEB: <http://www1.paho.org/spanish/dd/ped/GuiaPracticadeSaludMental.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018, noviembre). *Crean un equipo especializado para la atención de víctimas de catástrofe*. Buenos Aires. Disponible en la WEB: [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10283:crean-un-equipo-especializado-para-la-atencion-a-victimas-de-catastrofes&Itemid=246](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10283:crean-un-equipo-especializado-para-la-atencion-a-victimas-de-catastrofes&Itemid=246)
- Pedrerros Vega, D. (2002 agosto). *Por qué fallan los Planes Operativos y de Emergencia*. Plan de Emergencias de Manizales, Documentos Anexos, Oficina Municipal para la Prevención y Atención de Desastres, Alcaldía de Manizales, Colombia.
- Pelechano, V. (2007). *Viejas y nuevas cuestiones en las viejas y nuevas terapias psicológicas*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 71-90.
- Pérez Sales, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo: hacia una psicoterapia integradora*. Bilbao: Desclee de Brower.

- Pérez Tejeda, J. (2013). *Debriefing: intervención psicosocial en situaciones de emergencia*. Disponible en la WEB: <http://kaluinstitute.org/wp-content/uploads/attachments/JohanaPerez/IntervencionPsicologicaEnEmergencias.pdf>
- Perren-Klingler, G. (2003). *Debriefing, modelos y aplicaciones*. Instituto Psychotrauma Suisse. Edición Española
- Poseck, B., Carbelo, B., Vecina, M. L. (2006). *La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático*. Papeles del Psicólogo, 27(1), 40-49.
- Posada Villa, J. A. (2010). *Guía de atención en salud mental en emergencias y desastres*. Ministerio de Protección Social. República de Colombia.
- Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil / Centro Nacional de Trastorno de Estrés Postraumático (2006). *Primeros auxilios psicológicos: guía de operaciones prácticas* (2ª edición). Disponible en la WEB: [https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//pfa\\_sp.pdf](https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//pfa_sp.pdf)
- Rivera, F., López, A., Ramos, P. & Moreno, C. (2011) *Propiedades psicométricas de la Escala Sentido de Coherencia (SOC-29) en adolescentes españoles*. Journal of Child and Adolescent Psychology, Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente, 4.
- Rivera de los Santos, F., Ramos Valverde, P., Moreno Rodríguez, C., & Hernán García, M. (2011). *Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud*. Revista española de salud pública, 85(2), 129-139.
- Robles, J., I., Medina, J. L. (2003). *Intervención psicológica en las catástrofes*. Madrid: Síntesis.
- Rocamora, A. (2006). *Crece en la crisis. Cómo recuperar el equilibrio perdido*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Rocamora, A. (2013). *Intervención en Crisis en las Conductas Suicidas*. Bibao: Desclée de Brouwer.
- Rojas Marcos, L. (2002). *Más allá del 11 de septiembre. La superación del trauma*. Madrid: Espasa Calpe.
- Romano, R. (2000). *El Rol de la Impensabilidad en los Individuos y en los Grupos Implicados en Situaciones Extremas*. Conferencia Virtual Teoría y Práctica de las Ciencias Sociales en situaciones de riesgos y catástrofes. Área V: Psicología aplicada a la gestión de riesgos y catástrofes. Dirección General de Protección Civil de España – Centro Europeo de Investigación Social en Situaciones de Emergencia (CEISE) Disponible en la WEB: [www.proteccioncivil.org/ceisevirtual/ceisev2000-menu.htm](http://www.proteccioncivil.org/ceisevirtual/ceisev2000-menu.htm)
- Rosselli Cock, D. A. (1993) *Manual de Introducción a las Neurociencias*. Universidades de Los Andes, del Rosario, Javeriana y Militar Nueva Granada, pp. 36, 41, 42. Bogotá
- Rubin Wainrib, B., Bloch, E. L. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. Bilbao: Desclée De Brouwer
- Ruiz Muñoz, E.M. (2015). *El triage psicológico. ¿Una herramienta para el psicólogo de emergencias?*. Revista de la Psicología de las Emergencias y la Intervención en Crisis: Cuadernos de Crisis y Emergencias. Nro. 14 – Vol. 1. Disponible en la WEB: [http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2015/numero14vol1\\_2015\\_triage\\_psicologico.pdf](http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2015/numero14vol1_2015_triage_psicologico.pdf)
- Salinas, E., Ysrael, L. (2017 septiembre). *Control psicoestratégico del estrés en al atención de emergencias y desastres*. Actas de la 1º Jornada Marplatense y 1º Jornada Provincial de Psicología de la Emergencia. Prevención e Intervención Psicosocial en situaciones críticas, Emergencias y Desastres. Mar del Plata
- San Juan, C. (2002). *Intervención Psicosocial en Catástrofes: Una Perspectiva Transcultural*. Cuadernos de Crisis. Nro. 1, Vol.1. disponible en WEB: [http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2002/cdc\\_001.pdf](http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2002/cdc_001.pdf)

- Sandin, B. (1995). *El estrés*. En: Belloch A, Sandin B, Ramos F (edit.) Manual de psicopatología. Madrid: Mc Graw-Hill
- Salazar, S. (1998). *Guía para la comunicación social y la prevención en desastres*. Editado por el DIRDN, Naciones Unidas. San José, Costa Rica.
- Selye, H. (1956). *The Stress of life*. [El estrés de la vida]. New York: McGraw Hill
- Sessions, J. (1991). *Managing Stress in Dog Teams on Searches*. [Manejo del estrés en equipos de perros de búsqueda]. The Journal of Search, Rescue and Emergency Response, Vol. 10, No. 4, p. 12, Fairfax, Virginia, USA.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movements Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures*. [Desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares. Principios básicos, protocolos y procedimientos] Second Edition. New York: Guilford Press.
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. 2º edición. México, D.F: El Manual moderno
- Talarn, A., Navarro, N., Rossell, L., Rigat, A. (2006). *Propuesta de especificadores diagnósticos vinculados al Estrés y el trauma: una aportación a la nosología psicopatológica*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. Vol. 11, Nro. 2, pp. 107-1
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (2004). *A clinical approach to posttraumatic growth*. [Un enfoque clínico para el crecimiento postraumático]. En P. A. Linley y S. Joseph (dirs.), Positive psychology in practice (pp. 405-419). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- UNISDR. (2015). *Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030, Sendai*. Naciones Unidas.
- Van Der Kolk, B., Saporta, J. (1993). *Biological Response to Psychic Trauma*. [Respuesta biológica al trauma psíquico]. International Handbook of Traumatic Stress Disorder, Plenum Press, New York.
- Valero, S. (2002). *Psicología en emergencias y desastres*. Lima: Ed. San Marcos
- Vaux, T. (2005). *¿Datos o diálogo? El papel de la información en casos de desastre*. En: Informe Mundial sobre Desastres (resumen). Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Ginebra
- Vera, J. L. (2013). *Transmisión psíquica inconsciente de contenido traumático*. Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente, (22), 19-26.
- Villalibre Calderón, C. (2013). *Concepto de urgencia, emergencia, catástrofe y desastre: revisión histórica y bibliográfica*. Trabajo Fin de Máster en Análisis y Gestión de Emergencia y Desastre. Universidad de Oviedo, Oviedo.
- Wainrib, B. R., Bloch, E. L. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Wilches-Chaux, G. (1993). *Los desastres no son naturales*. Lima: Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina; p. 11-41.
- World Health Organization. (1992). *Psychosocial consequences of disasters: prevention and management*. [Consecuencias psicosociales de los desastres: prevención y gestión] Geneva: WHO
- World Health Organization (2001 septiembre). *How to address Psychosocial Reactions to Catastrophe* [Cómo abordar las reacciones psicosociales en las catástrofes] Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva: WHO