

**ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PERSONAS VÍCTIMAS DEL TERRORISMO EN
EL MOMENTO INMEDIATAMENTE POSTERIOR AL SUCESO.**

MARIA DEL MAR OSPINA BALCAZAR

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN,
SOCIALES Y DE LA COMUNICACIÓN
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

SANTA ROSA DE OSOS
2008
**ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PERSONAS VICTIMAS DEL TERRORISMO EN
EL MOMENTO INMEDIATAMENTE POSTERIOR AL SUCESO.**

MARIA DEL MAR OSPINA BALCAZAR

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR
AL TÍTULO DE PSICÓLOGA

ASESOR: DORA AIDE RAMIREZ. PSICOLOGA
ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA ORCANIZACIONAL

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
SOCIALES Y DE LA COMUNICACIÓN
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SANTA ROSA DE OSOS

2008
NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Santiago de Cali, Mayo de 2008

DEDICATORIA

A mis hijos Angélica María y José Luís con todo mi amor, quienes con su frase; "*mami tú puedes y no es tarde*" fueron el mayor motor promotor de este desarrollo y la fuente de mi inspiración. Gracias por apoyarme, animarme y por brindarme su paciencia durante estos años tan arduos.

A mi esposo Juan Carlos por su paciencia en mis horas de estudio y su amor al manifestar su orgullo por la labor emprendida y hoy culminada, a mi mamá Rosalba, mi papá Manlio por haber inculcado en mí siempre un gran espíritu de superación.

A mis hermanos Carlos, Manlio, Germán, César, Paola a todos mis sobrinos en especial mi Juanjo y Juanfe que siempre creyeron que yo lo lograría y estuvieron ahí para apoyarme.

Angie y José espero que lo que logré con mucho esfuerzo solo les muestre que uno es en la vida lo que quiere ser, y que con mucho amor y fe lograrán todos los ideales.

Estaré en nuestro lugar secreto nuestros sueños y cuando quieran verme escondida en vuestras pestañas.

A mi querida amiga Luisa, por sus palabras, apoyo incondicional, por su grata presencia en mi vida y por ser un ejemplo seguir.

A Alberto Echeverri gran amigo por enseñarme que yo soy mía y que solo cada uno puede dirigir su vida; a Edith Fajardo mi amiga y compañera en este proceso.

A Luisa mi amiga querida, que cuando creí que no podía mas estuvo ahí para alentarme, sabes que siempre te llevo en mi corazón.

Que papá Dios los bendiga

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a papá Dios por poner en mi camino a tantas personas quienes han contribuido en forma significativa en este trabajo y en mi vida.

A mi universidad que en esta modalidad pedagógica permitió realizar este sueño después de tantos años.

A la Doctora Dora Aidé Ramírez por ser una ejemplar profesora y tutora en la investigación, además de su apoyo y ayuda incondicional. Gracias por brindarme su confianza.

A la Doctora Luisa Ulloa Psicóloga de la Universidad Javeriana, especialista en Psicoanálisis y doctora en psicología infantil, por brindarme sus conocimientos, su apoyo y aporte científico.

Al Doctor Edgar Iván Ortiz Medico Gineco-Obstetra, ex Secretario de Salud Municipal, docente de la Universidad del Valle, presidente de la Federación Colombiana de natación por brindarme sus conocimientos, su apoyo y aporte científico

A Cuadernos en Crisis y su aporte científico el cual fue de inmensa ayuda en esta investigación, por permitirme expresar sobre sus excelentes contenidos y ofrecerme su apoyo.

Con mucho respeto. A las victimas del terrorismo fuente de información en un proceso doloroso el cual no deberían vivir, ofreciendo mis mejores deseos de recuperación, espero que este trabajo pueda contribuir de alguna manera para construir un mejor mañana para ustedes.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN
ABSTRACT
INTRODUCCIÓN

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN
 - 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
 - 1.2. Formulación del problema
 - 1.3. Sistematización Del Problema

2. JUSTIFICACIÓN
 - 2.1. JUSTIFICACIÓN TEORICA
 - 2.2. JUSTIFICACIÓN METODOLOGICA
 - 2.3. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

3. OBJETIVO
 - 3.1. OBJETIVO GENERAL
 - 3.2. Objetivos específicos

4. MARCO DE REFERENCIA
 - 4.1. MARCO CONCEPTUAL
 - 4.1.1 PSICOLOGIA DE LA EMERGENCIA
 - 4.1.2 CRISIS Y REACCIONES USUALES FRENTE A LA CRISIS
 - 4.1.3 EL DUELO
 - 4.2. MARCO TEORICO
 - 4.2.1 EVALUACIÓN DE LA PERSONA
 - 4.2.1.1 La evaluación psicológica en la situación de emergencia
 - 4.2.2 ELEMENTOS DEL DIAGNOSTICO Y PSICOPATOLOGIA
 - 4.2.2.1 Estrés postraumático
 - 4.2.3 TECNICAS DE INTERVENCIÓN ESPECÍFICAS
 - 4.2.3.1 La psicoterapia breve
 - 4.2.3.2 El duelo y la intervención
 - 4.2.3.3 ¿Y los niños?
 - 4.2.4 ROL DEL PSICÓLOGO EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS QUE ACABAN DE SUFRIR UN EPISODIO TRAUMÁTICO

5. METODOLOGÍA
 - 5.1. TIPO DE ESTUDIO
 - 5.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN
 - 5.3 FUENTES Y TÉCNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN
 - 5.3.1 FUENTES SECUNDARIAS
 - 5.4 TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

- 6. CONCLUSIONES
- 6.1 CON RELACIÓN A LA EVALUACIÓN
- 6.2 CON RELACIÓN AL DIAGNOSTICO
- 6.3 CON RELACIÓN A LA INTERVENCIÓN
- 6.4 CON RELACIÓN AL ROL DEL PSICÓLOGO

- 7. RECOMENDACIONES.
- 7.1 CON RELACIÓN A LA EVALUACIÓN
- 7.2 CON RELACIÓN AL DIAGNOSTICO
- 7.3 CON RELACIÓN A LA INTERVENCIÓN
- 7.4 CON RELACIÓN AL ROL DEL PSICÓLOGO

- 8. BIBLIOGRAFÍA.
- Anexos.

RESUMEN

La siguiente monografía expone el análisis de manera clara y concisa, de los estudios realizados en psicología de emergencia sobre la atención a víctimas de atentados terroristas en el momento inmediatamente posterior al desastre. La metodología usada fue de tipo cualitativa, donde a partir de revisiones bibliográficas, de documentos actuales y científicos, se logró conocer más de cerca la labor del psicólogo en la psicología de emergencia. Se tuvo en cuenta aspectos fundamentales de la psicología como la evaluación, el diagnóstico y la intervención, criterios básicos que ayudaron en el análisis de la información. El siguiente intenta conocer cómo se está aplicando la psicología en el campo de la emergencia. El lector puede hallar consignadas en esta monografía las diferentes herramientas o tests que se aplican para la evaluación de las víctimas y que permiten un mejor diagnóstico e intervención psicológica. Este estudio además documenta las diferentes discusiones sobre conceptos y diagnósticos como: el estrés postraumático, el sentido “curativo” de narrar el evento traumático, entre otros. Finalmente Esta revisión bibliográfica incluye un apartado especial sobre los estudios realizados en niños, sobre sus formas de afrontar este tipo de situaciones, su capacidad resiliente y las técnicas y/o metodologías psicológicas para la intervención de emergencia en la infancia enfatizando sobretodo en la importancia del apoyo familiar.

ABSTRACT

The following monographic study expose a concise and illustrative analysis on the most common studies in the area of emergency psychology , specifically about psychological attention in crisis and intervention to victims of terrorism immediately after the attack. This study described some fundamental aspects of psychology as assessment, evaluation, diagnosis and intervention. This monographic study considered all these aspects. The central topic of this study aimed to understand the manner in which the field of psychology is applied on the areas of crisis and emergency. It was relevant in the identification of different tools and psychometric tests that can be usefull during the assessment of victims and which may lead to a better forms of diagnosis and intervention. This study documented discussions on fundamental concepts of psychological attention during emergencies including forms of diagnosis criterion such as post-traumatic stress disorder and curative interventions through narratives of the traumatic events. The monographic study also included a special chapter about this psychological field on children. It revised their ways of coping and resilience in the face of these traumatic situations as well as psychological methods of intervention used in childhood given a particular emphasis to the importance of the family support network.

INTRODUCCIÓN

Colombia es un país que ha sufrido por décadas situaciones de violencia, cada generación ha traído sus víctimas y victimarios. Las ciencias sociales y humanas, en especial la psicología se han venido preocupando por intervenir en este aspecto y buscar los medios que permitan aliviar a las víctimas de la oleada de sangre que ha derramado la violencia. Este trabajo pretende ser un pequeño grano de arena que alimente todos los estudios que se han hecho al respecto. Desde el campo psicológico es importante estudiar a las víctimas, entenderlas, apoyarlas y guiarlas en la transformación que tiene sus vidas después de sobrevivir a un atentado terrorista.

El presente estudio tiene como objetivo principal conocer previos trabajos realizados desde la psicología de emergencia específicamente en atención a víctimas de atentados terroristas en el momento inmediatamente posterior al desastre, por lo tanto analizar la intervención en crisis es fundamental para la comprensión de la labor psicológica.

Para cumplir con el objetivo este trabajo intenta revisar la información hallada en la literatura actual, con el fin de conocer que tipo de apoyo brinda la psicología a las víctimas de la violencia. Además de informar al lector interesado sobre las diferentes formas que dispone el ser humano para enfrentar estas situaciones y superarlas, de igual manera conocer los tipos de patologías que se pueden desarrollar al vivir este tipo de experiencias.

El análisis que se hace de la literatura permite sintetizar, toda información útil para el psicólogo que interviene en la emergencia, usando como base los tres procesos mas importantes para la labor del psicólogo: la evaluación, el diagnóstico y la intervención. Pero es de resaltar que solo a través de la experiencia psicológica y de la transmisión de esta en información documentada y científica, se obtendrá y reconocerá el verdadero conocimiento que enriquecerá a la ciencia de la psicología.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El presente trabajo pretende realizar una exploración teórica sobre una de las nuevas áreas de aplicación de la psicología, como es el caso de la psicología de emergencia; un nuevo enfoque que trae un tema relevante para la situación que por décadas se ha vivido en Colombia; innumerables acciones de violencia y terrorismo que de igual manera ha dejado cantidad de víctimas. Esta exploración busca sobretodo aproximarse al conocimiento en la atención psicológica que se da a las víctimas del terrorismo en el momento inmediatamente posterior al suceso.

Teniendo en cuenta que la psicología estudia al individuo en sus múltiples dimensiones aspectos y contextos, es importante reconocer la labor del psicólogo en este campo precisamente, donde el ser humano es mas vulnerable, de tal manera que se pueda intervenir y reconocer las formas como el individuo enfrenta y se recupera de situaciones tan traumáticas. Es así como en la actualidad se ha considerado importante la labor psicológica en esta área; aunque no es la primera vez que se le ha dado tanto valor al papel del psicólogo dentro de los conflictos bélicos; pero, entrar a trabajar directamente con la víctima en la situación misma de crisis, sigue siendo un reto para la psicología.

El trabajo que hasta ahora se ha llevado a cabo ha permitido que se incorporen nuevos conceptos a la disciplina, el estrés postraumático es un ejemplo de ello, tradicionalmente la psicología pretende diagnosticar a las personas, en este caso a las víctimas, rotularlas, encasillarlas, en un intento desesperado por entender y trabajar sobre la vida afectiva humana. En esta tarea uno de los fines es ser objetivo y científico. Muchas veces durante la construcción de estos conceptos la psicología tiende a alejarse de la realidad que sufre y vive la víctima, llegando hasta el punto de querer convertir cualquier emoción en algo patológico, de tal manera que no facilita a las personas (víctimas) conocer la realidad de su padecimiento. Como resultado de esto las explicaciones que da el profesional de la psicología al respecto se pueden volver ambiguas por la misma falta de consenso en la materia.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

A partir de todo lo anterior y en aras de conocer este nuevo enfoque, surge el interrogante:

¿Cómo se esta aplicando o en que consiste la intervención psicológica en el campo de la emergencia, y que se esta haciendo para garantizar una atención profesional a las personas víctimas del terrorismo, específicamente durante el periodo posterior al suceso?

1.3 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA.

El interrogante anterior sin duda conlleva a otros que se espera poder explorar durante la presente investigación. Estas preguntas son:

¿Cuáles son las herramientas con las que cuenta el psicólogo de emergencia para garantizar que está llevando a cabo un trabajo verdaderamente profesional?

¿Se tiene claridad sobre en que momentos se debe intervenir?

¿Todas las personas que han experimentado atentados terroristas necesitan intervención psicológica?

¿Qué pasa con las víctimas secundarias?, ¿cómo es la intervención?

¿Hay claridad en cuanto al concepto de estrés postraumático?, ¿Qué opinión tienen los diferentes autores?

¿Cuáles son los límites y la extensión de la psicología de emergencia?

2. JUSTIFICACIÓN

2.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Para la elaboración de la siguiente monografía se investigo material bibliográfico actual y científico teniendo en cuenta que la psicología de emergencias es un campo relativamente nuevo sobre todo en lo concerniente al trabajo con víctimas.

No es mucha la bibliografía que se ha escrito al respecto, por tanto los autores que se abordaron, elaboraron normalmente un análisis de sus propias experiencias como intervinientes, específicamente sobre la labor que realizaron con las víctimas en el momento inmediatamente posterior a las situaciones de emergencia. Muchos de estos eventos han impactado a la humanidad entera, como fue el caso de los atentados terroristas en Estados Unidos y en España. Estos eventos independientemente de la cultura, religión, ubicación geográfica, han sido conocidos en todos los lugares del mundo, no solo por la cantidad de víctimas primarias y secundarias, sino por las poderosas emociones que desencadenan en relación con el tamaño del impacto a nivel afectivo. En estas situaciones hablar de víctimas primarias y secundarias es limitante, se trata de toda una generación de víctimas.

Las fuentes bibliográficas consultadas en este trabajo permiten analizar el quehacer psicológico desde los conocimientos que se tienen hasta ahora y permiten crear interrogantes, con el propósito de conocer la realidad de las víctimas. Los autores consultados comparten con los lectores y la comunidad científica su rol como psicólogos intervinientes, dan a conocer el tipo de evaluaciones que realizaron, los diagnósticos que se produjeron y las intervenciones que aplicaron en los atentados terroristas más grandes de la historia. Estos recuentos permitieron alimentar esta investigación, que tiene como fin hacer un aporte a la construcción teórica y al mismo tiempo ayudar en la búsqueda de elementos prácticos en el momento de aplicar el conocimiento psicológico. Esta monografía se construye a partir del análisis del material producido por psicólogos que han estado en el momento del desastre, no como simples observadores, sino como practicantes parte del equipo de trabajo. A partir de esta experiencia se le ofrece al lector este estudio.

2.2. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Esta investigación es de tipo teórico. Como se ha señalado la psicología de emergencia es una rama nueva que aún puede enriquecerse en este aspecto, por lo tanto la revisión de las herramientas metodológicas de la psicología en relación con la evaluación e intervención son importantes para la definición adecuada de la labor del psicológico en situaciones de emergencia. La construcción e identificación de un marco teórico relevante a esta rama que permita traer a colación conceptos para la construcción teórica de la psicología de emergencia es crucial para establecer nuevas consideraciones y también para diseñar instrumentos de evaluación e intervención. Al mismo tiempo es importante tener claridad en los conceptos que se manejan en esta área, ejemplo: el diagnostico

de estrés postraumático, la intervención en crisis, entre otros. Otro aspecto importante es conocer y definir el tipo de sintomatologías que pueden desarrollarse en pacientes individuales. Los aspectos mencionados pueden contribuir al crecimiento de ese marco referencial que influenciara y permitirá actuar al profesional de la psicología de emergencia.

La información teórica en psicología de emergencia es escasa, por tanto es interesante poder contribuir desde el conocimiento a esta rama de la psicología que siempre enfatiza en las problemáticas humanas en situaciones de emergencia.

No esta demás resaltar un aspecto que hace mas difícil llevar a cabo un trabajo practico en psicología de emergencia. Este esta relacionado con el hecho de que a pesar de los altos índices de violencia en Colombia y la frecuencia de los atentados terroristas es muy difícil para los profesionales estar presente en estos sitios debido a la inaccesibilidad a los lugares donde suceden y la impredecibilidad de su ocurrencia (Ej.: no se sabe cuando van a ocurrir). De tener tal conocimiento seria obvio que podrían evitarse. Otro aspecto de tener en cuenta es que el espacio de participación es muy selectivo. Un limitante para el acceso a tales situaciones es que los espacios son comúnmente reservados para los especialistas, y para personas con larga trayectoria y amplio conocimiento en la materia. Por razones de seguridad y por la delicadeza del problema, incluyendo la consideración que se debe tener con las víctimas, son motivos que incrementan la dificultad del acceso. Un ejemplo esta relacionado con la integridad no solo física pero también psicológica de las víctimas. Su vulnerabilidad para una retraumatización en esos momentos es un aspecto que los profesionales tratan de considerar y proteger. Estas razones contribuyen a darle a este trabajo una perspectiva teórica dándole una mirada analítica desde la experiencia narrada y abordada en la literatura por otros científicos en el campo.

2.3 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Colombia es un país que ha sufrido los estragos de los atentados terroristas, resultados de una guerra que lleva más de 50 años. Los medios de comunicación están llenos de noticias sobre violadores de niños, asesinos en serie, terroristas y estas noticias son "*pan diario*" de los noticieros. El público reacciona con medidas como poner murales identificando violadores con el fin de exponerlos al escarnio público, pero, esta preocupación no parece un extenderse a las víctimas si no que denota un mayor interés por los victimarios. Surgen a menudo preguntas como: ¿donde están las víctimas?, ¿que ha pasado con ellas?, ¿se han recuperado de su drama?, ¿llevan una vida normal?, ¿olvidaron el suceso?, ¿lograron perdonar?. Son muchas inquietudes alrededor de ellas que no parecen reflejarse en los medios de comunicación y que hacen que se conviertan en sombras en un implícito que no se toma en cuenta.

Este estudio es un llamado a tener en cuenta no al verdugo, si a su víctima; es además una propuesta de reflexión que ayudará a quienes tengan interés en esta área a profundizar en la labor psicológica hacia la víctima, a tratarla con respeto, a investigar más en lo metodológico para que su manejo sea adecuado y contribuir así con un trabajo profesional enfocado a sus necesidades. El presente estudio busca servir de apoyo al psicólogo, aportando conocimientos a nivel teórico, que le permitan clarificar la intervención psicológica y en general atender adecuadamente a personas víctimas de situaciones violentas, particularmente víctimas de actos terroristas.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL.

Analizar la literatura existente acerca de las técnicas de intervención psicológica para situaciones catastróficas/traumáticas

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Identificar las bases teóricas que fundamentan la intervención psicológica en la situación de emergencia.

Explorar el rol del psicólogo en la atención de personas que acaban de sufrir un episodio traumático.

Recopilar las técnicas que permiten la evaluación, el diagnóstico y la intervención de una persona que acaba de sufrir un episodio traumático.

Identificar las patologías que se pueden desarrollar como resultado de haber sido víctima directa o secundaria de un atentado terrorista.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 MARCO CONCEPTUAL

4.1.1 Psicología De La Emergencia. Lorente (2003)¹ define a la psicología de emergencia desde su hacer, y la señala como la aplicación del conocimiento general de la psicología a las situaciones de emergencias. Esta definición ampliada por Araya (2001)² quien la define como la rama de la psicología que estudia los fenómenos presentes en una situación de peligro sea natural o provocada por el hombre.

Como objeto de estudio de la psicología en este ámbito, Lorente (2003)³ señala que es el “conjunto de emergencias”, que están determinadas por el tiempo (antes, durante y después de la emergencia), las circunstancias de la emergencia y los sujetos inmersos en tales situaciones. El determinante “sujetos” incluye no solo a las víctimas directas, también a sus familiares, allegados e intervinientes.

Dentro de la situación de emergencia existe un aspecto importante de definir para el tema que interesa a este trabajo, y es la crisis; Araya (2001)⁴ la define como un proceso que permite la liberación de elementos reprimidos, siendo el resultado de una perturbación, la cual provoca una parálisis de los elementos protectores o moderadores de los desordenes e incertidumbres, que finalmente lleva a la desorientación del individuo. En resumen desde esta perspectiva, la crisis es una situación extraordinaria que desestabiliza el equilibrio de la persona, ocasionando un impacto físico, psicológico, social, económico y/o ambiental, individual y/o grupal.

Otros autores han considerado la crisis como un estado agudo de larga duración (meses hasta años), Caplan (1964)⁵ por ejemplo considera que la crisis se puede

¹ LORENTE, Ferran. Reflexiones sobre la intervención psicológica en emergencias: El caso Español. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, N° 2 (2003). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num2vol2-2003.pdf.

² ARAYA (2001). La Percepción psicológica el riesgo y el desastre, por CORTÉS, Engels. Vol. 1, N° 2 (2003). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num2vol1-2003.pdf.

³ LORENTE, Ferran. Reflexiones sobre la intervención psicológica en emergencias: El caso Español. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, N° 2 (2003). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num2vol2-2003.pdf.

⁴ ARAYA (2001). La Percepción psicológica el riesgo y el desastre, por CORTÉS, Engels. Vol. 1, N° 2 (2003). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num2vol1-2003.pdf.

⁵ CAPLAN (1964). Teoría de la crisis, por SLAIKEU, Karl. México: El Manual Moderno, 1996.

resolver en un periodo de 4 a 6 semanas; según estudios al respecto que expone Kart (1996)⁶, han demostrado que en este periodo se observa un restablecimiento del equilibrio, restaurándose las enfermedades de tipo somáticas y reduciéndose las emocionales, pero la crisis puede ser mayor a 6 semanas y menor a 7 meses.

Es importante señalar que la crisis como tal, como lo plantea Rubin & Bloch (2000)⁷, es una reacción normal ante circunstancias traumáticas por lo tanto no es posible preparar a las personas para enfrentar tales eventos como tampoco se puede anticipar sobre la manera como los individuos reaccionaran ante tales acontecimientos. A pesar de estos factores se espera que las víctimas cuenten con la capacidad para afrontar estas problemáticas y aprovechar las herramientas que ofrecen otras personas que intervienen en la situación de crisis. Kart (1996)⁸ agrega que además de que la crisis sea un trastorno temporal y debido a la desorganización que produce, el individuo en tales circunstancias es incapaz de usar los métodos acostumbrados para la resolución de problemas, Taplin (1996)⁹ ha descrito este fenómeno como la *incapacidad del "mapa cognitivo"* para manejar y resolver situaciones nuevas conflictivas.

4.1.2 Crisis Y Reacciones Usuales Frente A La Crisis. Los individuos que se enfrentan a una crisis o que pasan por una situación crítica experimentan al comienzo confusión y desorden, entran en un estado de completo aturdimiento estados emocionales que les impiden actuar y responder a la situación adecuadamente. Este desorden es la primera reacción que se presenta después del impacto traumático, seguido a esta primera reacción el individuo se niega (negación) a la aceptación de lo que ha vivenciado, por lo tanto puede reaccionar como si nada estuviera sucediendo. Posterior a esta etapa viene lo que Kart (1996)¹⁰ denomina como intrusión es decir el momento en el cual se comienzan a presentar de manera involuntaria, abundantes ideas dolorosas, para por ultimo llegar a la traslaboración que es el proceso en el que se logran expresar, identificar y divulgar los pensamientos.

⁶ SLAIKEU, Karl. Teoría de la crisis. México: El Manual Moderno, 1996.

⁷ RUBIN, B and BLOCH, E. Nuestra reacción ante la crisis y el trauma. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2000. P. 47-70.

⁸ SLAIKEU, Karl. Teoría de la crisis. México: El Manual Moderno, 1996.

⁹ TAPLIN (1971). Teoría de la crisis, por SLAIKEU, Karl. México: El Manual Moderno, 1996.

¹⁰ SLAIKEU, Karl. Teoría de la crisis. México: El Manual Moderno, 1996.

Martín, Montes & Berasategui (2004)¹¹, observaron que las personas que se atendieron el 11-M por los atentados en Madrid, presentaban estados emocionales como tristeza, rabia y dolor. Su expresión verbal era escasa y giraba entorno a reproches y preguntas como: “¿Qué voy hacer?” o frases como “mi vida no tiene sentido”. Ellos registraron por ejemplo en el esposo (a) de una de las víctimas un estado de embotamiento con reducción de la conciencia y atención disminuida, con signos paralelos a la crisis de pánico (sudoración, rubor, percepción subjetiva de parálisis progresiva del lado derecho del cuerpo), como también la disminución de su capacidad de decisión sobre cuestiones prácticas. En cuanto a las reacciones en los grupos familiares se observaba la necesidad de contacto físico expresada en abrazos o en la necesidad de mantener proximidad física.

Teniendo en cuenta la simultaneidad en que se afectan los sentimientos, la conducta, las relaciones sociales y el funcionamiento físico Kart (1996)¹² enumera los factores psicológicos de la crisis de la siguiente manera:

- Sentimiento de cansancio y agotamiento.
- Sentimiento de desamparo.
- Sentimiento de inadecuación.
- Sentimiento de confusión.
- Síntomas físicos.
- Sentimientos de ansiedad.
- Desorganización del funcionamiento en sus relaciones laborales.
- Desorganización del funcionamiento en sus relaciones familiares.
- Desorganización del funcionamiento en sus relaciones sociales.
- Desorganización en sus actividades sociales.

Estos factores permiten ver como después o durante una situación de crisis y como resultado de la reducción de las defensas a nivel físico y psicológico el individuo puede comenzar a presentar cambios a nivel fisiológico que ocasionan alteraciones en el comportamiento, en las emociones y las relaciones sociales,

4.1.3 El Duelo. Martín García & Bulbuena (2004)¹³ definen el duelo como un conjunto de estados emocionales que se presentan como resultado de sentirse privado de alguien o algo significativo para la vida del individuo afectado. El duelo

¹¹ MARTÍN, R, MONTES, M and BERASATEGUI, B. Intervención en crisis en situación de desastre y duelo agudo: la experiencia del dispositivo en el tanatorio de San Fernando de Henares (Madrid), tras el 11-M. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, Nº 3 (2004). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num3vol2-2004.pdf.

¹² SLAIKEU, Karl. Teoría de la crisis. México: El Manual Moderno, 1996.

es definido como un proceso que puede catalogarse o síndrome o trastorno afectivo y que se presenta en el individuo teniendo en cuenta su individualidad y contexto sociocultural en el que se encuentre. Estos autores agregan que los síntomas vinculados a la situación de crisis son similares a los encontrados en la depresión, presentándose síntomas físicos que desaparecen rápidamente y síntomas psicológicos de mayor durabilidad.

Martín (2004)¹⁴ argumenta que el proceso de duelo pasa por las siguientes fases:

IMPACTO O SHOCK: es un estado aturdimiento, perplejidad acompañado de síntomas de ansiedad, se inicia en el momento exacto de conocer la pérdida, puede durar varias semanas o días.

REPLIEGUE O DEPRESION: el paciente se lamenta y protesta, experimenta desesperanza, tristeza, irritabilidad, inquietud puede durar hasta un año.

RECUPERACION O RESOLUCION: es la resolución del proceso; aceptación de la muerte y retorno a la vida normal.

El duelo es también considerado como un proceso normal que se presenta ante la pérdida de un ser querido u otras formas de pérdidas, como la amputación de un miembro corporal. En el duelo la pérdida no está necesariamente vinculada a la muerte. Este puede ocurrir por la ruptura o finalización de un proceso habitual, por ejemplo la terminación de una relación amorosa, el renunciar o ser despedido de un empleo, etc. Todo el proceso de sufrimiento ante una situación que genera dolor y malestar para el individuo debe ser abordado desde el punto de vista psicológico como esperado. Pero puede también ocurrir que estas situaciones dejen residuos más permanentes y/o se conviertan en patológicas. Martín (2004)¹⁵ por ejemplo explica que el psicólogo puede identificar, cuando el duelo se ha

¹³ MARTÍN, M; GARCIA, C and BULBUENA, A. El abordaje del duelo y la situación de crisis. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 1, Nº 3 (2004). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num3vol1-2004.pdf.

¹⁴ MARTÍN, R, MONTES, M and BERASATEGUI, B. Intervención en crisis en situación de desastre y duelo agudo: la experiencia del dispositivo en el tanatorio de San Fernando de Henares (Madrid), tras el 11-M. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, Nº 3 (2004). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num3vol2-2004.pdf.

¹⁵ MARTÍN, R, MONTES, M and BERASATEGUI, B. Intervención en crisis en situación de desastre y duelo agudo: la experiencia del dispositivo en el tanatorio de San Fernando de Henares (Madrid), tras el 11-M. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, Nº 3 (2004). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en Internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num3vol2-2004.pdf.

convertido en patológico en el momento en que el individuo experimenta expresiones inapropiadas ante el dolor como cuando se evidencia la aparente ausencia de sufrimiento o cuando se presentan alteraciones serias de la conducta en el individuo como, intenciones suicidas o estados psicóticos. Otro aspecto es la duración, cuando el duelo se prolonga más allá del tiempo esperado (ej. Mas de un año). Otros aspectos concuminantes al duelo están relacionados con factores biológicos problemáticas en el sistema inmunológico, endocrino acompañados de factores psicosociales como los cambios en el estilo de vida (alcohol, tabaquismo, y desordenes alimenticios).

Por otro lado Kart (1996)¹⁶ manifiesta que así el duelo tome un camino normal o patológico debe ser considerado como una crisis durante la cual el individuo experimenta una secuencia de estadios, ya mencionados antes como. El desorden, la negación, la intrusión, la translaboración. La terminación del duelo sería el momento que demarca la etapa final de la experiencia y cuando se logra integrar esta a la vida del individuo.

Es importante señalar que el duelo por muerte natural y el duelo por perdida ante un atentado terrorista no pueden ser vividos por el individuo de la misma manera aunque las etapas del proceso sean las mismas. Antes que el proceso normal del duelo culmine puede ocurrir que el individuo en forma defensiva busque hallar un culpable a su problemática. Si la muerte ha sido natural puede tender a culpar a un entidad todo poderosa, pero si la perdida esta relacionada con un atentado terrorista el individuo se ve enfrentado a un culpable que existe en realidad y convierte al doliente también en víctima.

4.2 MARCO TEORICO

4.2.1 Evaluación De La Persona. Debido a la diversidad de conflictos que se viven en la sociedad sea moderna sea por motivos políticos, económicos y/o religiosos, el ser humano recurre a la violencia como medio para ejercer poder y dominio sobre las comunidades buscando así que prevalezcan las normas de unos cuantos en la sociedad. En ocasiones la violencia se ejecuta por medio del terror y lo actos terroristas, como los ocurridos en Estados Unidos el 11 de septiembre del 2001 y en España el 11 de marzo del 2004, dejan comúnmente innumerables víctimas. Estos sucesos que sin duda han marcado enormemente a la humanidad han dejado muchas experiencias que pueden ser usadas como aportes a las ciencias, sociales especialmente en el campo de la psicología de emergencia.

4.2.1.1 La evaluación psicológica en la situación de emergencia. Tomado como base los atentados del 11-S en Estados Unidos y 11-M en España, es

¹⁶ SLAIKEU, Karl. Teoría de la crisis. México: El Manual Moderno, 1996.

importante conocer la labor del psicólogo en estas situaciones de emergencia con el ánimo de aplicarlas a otras situaciones similares. La evaluación por ejemplo, es un aspecto de la atención psicológica que puede servir de modelo en la atención de víctimas en otras partes del mundo. Hillers & Rey (2005)¹⁷, reportan que durante los atentados terroristas de España, se creó el SUMMA 112 (Dispositivo Especial de Atención Psicológica), con el fin de prestar los primeros auxilios psicológicos. Esta herramienta psicológica aborda el siguiente procedimiento Realizar el contacto psicológico.

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

Moreno (2004)¹⁸, señala que lo más importante en el trabajo de emergencia es focalizarse en la “necesidad de la víctima” y a partir de allí para la evaluación y los parámetros de intervención.

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

Uno de los instrumentos no psicométricos usados actualmente fue diseñado por Loren (2003)¹⁹, y permite evaluar y valorar a la persona en crisis a través de la aplicación del PEIVD (Protocolo De Evaluación Inicial a Víctimas Directas)²⁰, Este

¹⁷ HILLERS, R and REY, M. Dispositivo de atención psicológica del SUMMA 112, tras los atentados del 11-M. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 1, Nº 4 (2005). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num4vol1-2005.pdf.

¹⁸ MORENO, Dori. El dolor compartido, reflexiones sobre el 11-M. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, Nº3 (2004). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num3vol2-2004.pdf.

¹⁹ LORENTE, Ferran. Reflexiones sobre la intervención psicológica en emergencias: El caso Español. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, Nº 2 (2003). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en Internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num2vol2-2003.pdf.

²⁰ Ver anexo (3)

instrumento intenta identificar a las víctimas que requieren mas apoyo psicológico durante la situación de emergencia, teniendo en cuenta que no todas la víctimas necesitan el mismo nivel de ayuda, ya que muchas de ellas logran reponerse a la crisis sin mayores complicaciones. La herramienta pretende identificar y predecir quienes son aquellas personas que podrían desarrollar otros trastornos a futuro y que por ende necesitarían intervención psicológica.

Loren (2003)²¹ refiere que para la aplicación de la escala el individuo debe contar con ciertas capacidades cognitivas y un nivel de conciencia relativamente normal. Para identificar el grado de conciencia se sugiere aplicar. La Escala Glasgow²² y el Mental Status Questionnaire²³. Una vez verificado el estado de conciencia de la victima se le pide que narre a su modo de experiencia el incidente. Esto ultimo con el fin de identificar el estado afectivo y cognitivo en el que se encuentra. El psicólogo puede utilizar preguntas como: *“y ahora que se encuentra a salvo, ¿qué piensa sobre lo que le ha pasado?”*.

Estas medidas permiten evaluar en las víctimas los siguientes aspectos:

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

Loren (2003)²⁴ agrega que durante la evaluación debe tenerse en cuenta los estados de disociación, pánico intenso y desesperanza del individuo y para identificarlos el psicólogo puede apoyarse en preguntas como: *“¿En algún momento se ha sentido como si aquello no le estuviera ocurriendo a usted, como si hubiera salido de su cuerpo?, ¿En algún momento ha sentido que la situación no tenía salida, que iba a morir irremisiblemente?”*. También es relevante para el

²¹ LORENTE, Ferran. Reflexiones sobre la intervención psicológica en emergencias: El caso Español. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, Nº 2 (2003). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num2vol2-2003.pdf.

²² Ver anexo (1)

²³ Ver anexo (2)

²⁴ LORENTE, Ferran. Reflexiones sobre la intervención psicológica en emergencias: El caso Español. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, Nº 2 (2003). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num2vol2-2003.pdf.

proceso evaluativo explorar la existencia de antecedentes médicos y psiquiátricos premorbidos, al igual que la existencia de pasadas crisis de ansiedad vinculadas a eventos traumáticos.

4.2.2 Elementos Del Diagnostico Y Sicopatología. Las situaciones traumáticas en la vida de un individuo pueden llevar al desarrollo, psicopatologías debido a que durante tales eventos se perturban o se trascienden los límites de la persona a nivel psicológico y físico. Un ejemplo puede ser que el individuo se vea en obligación de tener que presenciar imágenes intolerables para su psiquis. La pérdida de los seres queridos y la manera tan violenta de agresión puede dejar traumatismos significativos en quienes son testigos directos del evento violento. Sin embargo no todos los individuos presentan psicopatologías muchos de ellos se recuperan satisfactoriamente, e igualmente los síntomas no se presenta de la misma manera para todas las personas. Las diferencias individualidades junto con la capacidad de cada uno para enfrentar estas situaciones no se debe pasar por alto como factores moduladores de los resultados psicológicos de la experiencia.

La comprensión de los aspectos ayuda en el establecimiento de diagnósticos que permiten una intervención psicológica adecuada, como es el caso del diagnostico de trastornos como el estrés postraumático, que se presenta frecuentemente en este tipo de situaciones.

4.2.2.1 Estrés Postraumático. Durante la segunda guerra mundial la psicología se oriento a explicar una serie de síntomas que experimentaban los soldados combatientes. Los síntomas identificados eran: vértigo, taquicardia, temblor extremo, mareo, sensaciones de hormigueo en los brazos o manos y transpiración, fue así como surgió la llamada *neurosis de guerra*.

Rubin & Bloch (2000)²⁵ argumentan que con el transcurso del tiempo y en medio de los datos clínicos reunidos a partir de eventos traumáticos se empezaron a identificar algunas reacciones psicológicas adicionales. Planamiento emocional, incredulidad, perturbaciones del sueño, pesadillas, enojo e irritabilidad, pensamientos intrusivos, tristeza, olvido y pérdida de concentración; miedo a “volverse loco”, fueron reacciones comunes a las víctimas de trauma. Adicionalmente hallaron también sentimientos de culpa del superviviente, pérdida de la sensación de seguridad del mundo, pérdida de confianza en los demás, incremento en el uso del alcohol y droga, aislamiento social, excitabilidad, inquietud, nerviosismo, quejas de dolor, síntomas de gripe, minimización del incidente traumático, hipervigilancia, sentimientos de vergüenza, desesperación, desesperanza, vértigo, temblor, mareo, sentimientos de euforia, taquicardia,

²⁵ RUBIN, B and BLOCH, E. Nuestra reacción ante la crisis y el trauma. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2000. P. 47-70.

alteraciones de la percepción del tiempo. Esta enumeración de síntomas que constituyen el desorden del estrés postraumático, pueden ser desarrollados justo después de que el individuo haya sido expuesto a un evento traumático en donde hubo peligro de daño a su integridad física.

Los factores estresantes pueden incluir la muerte de alguien significativo, una amenaza en la vida del paciente o de alguien más, heridas físicas serias o una amenaza a la integridad psicológica del afectado.

Los criterios de diagnósticos formulados en el DSM-IV en relación con el estrés postraumático son:

- Cinco síntomas de re-experimentación
- Al menos tres de siete síntomas de evitación
- Dos de cinco síntomas de activación

Otra condición del diagnóstico requiere que los síntomas hayan perdurado por dos semanas o más y haberse presentado en los últimos 30 días después del suceso traumático.

Durante los atentados terroristas del 11-S en Estados Unidos, se creía que dos millones de personas necesitarían ayuda psicológica. Se creó entonces el llamado *Project Liberty*, para el cual se desembolsaron 154 millones de dólares con el fin de prestar ayuda psicológica gratuita a los afectados. Pero a pesar de esta inversión se encontró que hasta el Marzo siguiente a los atentados solo medio millón de personas solicitaron ayuda. El proyecto anticipaba que por lo menos 560 ciudadanos, (el 90% de las víctimas indirectas) presentarían durante los 3 o 4 primeros días por lo menos algunos de los síntomas de estrés postraumático (recuerdos, pensamientos intrusivos y recurrentes, dificultades de concentración, irritabilidad, problemas de sueño y malestar al recordar el suceso). La significativa reducción en la búsqueda esperada de apoyo psicológico es explicada por Vera (2006)²⁶ como una prueba de que la mayoría de las personas no presentan síntomas de estrés postraumático y que en muchos casos no se hace necesaria la intervención psicológica. La capacidad resiliente de los individuos pudiera ser el factor defensivo que contribuya a la forma como se enfrenta a situaciones traumáticas. Un estudio realizado con individuos que presentaron síntomas de estrés postraumático después de los sucesos del 11 de Septiembre mostró que después de seis meses muchos síntomas habían desaparecido notoriamente. Lo

²⁶ VERA, Beatriz. Epidemiología del TEPT en los atentados del 11-S: un análisis crítico del concepto de estrés postraumático. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 1, N° 5 (2006). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num5vol1-2006.pdf.

anterior reafirmado por Vera (2006)²⁷ cuando argumenta que el estrés postraumático vendría a convertirse en el único trauma que se sana con el simple transcurso del tiempo.

Con esta visión del desorden Vera (2006)²⁸ hace una crítica a la comunidad científica sobre la manera como se ha llegado a encasillar a toda expresión de la emoción humana en especial de sufrimiento, como patológica. Esta expresión natural se puede rotular comúnmente como estrés postraumático. Vera (2006)²⁹, ejemplifica esta idea con un estudio realizado en Bosnia y Croacia donde se encontró que el temor, la desorientación y el llanto, son expresiones comúnmente catalogadas como síntomas traumáticos. Esta ligereza ha permitido que el diagnóstico de estrés postraumático se ha convertido en arbitrario y superficial. Las expresiones de sufrimiento al igual que de felicidad hacen parte de la capacidad del ser humano para sentir emociones. Estas son útiles en la discriminación de situaciones placenteras y displacenteras expresadas a través del llanto, de la risa, de las manifestaciones de la alegría, del miedo entre otras. Vera (2006)³⁰ señala que las situaciones que se catalogan como negativas permiten al individuo reconstruir su forma de comprender el mundo y modificar sus creencias.

La misma autora critica el hecho de que este tipo de diagnóstico se este utilizando como regla para medir el desorden en todo contexto cultural, sin tener en cuenta las diferencias culturales de cada grupo social. Finalmente considera que la delimitación del concepto de estrés postraumático no incluye un marco diferencial entre lo normal y lo patológico.

²⁷ VERA, Beatriz. Epidemiología del TEPT en los atentados del 11-S: un análisis crítico del concepto de estrés postraumático. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 1, Nº 5 (2006). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num5vol1-2006.pdf.

²⁸ VERA, Beatriz. Epidemiología del TEPT en los atentados del 11-S: un análisis crítico del concepto de estrés postraumático. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 1, Nº 5 (2006). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num5vol1-2006.pdf.

²⁹ VERA, Beatriz. Epidemiología del TEPT en los atentados del 11-S: un análisis crítico del concepto de estrés postraumático. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 1, Nº 5 (2006). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num5vol1-2006.pdf.

³⁰ VERA, Beatriz. Epidemiología del TEPT en los atentados del 11-S: un análisis crítico del concepto de estrés postraumático. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 1, Nº 5 (2006). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num5vol1-2006.pdf.

Por su parte Summerfield (2006)³¹ señala que aunque se pueda pensar en la existencia de una respuesta humana universal ante sucesos estresantes, las víctimas traumatizadas necesitan ayuda profesional individual. Sin embargo los modelos de trauma elaborados por la sociedad occidental podrían no ser validos para todas las culturas y tampoco abordaría diferencias individuales. Algunas personas son más vulnerables que otras y necesitarían intervención inmediata para prevenir posteriores patologías. Una aproximación generalizada del síndrome de estrés postraumático es considerada como errónea por el autor ya que deja por fuera la capacidad resiliente, de la relatividad cultural y las diferencias individuales.

4.2.3 Técnicas De Intervención Específicas. Como se señaló con anterioridad en este trabajo, la intervención de la psicología en el campo de la emergencia no es reciente. Esta data desde la primera guerra mundial, y estuvo basada sobretodo en modelos de intervención psiquiátrica. El diseño de programas como CISM (Critical Incident Stress Management), creado por Jeffrey Mitchell en 1983 ha permitido la aplicación de la técnica de intervención Debriefing. Para Vera (2006)³² Debriefing, significa hablar, expresar o narrar algo que ha ocurrido. La técnica consiste en expresar los sentimientos y emociones que se evocan con la experiencia traumática y el objetivo es lograr un orden cognitivo del evento traumático.

Esta técnica consta de 7 fases y cuatro componentes:

FASES	COMPONENTES
Introducción. Hechos. Pensamientos	<u>Introducción:</u> es la presentación del profesional y los objetivos de la técnica. <u>Narración:</u> los participantes cuentan los hechos, describen sus ideas y pensamientos.

³¹ SUMMERFIELD (1969). Epidemiología del TEPT en los atentados del 11-S: un análisis crítico del concepto de estrés postraumático, por VERA, Beatriz. Vol. 1, Nº 5 (2006). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num5vol1-2006.pdf.

³² VERA, Beatriz. Epidemiología del TEPT en los atentados del 11-S: un análisis crítico del concepto de estrés postraumático. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 1, Nº 5 (2006). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num5vol1-2006.pdf.

Reacciones emocionales.	<u>Reacción:</u> se promueve la elaboración de emociones.
Síntomas.	<u>Educación:</u> se informa los síntomas del estrés postraumático y se entrega material informativo sobre estrategias de afrontamiento.
Información.	
Reconexión.	

El Debriefing se sigue aplicando en la actualidad, pero esta sujeto a muchas críticas. La principal es que se acostumbra aplicar como una herramienta individual y no dentro de un programa de evaluación y atención. Aunque algunas investigaciones han demostrado su ineficacia, otras han remarcado su pertinencia. Autores como Galliano, Cervera & Parada (2003)³³ han sido críticos frente a la manera como se ha venido usando esta técnica y consideran que para hacerla eficaz deben incluirse escalas adicionales como IES (escala de impacto de acontecimientos Horowitz et al 1979), GHQ (General Health Questionnaire) entre otras. Ellos han desarrollado su propia estrategia EL CIPR (Procesamiento y Recuperación tras Incidentes Críticos) el cual es un marco de intervención inmediata e integral, para ser aplicado a víctimas directas. La técnica de debriefing se ha incluido en este tipo de intervención.

El modelo de intervención CIPR contiene:

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

³³ GALLIANO, S; CERVERA, M and PARADA, E. El CIPR (Procesamiento y Recuperación Tras Incidentes Críticos) un marco para la intervención postrauma y el desarrollo del debriefing psicológico. En: Cuadernos de Crisis. Vol. 1, Nº 2 (2003). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num2vol1-2003.pdf.

Respecto a este modelo Galliano, Cervera & Parada (2003)³⁴ describen CIPR como un proceso donde participan dos facilitadores en cada grupo, uno es el líder y el otro el co-líder. No hay un tiempo límite pero se espera que sea entre 2.5 o 3.5 horas. La composición del grupo es muy importante para minimizar el riesgo de retraumatización. Durante la intervención se espera que el nivel emocional se mantenga estable o en niveles que posibiliten la auto-contención, el proceso está básicamente orientado al plano cognitivo.

Las fases del CIPR son descritas así:

Fase 1: Introducción

Fase 2: El incidente: se comienza narrando el día anterior al evento traumático (pre- incidente), de igual manera se termina la fase con la narración de los participantes del momento cuando se encontraron física y psicológicamente a salvo en sus casas.

Fase 3: Después del incidente: los participantes hablan de sus reacciones físicas, psicológica u otras que se hayan manifestado días después del incidente. En este momento se les pide a los participantes que llenen un cuestionario con preguntas referidas al trauma, lo cual ayuda a los facilitadores a analizar si es necesario abordar las sesiones individuales.

Fase 4: Mecanismos de afrontamiento: se trata de explorar las estrategias positivas que han usado los individuos para recuperarse del trauma, (ej. Resiliencia).

Fase 5: Finalización.

El objetivo principal del CIPR es facilitar la recuperación psicológica del individuo que se ha enfrentado a una situación traumática.

Como se dijo anteriormente el debriefing involucra hablar, narrar lo ocurrido para ayudar a la organización cognitiva del evento que conlleva a la cura contrario a esta idea Vera (2005)³⁵ ha señalado que el hecho de narrar la experiencia traumática como herramienta de cura, no tiene evidencia científica y que la

³⁴ GALLIANO, S; CERVERA, M and PARADA, E. El CIPR (Procesamiento y Recuperación Tras Incidentes Críticos) un marco para la intervención postrauma y el desarrollo del debriefing psicológico. En: Cuadernos de Crisis. Vol. 1, Nº 2 (2003). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num2vol1-2003.pdf.

³⁵ VERA, Beatriz. Trauma y ventilación emocional: ¿mito o realidad?. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, Nº 5 (2005). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num4vol2-2005.pdf.

psicología ha asumido que guardar silencio ante una situación traumática es sinónimo de represión y que por consiguiente es un impedimento para la salud mental del individuo.

Martínez, Sánchez, Páez, Pennebaker & Rimé (2005)³⁶ refieren que en situaciones de duelo que el individuo tenga que estar constantemente hablando de la problemática puede causar un efecto negativo que no contribuirá a su recuperación. Esta recurrencia puede incluso hacer que la persona pierda las redes de apoyo. Silver & Wortman (2005)³⁷ agregan que no todas las personas necesitan hablar del trauma para recuperarse y todas las que lo hacen no necesariamente se recuperan.

En el mismo nivel de ideas pero contrario a los autores mencionados Rolle (2004)³⁸ señala que narrar lo vivido es una forma de estructurar el relato y darle forma en el recuerdo. La dinámica de grupo ayuda en el sentido que al narrar la historia frente a otros permite revivir y recordar eventos olvidados o pensamientos no considerados. Paralelo a esto Bosch (2007)³⁹ explica la importancia de la expresión emocional a nivel neurofisiológico específicamente al funcionamiento de la corteza cerebral ante situaciones de peligro. El señala que ante estas situaciones se produce un bloqueo de los lóbulos frontales, encargados de la expresión de acciones e ideas creativas a través de las palabras. Esta parte del cerebro que modula la conducta racional al bloquearse le da paso a la intervención del sistema límbico que es el encargado de integrar todas las estructuras que participan en la modulación de las emociones y la vida afectiva del individuo. Esto ocasiona respuestas automáticas como la aceleración en el ritmo cardiaco, el pulso y la respiración junto con el aumento de la temperatura corporal y la presencia de sudoración fría. El sistema límbico como gobernante de la conducta del individuo bloquea entonces la capacidad racional de pensamiento. Debido a

³⁶ MARTÍNEZ, SÁNCHEZ, PÁEZ, PENNEBAKER and RIMÉ (2001). Trauma y ventilación emocional: ¿mito o realidad?, por VERA, Beatriz. Vol. 2, Nº 5 (2005). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num4vol2-2005.pdf.

³⁷ SILVER and WORTMAN (1980). Trauma y ventilación emocional: ¿mito o realidad?, por VERA, Beatriz. Vol. 2, Nº 5 (2005). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num4vol2-2005.pdf.

³⁸ ROLLE, Dolores. 155 narraciones teñidas de valentía y sensibilidad de coraje y humanidad, de..._En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, Nº 3 (2004). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num3vol2-2004.pdf

³⁹ BOSCH, Sara. Tratamiento psicológico con víctimas de experiencias traumáticas. "1ª jornada de formación practica de intervención psicológica con víctimas de terrorismo. En: Cuaderno de crisis. Girona. Vol. 1, Nº 6 (2007). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num6vol1-2007.pdf.

estos procesos neurológicos las respuestas comunes ante el peligro son: gritar, correr, llorar, pelear, entre otras. Desde esta perspectiva narrar lo sucedido implica un esfuerzo racional que puede ayudar a la organización y regulación del evento traumático tanto a nivel cognitivo y como emocional.

Sin embargo para Vera (2005)⁴⁰ el psicólogo en la intervención debe ser sensible y tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Cuando es más beneficioso hablar.
- Donde es adecuado hacerlo.
- Bajo que circunstancias.
- Identificar, quien necesita hablar y no puede.
- Identificar, quien no lo necesita y se le obliga.

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

Rolle (2004)⁴¹ remarco que este método disemino también con el personal que labora en la emergencias y también se realizó intervención psicológica con ellos. Este entrenamiento ha permitido a los equipos de emergencia focalizar su atención en su labor de rescate y recuperación de la victima, en estas situaciones los equipos de rescate actúan como teniendo anestesia emocional, lo que pontencializa el aumento de la fuerza física y se disminuye la sensibilidad al dolor. Situaciones en donde estos limites son trascendidos como el caso del atentado del 11-M considerado un “incidente críticos estresante”, de primera magnitud ha hecho que se considere la necesidad de intervenir sobre el personal de socorro.

⁴⁰ VERA, Beatriz. Trauma y ventilación emocional: ¿mito o realidad?. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, Nº 5 (2005). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num4vol2-2005.pdf.

⁴¹ ROLLE, Dolores. 155 narraciones teñidas de valentía y sensibilidad de coraje y humanidad, de... En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, Nº 3 (2004). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num3vol2-2004.pdf

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

El proceso grupal tiene en cuenta los siguientes aspectos;

Acelerar los procesos espontáneos de recuperación.

Fase de hechos: comenzar a narrar los recuerdos.

Fase de pensamientos: que pensaban los socorristas durante sus labores respecto al dolor de la víctima.

Ser conscientes de las emociones asociadas.

Reconocer que entre los diferentes equipos de trabajo y con las mismas víctimas, compartían sucesos fuera de lo normal.

Martín (2004)⁴², plantean los siguientes aspectos como objetivos principales en la intervención psicológica en crisis:

Proporcionar los servicios adecuados de intervención psicológica.

Evaluar las condiciones y necesidades de las personas y sus familiares.

Establecer un orden de prioridades a la hora de realizar las diferentes intervenciones.

Procedimiento de atención:

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

Un aspecto importante que no se pueda pasar por alto en este procedimiento es la importancia del ambiente en el cual se interviene con la víctima y sus familiares

⁴² MARTÍN, R, MONTES, M and BERASATEGUI, B. Intervención en crisis en situación de desastre y duelo agudo: la experiencia del dispositivo en el tanatorio de San Fernando de Henares (Madrid), tras el 11-M. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, Nº 3 (2004). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num3vol2-2004.pdf.

Brunet (2002)⁴³, subraya la importancia del lugar de acogimiento de los individuos en el momento de la atención psicológica en la emergencia, también señala que los escenarios, estructuras y condiciones físicas ayudan a minimizar el riesgo psicológico. Para esto se debe tener en cuenta el tipo de personas con quienes se esta realizando la intervención, su estructura como grupo y comunidad como factores que garanticen a los participantes el respeto por sus rituales y sus tradiciones culturales.

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

El proceso de intervención debe cumplir con los siguientes objetivos:

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

Bosch (2007)⁴⁴ también enumera tres momentos en la intervención psicológica de emergencia:

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

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

⁴³ BRUNET, Ignasi. Catástofes, asistencia psicológica y organización ambiental. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol.1, Nº 1 (2002). Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num1vol1-2002.pdf.

⁴⁴ BOSCH, Sara. Tratamiento psicológico con víctimas de experiencias traumáticas. "1ª jornada de formación practica de intervención psicológica con víctimas de terrorismo. En: Cuaderno de crisis. Girona. Vol. 1, Nº 6 (2007). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num6vol1-2007.pdf.

Galliano (2003)⁴⁵, resume que la intervención psicológica es un proceso de acompañamiento que hace el profesional con el individuo que pasa por una situación traumática y que a causa del dolor que está ocasiona hace más difícil su recuperación.

La Psicoterapia breve

Este trabajo ha expuesto hasta el momento diferentes formas de intervención psicológica en situaciones de emergencia. Técnicas como *el Debriefing, el CIPR, la intervención realizada por ARIES tras el 11-M*, todas tienen en común la necesidad de brindar los primeros auxilios psicológicos y de apoyo a las víctimas secundarias (familiares y amigos) en situaciones traumáticas. Estas técnicas enfatizan en la facilitación de un entorno adecuado de intervención en la aplicación de pruebas psicométrías pertinentes en la atención individual y grupal y el seguimiento entre otras.

Con el ánimo de enriquecer la información en esta investigación es fundamental retomar la psicoterapia como herramienta primordial en el trabajo psicológico. Una de las formas de psicoterapia mas usadas en el trabajo de intervención psicológica de emergencia es la psicoterapia breve.

En la emergencia Bellak (1988)⁴⁶, aborda el concepto de psicoterapia breve, retomando los elementos fundamentales de la psicología clínica tradicional. El abordaje de la *historicidad* del individuo en relación con la *narración* que hace de su experiencia dramática es uno de los principios básicos de esta aproximación. Este se trata de vincular *experiencias traumáticas* que ha vivido el individuo en el pasado, con la experiencia que vive en la actual. El fin de esta medida es conocer cómo los eventos traumáticos pasados afectaron su vida emocional y de que manera el individuo se repuso de ellos, como también conocer el tipo de herramientas que usó para su recuperación. A partir de allí el *psicoterapeuta* puede establecer denominadores comunes entre esas situaciones pasadas y la actual (Insigth) y reconocer los aspectos positivos para trabajar sobre ellos. Con esta visión se intenta potencializar los comportamientos que ayudaron a la recuperación del individuo. El acceso a la historia del individuo le permite al psicoterapeuta *comprender* la distorsión perceptiva del evento traumático expresada en su narrativa la cual también puede verse reflejarse a través de algunos *síntomas de tipo somático*.

⁴⁵ GALLIANO, S; CERVERA, M and PARADA, E. El CIPR (Procesamiento y Recuperación Tras Incidentes Críticos) un marco para la intervención postrauma y el desarrollo del debriefing psicológico. *En*: Cuadernos de Crisis. Vol. 1, Nº 2 (2003). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num2vol1-2003.pdf.

⁴⁶ BELLAK, L; and SMALL, L. Psicoterapia Breve y de Emergencia. México, 1988. Pp., 295-321.

Desde esta perspectiva el psicólogo logra comprender la extensión del impacto que sufre una persona que enfrenta una situación de crisis. Es importante tener en cuenta las diferencias individuales que lo llevan a determinar que los factores relevantes para unas personas no son importantes para otras. Teniendo en cuenta lo anterior y con el ánimo de comprender al individuo desde su individualidad, Bellak (1998)⁴⁷ mencionó tres categorías generales que reúnen esos factores relevantes:

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

Según lo planteado por Bellak (1998)⁴⁸, el psicoterapeuta puede comprender al individuo en crisis y guiar su intervención a partir de dos concepciones. Estas concepciones son la base que permite una aproximación más realista de la problemática:

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

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

4.2.3.2 El duelo y la intervención. La intervención durante el proceso de duelo debe plantearse buscando la adaptación del individuo a su nueva situación. La consternación, la ira o la depresión presentes al inicio de la situación de pérdida varía en cada persona. Algunos individuos no exteriorizan y prefieren guardar el sufrimiento en su interior.

Para abordar el duelo Martin (2004)⁴⁹, enfatiza en los siguientes principios:

⁴⁷ BELLAK, L; and SMALL, L. Psicoterapia Breve y de Emergencia. México, 1988. Pp., 295-321.

⁴⁸ BELLAK, L; and SMALL, L. Psicoterapia Breve y de Emergencia. México, 1988. Pp., 295-321.

⁴⁹ MARTÍN, R, MONTES, M and BERASATEGUI, B. Intervención en crisis en situación de desastre y duelo agudo: la experiencia del dispositivo en el tanatorio de San Fernando de Henares (Madrid), tras el 11-M. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, Nº 3 (2004). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num3vol2-

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

También recomienda que hacer cuando el individuo experimenta, perplejidad, crisis de llanto o inhibición extrema:

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

4.2.3.3 ¿Y los niños? Para la adecuada intervención psicológica con los niños se debe tener en cuenta que son seres en desarrollo y que no pueden contar con las herramientas psicológicas para el enfrentamiento de situaciones críticas de la misma manera como lo hacen los adultos. Por ejemplo los niños de 1-5 años tienen todavía en vía de desarrollo las habilidades mentales y verbales necesarias para enfrentar este tipo de situaciones traumáticas y por lo tanto les es difícil comprender lo que sucede a su alrededor. El tipo de lenguaje usado por el psicólogo debe ser por lo tanto adecuado para la edad en la cual se encuentra el

niño. Otro factor de tener en cuenta es su vulnerabilidad. Esto requiere del psicólogo mantener una posición de respeto hacia el niño. Debe por ejemplo pedir permiso al niño para acercarse y ser sensible a las necesidades del niño respecto a la proximidad física del adulto. El permiso explícito tanto al niño como al adulto o a quienes lo cuidan debe obtenerse en todos los momentos de la intervención psicológica. El contexto donde llevar a cabo la intervención puede variar. Esta puede ser colectiva o individual y ocurrir dentro del ámbito escolar, hospitalario o domiciliario. La forma como se debe tratar a los niños durante situaciones traumáticas ha sido enriquecida por las partes sobre el tema que han hecho los autores como Rubin (2000)⁵⁰ & Lalande (2005)⁵¹.

Lalande (2005)⁵², por ejemplo señala que es importante hablar primero con los padres o responsables del cuidado de los niños, con los equipos docentes y directivos y recomienda que antes de hacer una sesión de intervención con los niños se debe realizar una sesión con los docentes y/o el colectivo de padres.

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

Ante el trauma los niños pueden responder de diversas maneras. A los seis años por ejemplo pueden no querer regresar al colegio y desear estar con sus padres constantemente. Pueden también presentar conductas agresivas, enuresis nocturna, succión del dedo o mostrar una relación ansiosa con los "objetos de transición". Los adolescentes, pueden restar importancia a lo ocurrido, pelear con sus padres sin motivo aparente, bajar en su rendimiento académico. Muchas veces prefieren retirarse en solitario, aislarse, deprimirse o perder el sentido de la responsabilidad. Otras reacciones pueden ocurrir como más demandantes y

⁵⁰ RUBIN, B and BLOCH, E. Nuestra reacción ante la crisis y el trauma. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2000. P. 47-70.

⁵¹ LALANDE, Marga. La papelera de los sustos: intervención en la infancia y la adolescencia después de un atentado terrorista. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 1, N° 4 (2005). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num4vol1-2005.pdf

⁵² LALANDE, Marga. La papelera de los sustos: intervención en la infancia y la adolescencia después de un atentado terrorista. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 1, N° 4 (2005). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num4vol1-2005.pdf

competitivas. En intervención con adolescentes algunas de las técnicas de intervención recomendadas incluyen: recopilar noticias, hacer murales, minutos de silencio y aprovechar que prefieren el grupo para así intervenir a nivel grupal. El trabajo de Rubin (2000)⁵³ & Lalande⁵⁴(2005) describe una síntesis de estas posibles formas de intervención.

En cuanto al desorden de estrés postraumático en los niños, Schwarz (1991) describe que puede presentarse con silencios prolongados acompañados de la negativa a hablar del trauma. Otros síntomas pueden ser la vivencia recurrente del evento traumático, la pérdida de habilidades del desarrollo recientemente adquiridas y un sentido de futuro negativo o incierto. También pueden presentarse síntomas físicos como dolor de cabeza y estomago, acompañados del desinterés en actividades significativas. El trauma, según refiere el autor, puede tener mas efectos negativos en los niños que en los adultos, puesto que como se señaló al comienzo de este apartado, se afectan estructuras en proceso de desarrollo en un momento donde las herramientas cognitivas y emocionales esta en vía de regulación.

Debido a estas razones el niño necesita más apoyo de quienes lo cuidan para ayudarle a disminuir su ansiedad y garantizar su seguridad física y psicológica.

⁵³ RUBIN, B and BLOCH, E. Nuestra reacción ante la crisis y el trauma. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2000. P. 47-70.

⁵⁴ LALANDE, Marga. La papelera de los sustos: intervención en la infancia y la adolescencia después de un atentado terrorista. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 1, N° 4 (2005). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num4vol1-2005.pdf

ROL DEL PSICÓLOGO EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS QUE ACABAN DE SUFRIR UN EPISODIO TRAUMÁTICO

Teniendo en cuenta que la psicología comienza a involucrarse con las situaciones de emergencia a partir de la primera guerra mundial (2004)⁵⁵, se puede ver a través del tiempo como el rol del psicólogo se ha ido transformando. Las demandas contemporáneas han influenciado esta transformación. En otros tiempos el psicólogo debía seleccionar a los candidatos psicológicamente aptos para la guerra pero después se vio obligado a tratar a los individuos afectados por el “Estrés de Guerra”. Durante los años 70’ el psicólogo comenzó a involucrarse en el diseño de programas con el fin de intervenir sobre aquellas personas que se han visto afectadas por situaciones de emergencia. El programa de Critical Incident Stress Management, explicado anteriormente en este trabajo y en el cual se enfatiza en la técnica de Debriefing, es uno de ellos.

Con cada época hacen su aparición nuevas necesidades y el papel del psicólogo se va acoplado a cada situación histórica. A pesar que la labor del psicólogo en la emergencia no es necesariamente nueva su rol y sus formas de intervención si lo son. Actualmente el psicólogo no se enfoca en esta área a la selección del personal para incorporar soldados a la guerra, ni tampoco trata solamente

⁵⁵ VERA, Beatriz. Debriefing: una revisión acerca de la polémica actual. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, N° 3 (2004). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num3vol2-2004.pdf.

patologías de guerra si no que tiene un papel más significativo y específico, por ende mucho más delicado y es el trato directo con las víctimas.

Debido a la vulnerabilidad de los individuos a los atentados terroristas eventos que comúnmente involucran una incontable cantidad de víctimas el papel del psicólogo ha debido encaminarse a prestar el apoyo psicológico necesario para que los individuos se recuperen de la manera más apropiada y saludable a este tipo de situaciones. Desde esta perspectiva se trata de ayudar a que el individuo en el momento inmediatamente posterior al evento traumático, cuando aún hay una cantidad de emociones crudas circulando en el individuo relacionadas incluso con las respuestas biológicas que dominan su capacidad de razonamiento. El psicólogo debe estar en capacidad de ofrecerle las herramientas que le permitan tener el control de si mismo. Con la ayuda de la intervención el individuo pueda así tomar pequeñas decisiones, planificar acciones que le permitan regular sus estados de excitación y pueda expresar de manera clara y coherente sus sentimientos.

Una de las cualidades de el psicólogo es la capacidad de “escuchar activamente” (2007)⁵⁶ al individuo. Una de las funciones de la escucha es ayudar a poner en orden el relato del individuo. Para lograr esto el psicólogo debe tener la habilidad de comprender al individuo e hilar los elementos más importantes que permitan ayudar a restablecer el autocontrol. Estos principios son fundamentales en la psicoterapia breve y deben ser aplicados desde el inicio de la intervención. Pero esta no es la única función del psicólogo de emergencia. Tiene que tener un compromiso ético también con su disciplina desde la manera como respeta al individuo tratado hasta su contribución con el enriquecimiento teórico y la investigación en este ámbito.

⁵⁶ BOSCH, Sara. Tratamiento psicológico con víctimas de experiencias traumáticas. “1ª jornada de formación practica de intervención psicológica con víctimas de terrorismo. En: Cuaderno de crisis. Girona. Vol. 1, Nº 6 (2007). [citado 25 feb., 2008]. Disponible en internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num6vol1-2007.pdf.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo *exploratorio*; para su realización se consultaron diferentes fuentes bibliográficas, con el fin de conocer las formas de evaluación, diagnóstico e intervención en psicología de emergencia, específicamente sobre la atención psicológica inmediata a víctimas de atentados terroristas.

Este tipo de estudio consistió en explorar la literatura existente sobre la labor psicológica en situaciones críticas, lo cual ayudo a que se ampliara el conocimiento del novedoso campo de la psicología de emergencia.

5.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Para la realización del presente estudio *monográfico*, se abordó una metodología *cualitativa*. Teniendo en cuenta que el psicólogo se centra en la comprensión del comportamiento humano, esta monografía, se centró en el conocimiento de las reacciones afectivas del individuo durante situaciones críticas. El fin de esta monografía es identificar que tipos de apoyo se puede brindar al individuo desde la psicología en situaciones de emergencia.

Para lograr este objetivo, se realizó un *análisis* del material bibliográfico que sirvió de apoyo para llevar a cabo este estudio. El análisis del material permitió proporcionar elementos de juicio generando aportes significativos a la psicología científica.

5.3 FUENTES Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

5.3.1 Fuentes Secundarias. Una de las fuentes consultadas para este estudio comprometieron artículos científicos obtenidos directamente de

<http://www.cuadernosencrisis.com/volums.htm>. En estos cuadernos se pueden encontrar las narraciones seguidas del análisis llevado a cabo durante experiencias vividas por los mismos psicólogos intervinientes en situaciones críticas. Este material permitió encontrar estudios que corroboran desde una mirada científica algunas formas de intervención psicológica. También permitió dilucidar sobre el manejo que se ha dado a algunos conceptos en psicología, permitiendo la elaboración de una crítica sobre los peligros de rotular, encasillar o diagnosticar a las personas arbitrariamente.

A lo anterior, se agrega el apoyo teórico encontrado en diferentes formas de material escrito, como libros que explican la manera histórica como la psicología científica empieza a ser parte de la guerra y de cómo desde allí construye el camino histórico hacia la psicología de emergencia, principal motivo de esta investigación.

5.4 Tratamiento De La Información. Al tener acceso a la bibliografía y después de una lectura concienzuda, se optó por realizar fichas bibliográficas para cada artículo (Anexo 4). Estas fichas ayudaron a recopilar y organizar la información y permitieron su acceso para el análisis. Seguido se establecieron categorías analíticas para sintetizar la información recolectada y poder cumplir así con los objetivos de este trabajo y definir sus conclusiones.

Estas categorías se manejaron de acuerdo los tres procesos más importantes de la psicología como son la evaluación, el diagnóstico, y la intervención.

Categorías:

CON RELACIÓN A LA EVALUACIÓN: se refiere a las formas de acercamiento al individuo para comprender su situación de crisis. Este primer acercamiento a nivel profesional que hace el psicólogo permite conocer con que instrumentos se cuenta para evaluar el estado mental del individuo, en el momento inmediatamente posterior al atentado terrorista e identificar las necesidades de las víctimas.

CON RELACION AL DIAGNOSTICO: en este apartado se exponen los diferentes tipos de diagnósticos que se han llevado a cabo en estas situaciones como lo son: el estrés postraumático y su pertinencia, a la vez que se hace referencia a los síntomas que permiten elaborar un diagnóstico preciso y más acertado.

CON RELACION A LA INTERVENCIÓN: se refiere a los métodos que permiten la comprensión y el tratamiento del individuo que ha vivido una situación traumática en el momento inmediatamente posterior al evento crítico (el atentado terrorista).

CON RELACION AL ROL DEL PSICOLOGO: se consigna en este apartado la importancia del papel del psicólogo en estas situaciones, lo relevante que es

integrarlo al equipo de personas y profesionales que laboran como intervinientes cuando se presentan eventos que victimizan al ser humano y pueden desencadenar trastornos de orden psicológico.

CONCLUSIONES

Para concluir este trabajo es importante resaltar los factores más importantes de la labor psicológica en la emergencia. Este trabajo enfatizo en los aspectos más relevantes en la evaluación, el diagnóstico, y la intervención psicológica. También dedico su atención al rol del psicólogo como un aspecto importante que contribuye en el éxito de la intervención. El abordamiento de estos factores ayudo a cumplir con éxito los objetivos de este trabajo.

6.1 CON RELACIÓN A LA EVALUACIÓN

Un aspecto muy importante es dejar claro que durante la emergencia el psicólogo debe trabajar sobre las necesidades individuales de la víctima y a partir de allí realizar la evaluación. Una adecuada evaluación permite la definición de la problemática del individuo y a su comprensión.

Retomando la labor de los psicólogos intervinientes tras los atentados terroristas del 11-S en Estados Unidos y 11-M en España, labor que ha sido fundamental para la realización de este trabajo, se pudo constatar que durante los procesos de evaluación se usaron las siguientes herramientas: el PEIVD (Protocolo De Evaluación Inicial a Víctimas Directas), a través del cual se permite identificar a los sujetos que requieren de ayuda profesional inmediata. Estos instrumentos tienen en cuenta que muchas personas tienen la capacidad de recuperarse por ellas mismas de estas situaciones críticas. Este protocolo de evaluación incluyó la Escala Glasgow y el Mental Status Questionnaire con el fin de medir las capacidades cognitivas de las víctimas. (ver anexo 1,2 y 3)

Otro dispositivo creado fue el SUMMA 112 (Dispositivo Especial de Atención Psicológica). Este con el fin de prestar los primeros auxilios psicológicos a las víctimas. La facilitación del contacto psicológico, examinar las dimensiones del problema, analizar posibles soluciones, asistir en la ejecución de la acción

concreta y realizar seguimiento han sido las más comunes aproximaciones usadas por los psicólogos en estas situaciones.

CON RELACIÓN AL DIAGNOSTICO

Para emitir un diagnóstico, el psicoterapeuta debe tener claridad sobre los síntomas que el individuo presenta durante la situación crítica. De tal manera que logre identificarlos cuando se están manifestando en la víctima, esto le permite ser más certero en el juicio diagnóstico.

En las experiencias narradas de los intervinientes en los atentados terroristas de España y Estados Unidos se observaron síntomas particulares tanto en víctimas directas como indirectas. Algunos de estos fueron cansancio y agotamiento, sentimiento de desamparo, de confusión y de ansiedad. También se observó desorganización del funcionamiento en el ambiente familiar, laboral y social y síntomas físicos. El reconocimiento de síntomas ayudó a diagnosticar y definir el tan controvertido diagnóstico de Estrés Postraumático. Sumados a estos signos también se observó en las víctimas la re-experimentación de la situación traumática, la evitación por cualquier medio a recordar la situación traumática y la activación de síntomas aparentemente ya superados.

El debate que recae sobre el concepto de Estrés Postraumático parece deberse a que las definiciones y modelos teóricos desarrollados por autores en este campo no han determinado sus límites. El diagnóstico del desorden del estrés postraumático es difícil ya que no debe considerar la complejidad de la emoción humana y no es fácil hacer una línea distintoria entre lo normal y lo patológico. La tristeza, el enojo, la irritabilidad y el nerviosismo, son emociones propias de los individuos pero pueden perder su regulación durante los periodos de crisis. Esto ha llevado a que se proponga un estudio más concienzudo del concepto.

6.3 CON RELACIÓN A LA INTERVENCION

Otra posición muy discutida pero que hace parte de la intervención psicológica en emergencia es la narración de los hechos como un método que permite la cura. En la actualidad estudios neurológicos han explicado la dinámica del sistema nervioso y dan credibilidad a esta metodología, puesto que narrar implica un esfuerzo cognitivo y permite la organización emocional. Permite también el planeamiento de acciones para reorganizar el caos que deja la experiencia traumática. Sin embargo se debe tener en cuenta que no todas las personas están dispuestas a contar sus experiencias y que por esta razón no necesariamente están condenadas al trauma. El psicólogo debe entonces tener en cuenta: cuando es más beneficioso hablar, donde es adecuado hacerlo, bajo que circunstancias. Debe también abrir paso a la posibilidad de resiliencia, esa capacidad natural del ser humano para sobreponerse a situaciones traumáticas por si mismo.

El Debriefing o terapia grupal ha sido una técnica muy debatida cuando se utiliza aislada de un programa más global. Es recomendable usar esta técnica acompañada de las escalas IES (escala de impacto de acontecimientos Horowitz et al. 1979) GHQ (General Health Questionnaire) entre otras, o como parte de un programa de intervención más amplio como el CIPR (Procesamiento y Recuperación tras Incidentes Críticos), pueden ser una forma más beneficiosa de intervención.

La psicoterapia es una metodología muy importante en psicología, en estos casos de emergencia se ha hablado de la psicoterapia breve como herramienta de intervención. En este caso el valor de la narrativa es crucial enfatizando en la historia del individuo. La psicoterapia breve identifica formas de afrontamiento en situaciones de emergencia pasadas y las patologías desarrolladas por los individuos. De esta manera la psicoterapia breve permite conocer a partir de la historia del individuo elementos de afrontamiento con los que se cuenta para su recuperación y los posibles trastornos que se pueden presentar a largo plazo.

6.4 CON RELACIÓN AL ROL DEL PSICOLOGO

El rol del psicólogo en la psicología de emergencia es crucial para brindar apoyo a víctimas de situaciones traumáticas. Su intervención es necesaria e importante ya que posee el conocimiento adecuado para evaluar, diagnosticar e intervenir en estas situaciones como también brindar apoyo psicológico a los individuos afectados. Claridad conceptual y práctica sobre el objeto de estudio en la psicología de emergencia es importante. Debe estar consiente de aspectos como el tiempo, las circunstancias y lo más importante la complejidad y diversidad de individuos en situaciones de emergencia.

A manera general con los trabajos que se retomaron para la elaboración de este estudio se pudo mostrar la utilidad y la importancia del rol del psicólogo. Que el psicólogo sea parte de un equipo interdisciplinario es también un factor importante en la comprensión de las necesidades de la víctima. En conjunto con los intervinientes, el psicólogo también es un interviniente en la emergencia. La psicología como ciencia humana y social hace que el papel del psicólogo en estos ámbitos sea fundamental, ya que está en juego el equilibrio psíquico y emocional del individuo.

Finalmente no está demás señalar que por medio del análisis de toda esta información, se pudo cumplir con éxito cada uno de los objetivos planteados en esta monografía. Se logró evidenciar como la psicología de emergencia es una rama de la psicología general que aún se encuentra en construcción, pero que hasta ahora ha gestado herramientas valiosas para el trabajo psicológico en la emergencia. De igual manera se cuenta hasta ahora con técnicas de evaluación e

intervención para el ejercicio de la profesión en este campo resaltando que estas técnicas que continúan siendo objeto de estudio y se siguen construyendo otras metodologías más precisas y científicas.

RECOMENDACIONES.

En este apartado se quiere hacer algunas recomendaciones para los futuros estudios en psicología de emergencias.

CON RELACIÓN A LA EVALUACIÓN

Seguir construyendo escalas de evaluación que permitan tener claridad sobre las necesidades psicológicas de las víctimas.

Estudiar otras poblaciones diferentes a la cultura occidental que pueda ampliar el conocimiento sobre la diversidad de la crisis y las formas para evaluarla.

No olvidar, que como psicólogos se cuenta con la observación clínica como herramienta de evaluación.

7.2 CON RELACIÓN AL DIAGNOSTICO

Esforzarse para crear un consenso en la comunidad científica sobre conceptos como el estrés postraumático el cual ha generado grandes debates y que a pesar de que no se ha logrado plantear diagnósticos claros aún se siguen aplicando. Esto provoca muchas veces que la intervención no sea la más adecuada y se corre el riesgo de convertir toda emoción humana como patológica.

Tener siempre presente y no olvidar que como seres humanos, se ríe, se llora, se es feliz y se sufre, pero no necesariamente por estar tristes, indispuestos, nerviosos se está tratando con un trastorno psicopatológico. Las experiencias adversas en la vida ponen a prueba al individuo pero a la vez también sacan lo mejor de él y se deja ver su capacidad resiliente.

7.3 CON RELACIÓN A LA INTERVENCIÓN

Se sugiere seguir evaluando las técnicas de intervención actuales para garantizar el apoyo profesional a las víctimas.

Construir nuevas técnicas de intervención.

7.4 CON RELACIÓN AL ROL DEL PSICOLOGO

Hacer referencia en otros estudios a la ética del psicólogo que labora en estas situaciones.

Continuar contribuyendo con estudios e investigaciones a la construcción de la rama de la psicología de emergencias.

Tener claridad sobre los límites del trabajo psicológico en la emergencia.

Realizar investigaciones respecto a los niños como víctimas en situaciones de emergencia, sobre las formas de intervención mas adecuadas, sus formas de afrontamiento, su capacidad de resiliencia, la importancia de las redes de apoyo en estos casos, entre otras cuestiones.

Realizar trabajo en aras a la prevención y no simplemente esperar a que ocurran las situaciones para trabajar sobre improvisaciones y/o seguir reproduciendo metodologías cuestionadas científicamente, que le restan valor a la psicología y hace que se cuestione el rol del psicólogo en la emergencia.

BIBLIOGRAFIA

BELLAK, L; and SMALL, L. Psicoterapia Breve y de Emergencia. México, 1988. Pp., 295-321.

BOSCH, Sara. Tratamiento psicológico con víctimas de experiencias traumáticas. "1ª jornada de formación practica de intervención psicológica con víctimas de terrorismo. En: Cuaderno de crisis. Girona. Vol. 1, Nº 6 (2007). [citado 20 feb 2008]. Disponible en Internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num6vol1-2007.pdf.

BRUNET, Ignasi. Catástrofes, asistencia psicológica y organización ambiental. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol.1, Nº 1 (2002). [citado 20 feb. De 3 a 7 PM , 2008]. Disponible en Internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num1vol1-2002.pdf.

CORTES Engels. La percepción psicológica del riesgo y el desastre. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol.1, Nº 2 (2003). [citado 20 feb. de 3 a 7 PM, 2008]. Disponible en Internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num2vol1-2002.pdf.

GALLIANO, S; CERVERA, M and PARADA, E. El CIPR (Procesamiento y Recuperación Tras Incidentes Críticos) un marco para la intervención postrauma y el desarrollo del debriefing psicológico. En: Cuadernos de Crisis. Vol. 1, Nº 2 (2003). [citado 25 feb. De 3 a 7 PM, 2008]. Disponible en Internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num2vol1-2003.pdf.

HILLERS, R and REY, M. Dispositivo de atención psicológica del SUMMA 112, tras los atentados del 11-M. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 1, Nº 4 (2005). [citado 20 feb 2008]. Disponible en Internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num4vol1-2005.pdf.

LALANDE, Marga. La papelera de los sustos: intervención en la infancia y la adolescencia después de un atentado terrorista. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 1, Nº 4 (2005). [citado 20 feb. De 3 a 7 PM, 2008]. Disponible en Internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num4vol1-2005.pdf

LORENTE, Ferran. Reflexiones sobre la intervención psicológica en emergencias: El caso Español. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, Nº 2 (2003). [citado 20 de feb. De 3 a 7 PM, 2008]. Disponible en Internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num2vol2-2003.pdf.

LORENTE, Ferran. El protocolo de la evaluación inicial de víctimas directas (PEIVD). En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, Nº 1 (2003). [citado 20 feb. de 3 a 7 PM, 2008]. Disponible en Internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num1vol2-2003.pdf.

MARTÍN, M; GARCIA, C and BULBUENA, A. El abordaje del duelo y la situación de crisis. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 1, Nº 3 (2004). [citado 20 feb. de 3 a 7 PM, 2008]. Disponible en Internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num3vol1-2004.pdf.

MARTÍN, R, MONTES, M and BERASATEGUI, B. Intervención en crisis en situación de desastre y duelo agudo: la experiencia del dispositivo en el tanatorio de San Fernando de Henares (Madrid), tras el 11-M. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, Nº 3 (2004). [citado 20 feb. De a 7 PM, 2008]. Disponible en Internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num3vol2-2004.pdf.

MARTÍNEZ, SÁNCHEZ, PÁEZ, PENNEBAKER and RIMÉ (2001). Trauma y ventilación emocional: ¿mito o realidad?, por VERA, Beatriz. Vol. 2, Nº 5 (2005). [citado 20 feb. De 3 a 7 PM, 2008]. Disponible en Internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num4vol2-2005.pdf.

MORENO, Dori. El dolor compartido, reflexiones sobre el 11-M. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, Nº3 (2004). [citado 25 feb. De 3 a 7 PM, 2008]. Disponible en Internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num3vol2-2004.pdf.

ROLLE, Dolores. 155 narraciones teñidas de valentía y sensibilidad de coraje y humanidad, de... En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, Nº 3 (2004). [citado 20 feb. de a7 PM,2008].Disponible en Internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num3vol2-2004.pdf

RUBIN, B and BLOCH, E. Nuestra reacción ante la crisis y el trauma. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2000. P. 47-70.

SILVER and WORTMAN (1980). Trauma y ventilación emocional: ¿mito o realidad?, por VERA, Beatriz. Vol. 2, Nº 5 (2005). [citado 20 feb. De 3 a 7 PM, 2008]. Disponible en Internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num4vol2-2005.pdf.

SLAIKEU, Karl. Teoría de la crisis. México: El Manual Moderno, 1996.

VALENCIA, Iván. Guerra y Barbarie (2004)

VERA, Beatriz. Epidemiología del TEPT en los atentados del 11-S: un análisis crítico del concepto de estrés postraumático. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 1, Nº 5 (2006). [citado 20 feb. De 3 a 7 PM, 2008]. Disponible en Internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num5vol1-2006.pdf.

VERA, Beatriz. Trauma y ventilación emocional: ¿mito o realidad? En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, Nº 5 (2005). [citado 20 feb. de 3 a 7 PM, 2008]. Disponible en Internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num4vol2-2005.pdf.

VERA, Beatriz. Debriefing: una revisión acerca de la polémica actual. En: Cuadernos de Crisis. Girona. Vol. 2, Nº 3 (2004). [citado 20 feb. De 3 a 7 PM, 2008]. Disponible en Internet: www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num3vol2-2004.pdf.

ANEXOS

ANEXO (1) INTERNATIONAL VERSION OF MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE

[This is a test of mental status, not organicity.]

1. How old are you? (within 2 years)
2. In which year were you born? (exact)
3. What year is it now? (exact)
4. Which month are we in? (If she/he does not know, ask for the season.)
5. What was the last meal you had? breakfast? lunch? dinner?
6. What do we call this building? (name or description)
7. Count backwards the way astronauts do: 10, 9, 8, etc.
8. How long have you been in this institution? (20% error OK)
9. Who is the director of this place?
10. How would we get from here to the dining room?

_____ Total score received.

SCORING = NUMBER RIGHT

0-3 severe confusion

4-6 moderate confusion

7-8 mild confusion

9-10 lucid and alert

NOTE: When the patient lives in an environment deprived of cues for space-time orientation, administer the test twice, giving the correct answer to the patient after each wrong answer on the first administration. If he/she remembers the correct answer the second time around, the initial error was not due to dementia, but to the environment.

ANEXO (2) DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA GLASGOW

Apertura ocular (E)

Espontánea: 4

Al estímulo verbal (al pedírselo): 3

Al recibir un estímulo doloroso: 2

No responde: 1

Respuesta verbal (V)

Orientado: 5

Confuso: 4

Palabras inapropiadas: 3

Sonidos incomprensibles: 2
No responde: 1
Respuesta motora (M)
Cumple órdenes expresadas por voz: 6
Localiza el estímulo doloroso: 5
Retira ante el estímulo doloroso: 4
Respuesta en flexión ([postura de decorticación](#)): 3
Respuesta en extensión ([postura de descerebración](#)): 2
No responde: 1

Los valores de los tres indicadores se suman y dan el resultado en la escala de Glasgow. El nivel normal es 15 (4 + 5 + 6) que corresponde a un individuo sano. El valor mínimo es 3 (1 + 1 + 1).

La puntuación obtenida es empleada para determinar estado clínico del paciente, pronóstico, indicaciones terapéuticas y realizar un seguimiento del estado neurológico. Cuando se emplea en un paciente con trauma craneoencefálico (TCE) se puede clasificar como:

TCE Leve 13-15 puntos
TCE Moderado.. 9-12 puntos
TCE Severo.... 8 puntos o menos (requiere [intubación](#))

ANEXO (3) PROTOCOLO DE EVALUACION INICIAL DE VÍCTIMAS DIRECTAS (PEIVD)

Datos censales

Nombre y apellido
Dirección
Edad.....Sexo.....
Profesión.....Estudios.....Telf
Familiares de referencia (telf. de contacto)

Evaluación de la conciencia
Escala de Glasgow

Evaluación de las funciones cognitivas
MMSE.-2

Relato del incidente

Perdidas familiares: 3 si.... 4 no....

Cuales, indicar parentesco y si procede genograma: 5

.....
.....
.....
.....

		SI		NO
DISCURSO coherencia	6		7	
DISCURSO lagunas	8		9	
DISCURSO confusión	10		11	
Negación	12		13	
Autoculpa	14		15	
Ideación autolítica	16		17	
Formulación de proyectos	18		19	
Identificación con las víctimas fallecidas	20		21	
Grado de contacto con la muerte/los muertos	22		23	
Coincidencia temporal con estresores mayores	24		25	
Atribuciones de control sobre el desastre	26		27	
Atribuciones de control sobre el futuro	27		29	
Percepción de amenaza	30		31	
Perdidas materiales elevadas	32		33	
EMOCIONES DOMINANTES				
Excitación	34		35	
Enfado	36		37	
Ira	38		39	
Soledad	40		41	
Tristeza	42		43	
Aturdimiento	44		45	
Tensión	46		47	
Intranquilidad	48		49	
Temor	50		51	
Recelo	52		53	
Agotamiento	54		55	
Otros:				

EVALUACION DEL INCIDENTE

		SI	NO
FASES DEL CHOQUE	Duración		
Inicial		56	57
Sugestión		58	59
Recuperación		60	61
Estado actual:			
Pérdida de la conciencia		62	64
>5 minutos		64	65
Amnesia		66	67
Traumática		68	69
Disociativa		70	71
Retrógrama		72	73
Anterógrada		74	75
Del incidente		76	77
Disociación		78	79
Desrealización		80	81
Pánico intenso		82	83
Desesperanza		84	85
Crisis de ansiedad		86	87
Crisis de ansiedad con necesidad de huida		88	89
Trastornos psicológicos o psiquiátricos previos		90	91
Cuales:			
*Si procede evaluación psicopatológica emplear para ello la contrapágina.			
Medicación:			
Necesidades medicas especiales:			

Evaluador.....Colegiado nº.....
 Lugar, fecha y hora.....
 Firma.

ANEXO (2) SÍNTESIS DEL MATERIAL BIBLIOGRÁFICO EN FICHAS BIBLIOGRÁFICA

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO CON VÍCTIMAS DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS. "1ª JORNADA DE FORMACIÓN PRÁCTICA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON VÍCTIMAS DE TERRORISMO"

<p>No. 001</p>	<p>DESCRIPCIÓN GENERAL Num. 6, Vol.1. Año 2007. Cuadernos de Crisis. Revista semestral de psicología de las emergencias y la intervención en crisis. www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num6vol1-2007.pdf. Este artículo permite comprender la dinámica neurofisiológica del individuo víctima de experiencias traumáticas y por ende asociar a éste la intervención apropiada del psicólogo de emergencia, no solo a nivel psicológico sino también psicofarmacológico.</p>	
<p>TEXTOS: Bosch (2007) menciona tres momentos en la intervención psicológica de emergencia: 1. La intervención en crisis 2. El seguimiento 3. El tratamiento</p> <p>A lo anterior se agrega algunos factores que inciden en el sujeto para su recuperación, después de haber pasado por una situación crítica: la edad, el estilo de afrontamiento, vínculos familiares adecuados y la inteligencia.</p> <p>Las reacciones normales del sujeto ante una amenaza son: SOBRECOGIMIENTO: reacción de inmovilidad, estupor; es el más arcaico.</p> <p>SOBRESALTO: descarga masiva de hormonas y neurotransmisores en la sangre, provocando una actitud de defensa o escape.</p> <p>Estas reacciones ocasionan que el sujeto recuerde solo fragmentos de lo sucedido, cuando los recuerdos son claros hay sensaciones de absoluto descontrol de los</p>		<p>PALABRAS CLAVES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervención psicológica en crisis - Seguimiento - Tratamiento - Redes de apoyo - Roles - Vulnerabilidad y protección

movimientos. Señala la autora que estas reacciones son un patrimonio colectivo de la especie y no son reflejos, ni características del individuo. Días después del acontecimiento se produce un enturbamiento de la conciencia, poca respuesta a los estímulos, embotamiento general, movimientos lentos y pobreza en las reacciones, sensaciones de laxitud y abatimiento. Los pensamientos son de extrañeza e incredulidad, a medida que se hace más claro el pensamiento se comienza a vivenciar de manera más dramática emociones como: dolor, indignación, rabia, impotencia, culpa y miedo.

Es común que la memoria reactive con frecuencia recuerdos del suceso de manera espontánea o en función de algún estímulo.

SOBRESALTO: Aumento de catecolamina (noradrenalina, adrenalina) dos niveles de proyección adrenergica. se produce una desconexión entre la memoria emocional (amígdala) y el adecuado componente verbal del procesamiento de la memoria declarativa (hipocampo), la persona no puede expresar aquello que siente de forma verbal (disfunción hipotalámica) siendo difícil recurrir a elementos de la memoria, así como incorporar información de lo que esta viviendo. Es más común en hombres.

SOBRECOGIMIENTO: sintomatología náuseas, vómito, diarrea, ansiedad, inquietud e hipomanía. efecto anticolinérgico, ocasiona la disminución en los niveles de atención y memoria, habla confusa, desorientación, visión borrosa, boca seca, estreñimiento y retención de orina. aumento de la neuroquímica: adrenergica y colinérgica. Es más común en mujeres y niños.

Sobre el papel del Psicólogo en la intervención en crisis, refiere la autora que debe utilizar técnicas que permitan al sujeto tomar pequeñas decisiones, planificar acciones, establecer prioridades con conductas adaptativas, lo que le permitirá regular las desproporciones en el aumento de respuesta adrenérgicas. Ayudarle a expresar lo que siente le permite restaurar la conexión entre memoria emocional y declarativa verbal. (Debriefing, EMDR).

<p>En el momento de seguimiento lo que se busca es minimizar la vulnerabilidad y maximizar la protección del individuo.</p> <p>A manera general la autora da unas pautas que se presentan durante todo este proceso, cuando ante un atentado terrorista o una catástrofe se ha irrumpido la continuidad de la cotidianidad:</p> <p>Cognitiva: relacionada con los interrogantes que plantea el individuo sobre ¿qué a pasado?, ¿porqué a mi?</p> <p>Social: redes de apoyo</p> <p>Roles: ¿qué debo hacer, cual es mi papel?</p> <p>Historia: nunca ha sido así, antes era mejor.</p> <p>Emocional: llanto, miedo, gritos, silencio.</p> <p>Fisiológica: insomnio, falta de apetito, dolor.</p> <p>Procesar un trauma es después de la supervivencia ante las puerta de la realidad de la muerte, volver a caminar por las mismas fases del inicio de la vida; de entender lo que soy de reconocermé y saber que quiero (Bosch, S, 2007, p.47).</p>	
<p>OBSERVACIONES: En este articulo esta muy bien explicado los efectos de la crisis a nivel neurofisiológico, lo cual permite comprender la intervención psicológica.</p> <p>Cuando en el texto se hace referencia a los estados de sobresalto y sobrecogimiento la autora señala que uno se presentan más en hombres y el otro en mujeres, pero no refiere ningún estado hibrido, es decir uno que contenga aspectos de ambos, ¿acaso estos estados se presentan en el ser humano de esta manera tan especifica?. De igual manera señala que están unidos al hombre a partir de nuestra historia filogenética, por lo tanto son innatos, pero según señala la autora no son puros reflejos. Seria apropiado indagar sobre ello.</p>	

EPIDEMIOLOGIA DEL TEPT EN LOS ATENTADOS DEL 11-S: UN ANÁLISIS CRÍTICO DEL CONCEPTO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

No. 002	<p>DESCRIPCIÓN GENERAL</p> <p>Num. 5, Vol. 1. Año 2006. Cuadernos de Crisis. Revista semestral de psicología de las emergencias y la intervención en crisis. www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num5vol1-2006.pdf.</p> <p>En el artículo es una crítica a la diversidad basada en evidencia científica sobre lo que se ha denominado estrés postraumático y la manera tan arbitraria y general en que se ha llegado a usar el concepto.</p>	
	<p>TEXTOS:</p> <p>Retomando los atentados terroristas del 11 de septiembre en Estados Unidos, Vera (2006) hace toda una evaluación teórica de lo que se ha considerado como estrés postraumático, a partir de estudios realizados y de datos verídicos y objetivos.</p> <p>La autora empieza señalando que la demanda en asistencia psicológica fue bastante menor a la esperada, durante estos atentados del 11-S. Se programó la suma de 154 millones de dólares para la ayuda psicológica gratuita en el proyecto llamado <i>Project Liberty</i>, planeando que por lo menos 2 millones de personas necesitarían este tipo de ayuda, pero hasta marzo solo medio millón de personas solicitaron este tipo de ayuda. Ante lo cual la autora señala que existen diferentes maneras de reacciones ante estas situaciones y diferentes maneras de afrontarlas.</p> <p>Según datos obtenidos después del ataque, se creía que de 560 ciudadanos el 90% presentarían durante los 3 o 4 días por lo menos un síntoma de estrés postraumático (recuerdos, pensamientos intrusivos y recurrentes, dificultades de concentración, irritabilidad, problemas de sueño y malestar al recordar el suceso), esto es prueba para la autora de que se ha victimizado a la víctima. Ante estos acontecimientos plantea el interrogante de ¿Por qué o cuál, es la causa de que la mayoría de las personas superen fácilmente el enfrentarse a estos acontecimientos?.</p>	<p>PALABRAS CLAVES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estrés postraumático - DSM-IV - Cultura - Estudios

A los 6 meses se realizó otro estudio, donde se mostró que la mayoría de personas no expresaban síntomas de estrés postraumático, o que los síntomas habían desaparecido notoriamente. Ante esto se deduce que las personas en 6 meses ya habían resuelto sus problemas de estrés postraumático; señala la autora que parece ser el único trauma que se sana con el simple transcurso del tiempo.

Según el DSM-IV para diagnosticar el estrés postraumático es necesario que la persona presente:

Cinco síntomas de re-experimentación

Al menos tres de siete síntomas de evitación

Dos de cinco síntomas de activación

Estos síntomas deben perdurar por dos semanas y haberse presentado en los últimos 30 días (p. 56)

Ante las evidencias de las investigaciones señala Vera (2006), podría pensarse que ante un suceso adverso estas reacciones encasilladas en la categoría de estrés postraumático son normales y que erróneamente se han considerado como síntomas patológicos.

La comunidad científica ha tenido la creencia que quien sufre un hecho traumático debe tener algún tipo de alteración, creencia que según la autora debe ser eliminada, porque no se puede seguir considerando la angustia y el sufrimiento como trastornos psicológicos.

La autora trata de definir el concepto de estrés postraumático y retoma autores como Allan Young (1995) y a Summerfield (1969) *Allan Young (1995)*, señala que el concepto es erróneo porque no es algo que haya existido desde siempre, sino que el hombre lo ha descubierto, es un producto histórico y social, que el hombre le ha ido dando forma a través de las prácticas.

Summerfield (1969) señala siete concepciones erróneas de lo que es un trauma:

Existe una respuesta humana universal ante sucesos estresantes.

Una gran cantidad de víctimas traumatizadas necesitan ayuda

<p>profesional.</p> <p>Hay determinadas situaciones que por su gravedad causan no solo sufrimiento sino trauma. Los modelos de trauma elaborados por la sociedad occidental son validos para todas las culturas.</p> <p>Existen grupos e individuos mas vulnerables que necesitan ayuda profesional.</p> <p>En situaciones de emergencia es necesaria una intervenci3n inmediata para prevenir posteriores patologías.</p> <p>Los trabajadores locales son vulnerables a la traumatizaci3n Señala la autora que el estr3s postraumático es una realidad para la cultura occidental y no tiene porque serlo para todas las dem3s culturas, agrega <i>“es de vital importancia darse cuenta de nuestra relatividad, de nuestras concepciones sobre el trauma y sus consecuencias y del peligro de llevarse el DSM-IV bajo el brazo”</i> (p. 62).</p> <p>El concepto de estr3s postraumático se muestra incapaz de delimitar se propio marco, no hay una diferencia clara entre lo que es normal y anormal, p.e un estudio llevado a cabo en Bosnia y Croacia señaala que el sentir temor, desorientaci3n y llanto, son sntomas traumáticos. Propone entonces estudiar el estr3s agudo, el cual se presenta en los primeros momentos del suceso y esta mas delimitado. Agrega que el estr3s postraumático es arbitrario y superficial.</p> <p>Adem3s es sobre estas situaciones extremas que el ser humano puede construir o reconstruir su forma de entender el mundo y modificar sus creencias (p.55)</p>	
<p>OBSERVACIONES: la autora hace un importante an3lisis, sobre c3mo se ha manejado el estr3s postraumático en nuestro tiempo, como ha llegado a diagnosticarse los factores simplemente emocionales como estr3s postraumático, sin tener en cuenta: El contexto sociocultural La experiencia individual</p> <p>La naturaleza humana, la cual esta dotada, de la capacidad de sentir emociones sanamente, sin ser consideradas patol3gico.</p>	

<p>El problema en si no es necesariamente del concepto, sino del manejo que le damos, porque en muchas ocasiones se trata de enmascarar la ignorancia profesional, bajo el rotulo de estrés postraumático, diagnosticando muchas situaciones dentro de esta problemática, que a veces el profesional no alcanza a comprender.</p>	
---	--

TRAUMA Y VENTILACIÓN EMOCIONAL: ¿MITO O REALIDAD?

<p>No. 003</p>	<p>DESCRIPCIÓN GENERAL Num. 4, Vol. 2. Año 2005. Cuadernos de Crisis. Revista semestral de psicología de las emergencias y la intervención en crisis. www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num4vol2-2005.pdf. En este artículo se hace una crítica a la técnica usada comúnmente en psicología de hablar y expresar el trauma como un medio para sobreponerse al evento. Y se refiere la pertinencia o no de ser aplicada en la psicología de emergencias.</p>
<p>TEXTOS: Vera (2005) señala que en la psicología se ha dado por hecho que en la expresión verbal del trauma esta inmerso el proceso de superación del mismo evento, es decir hablar y compartir emociones contribuye al afrontamiento (Martínez-Sánchez, Páez, Pennebaker y Rimé, 2001). Pero este hecho no ha sido probado científicamente.</p> <p>Autores como (Rojas Marcos, 2002) han referido que la expresión verbal permite reciclar el suceso de tal manera que deja de afectar al individuo emocionalmente.</p> <p>En el artículo se pueden apreciar dos posiciones diferentes: Autores como (Martínez et al, 2001) han realizados estudios empíricos donde pueden demostrar que el repetir el suceso verbalmente en las relaciones interpersonales provoca que se mantenga la actividad negativa, y lo han llamado: "efecto techo".</p> <p>Otros estudios muestran que verbalizar la experiencia ayuda a la cura, p.e. durante los procesos de duelo, el hecho de hablar constantemente sobre la situación, muestra que aún el sujeto no se ha recuperado y provoca que las redes de apoyo se alejen.</p> <p>Plantea la autora que generalmente en psicología el silencio es interpretado como inhibición o represión, esto hace que se ignore la capacidad natural del ser humano</p>	<p>PALABRAS CLAVES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicología de emergencias - Expresión verbal - Afrontamiento - Situación crítica

<p>para recuperarse al trauma sin necesidad de pregonarlo; como un ejemplo cita los atentados terroristas de 11 de septiembre del 2003 en los EE.UU, donde la cantidad de personas que buscó apoyo psicológico para recuperarse de este episodio fue muy poca; ante esto la autora retoma el concepto de resiliencia y no se queda en la idea de la depresión postraumática.</p> <p>Autores como Silver y Wortman (1980) señalan que existe personas que no necesitan hablar para superar las crisis, por lo tanto no se puede generalizar, puesto que existen sujetos que a pesar de hablar del trauma continúan con su padecimiento y plante el ejemplo de los deprimidos.</p> <p>Schiltel, (2001) hace una anotación importante después de su investigación, refiere que debe delimitar cuando la expresión emocional, sobre lo que sentimos y pensamos, es beneficioso y cuando puede ser perjudicial. (p.9)</p> <p>Todo lo anterior tiene que ver con la intervención del psicólogo de emergencia en el sentido en que, a pesar de que su labor es necesaria e importante, no se ha logrado establecer el protocolo de intervención en desastres y emergencias, y la mayoría consideran que lo mas importante es proveerle al individuo la “<i>ventilación emocional</i>” (p. 10). Refiere la autora que se debe apoyar y valorar las necesidades de las personas atendidas, pero no se debe forzar a hablar y expresar los sentimientos y emociones.</p> <p>Para la autora es importante tener en cuenta lo siguiente: Cuando es mas beneficioso hablar Donde es adecuado hacerlo Bajo que circunstancias Identificar, quien necesita hablar y no puede Identificar, quien no lo necesita y se le obliga En conclusión, se trata de entender como es el inter-juego de esos factores y como debe actuarse.</p>	
<p>OBSERVACIONES: Es importante señalar que ya en la actualidad existe el trabajo de Bosch (2007) [ficha 001], donde es explica todo el aspecto neurofisiológico y el porque es saludable la expresión de las emociones,</p>	

explican todo el funcionamiento de los neurotransmisores y las sustancias químicas que se activan en el organismo ante dichas situaciones.

Vera (2005) refiere la diferencia que existe entre un individuo y otro, el hecho que un sujeto pueda expresar el episodio traumático y además desee hacerlo le puede ayudar a superarlo, mientras que otro no necesite de esto para enfrentar su problema y solucionarlo; ante lo anterior la autora trae a colación el concepto de resiliencia (esa capacidad que tiene el ser humano para sobreponerse a las adversidades), ante estas especificidades, considero importante tener en cuenta: el contexto sociocultural del individuo, su estructura a nivel de la personalidad y el tipo de trauma que a sufrido, puesto que pienso que cada situación crítica tiene también sus particularidades.

LA PAPELERA DE LOS SUSTOS: INTERVENCION EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA DESPUES DE UN ATENTADO TERRORISTA

<p>No. 004</p>	<p>DESCRIPCIÓN GENERAL Num. 4, Vol.1. Año 2005. Cuadernos de Crisis. Revista semestral de psicología de las emergencias y la intervención en crisis. www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num4vol1-2005.pdf. Este articulo permite brindar información sobre las herramientas de afrontamiento que posee el niño (a) y el joven en edad de transición, plantea una situación que muestra como el psicólogo puede servirse de la cotidianidad y sus elementos para la intervención.</p>
<p>TEXTOS:</p> <p>Lalande (2004), narra una situación con una niña de 4 años que había presenciado un hecho traumático; después de una sesión en la cual se trataron los hechos, la psicoterapeuta utilizó situaciones que parecen ingenuas, que fueron ideadas por ella en el transcurso de la sesión; esta situaciones permiten procesar el trauma, p.e la papelera de basura en la cual la terapeuta, tira un papel que representa el susto, aliviando así al niño de su temor. Señala la autora que con los niños el trabajo psicoterapéutico se hace desde lo representacional y simbólico. El juego simbólico, las actividades manuales (dibujo, moldear la plastilina), los cuentos; son las herramientas de intervención con las que cuenta el psicólogo.</p> <p>El niño (a) se debe tratar con respeto, solicitar el permiso para acercarse a tocarlo, el tono de voz debe ser diferente que cuando se habla a un adulto, de igual con el lenguaje debe ser acorde a la edad. Si es necesario el terapeuta debe sentar en el suelo, se trata de estar a su nivel. La intervención que haga el psicólogo puede ser colectiva o individual; esta última puede darse dentro del ámbito escolar, hospitalario o domiciliario.</p> <p>El psicólogo debe tener en cuenta, la edad de los afectados, el nivel educativo, etc.</p>	<p>PALABRAS CLAVES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crisis. - Intervención. - Apoyo psicológico - Niños (a). - Pubertad. <p>Padres.</p> <p>Docentes.</p>

<p>Al intervenir en la infancia, se debe hablar primero con los padres o responsables del cuidado de los niños (a), con los equipos docentes y directivos. El autor recomienda antes de hacer una sesión con los niños, realizar una sesión con los docentes y el colectivo de padres.</p> <p>Respuestas de los niños y adolescentes ante el trauma: los niños de 6 años quizás no quieran ir al colegio y deseen estar con los padres constantemente. Los adolescentes, le restaran importancia a lo ocurrido, se pelearan con sus padres sin motivo aparente y bajaran en su rendimiento académico.</p> <p>Es importante que el psicoterapeuta se aleje de las situaciones que puedan responsabilizar a los niños (a) o los hagan sentir inseguros. se debe volver a la rutina del hogar en el tiempo mas corto posible, rodearse de ambientes conocidos, hablar de los hechos (dibujándolos, cantando etc.); no es recomendable disfrazar u ocultar los hechos.</p> <p>En cuando al debriefing, permite explicar las reacciones ante estas situaciones críticas como normales, de igual manera ordenar los pensamientos, hechos y sentimientos.</p> <p>Así como lo niños pequeños cuentan con herramientas "simples" (el dibujo, las canciones, el juego, la plastilina etc.) para enfrentar estas situaciones; también los adolescentes tienen sus propias formas como: participar en minutos de silencio, recopilar noticias, hacer murales, etc.</p> <p>Para comunicar la muerte de un familiar a un niño (a) es recomendable que la noticia la de otro familiar, en lo posible el mas cercano al niño. Por lo general a los 2 años el niño se incorpora de prisa a la actividad diaria, a los 4 años entiende la muerte como un sueño profundo y puede manifestar conductas regresivas, en la pubertad se pueden presentar fobias, adicciones como drogas y alcohol.</p>	
<p>OBSERVACIONES: El tema nos plantea todos los elementos que puede hacer uso el psicólogo para la intervención con niños, son los mismos que hacen parte de su vida cotidiana pero con un sentido terapéutico, de igual manera nos habla del prepúber y teniendo en cuenta que esta pasando por una etapa del desarrollo critica, explica</p>	

como ayudar en ese proceso de afrontamiento del trauma.	
---	--

DISPOSITIVO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL SUMMA 112 TRAS LOS ATENTADOS DEL 11-M

. 005	<p>DESCRIPCIÓN GENERAL</p> <p>Num. 4, Vol.1. Año 2005. Cuadernos de Crisis. Revista semestral de psicología de las emergencias y la intervención en crisis. www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num4vol1-2005.pdf.</p> <p>En este artículo se pueden observar las diversas intervenciones hechas por psicólogos profesionales a raíz del atentado terrorista del 11 de marzo de 2004 en Madrid, y los estamentos que han estado coordinando el plan de atención desde el punto de vista de atención psicológica para los damnificados y sus familias.</p>
<p>TEXTOS:</p> <p>Los atentados del 11-M constituyeron, desde el punto de vista de la psicología, una situación crítica, entendida como “un campo de actuación en un área de conflicto, que requiere una intervención inmediata por parte de un equipo especializado, y en el que las estrategias psico-sociales de adaptación del sujeto o del grupo a la normalidad están y/o: desbordadas, bloqueadas, desviadas por un elemento precipitante (de Miguel Lillo y Muñoz Prieto, 1998, p.178). Pagina 26 dentro del cuaderno de crisis.</p> <p>Crisis: Estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”. (op.cit.,p.11) Slaikeu (1984). Pagina 27 dentro del cuaderno de crisis.</p> <p>La resolución final de la crisis depende de numerosos factores, incluyendo la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo (...) y los recursos sociales (...)” (op.cit.,p.12). Pagina 27 dentro del cuaderno de crisis.</p> <p>El objetivo de la creación del dispositivo especial de atención psicológica del SUMMA 112 es la intervención con los afectados por los atentados, además de constituirse como nexo de unión</p>	<p>PALABRAS CLAVES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervención psicológica en crisis - Dispositivo de emergencia - Terrorismo - Seguimiento - Solución de problemas - Estrategias psicológicas de adaptación

<p>con los dispositivos de salud mental de la comunidad de Madrid.</p> <p>El Dispositivo Especial de Atención Psicológica del SUMMA 112 ha tenido en cuenta los 5 componentes de los primeros auxilios psicológicos enunciados por Slaikeu (1984):</p> <ul style="list-style-type: none">Realizar el contacto psicológicoExaminar las dimensiones del problemaAnaliza posibles solucionesAsistir en la ejecución de la acción concretaRealizar seguimiento	
<p>OBSERVACIONES: Esta referencia se ubica dentro del marco referencial y considero pertinente indagar más sobre el tema profundizando primero que todo en la forma en que se presentaron los atentados, las consecuencias que trajeron y por último enfatizando en la atención psicológica que deben recibir los damnificados y sus familias. Seria vital revisar algunos textos de Slakieu, A, sobre la intervención en crisis: Manual para la práctica y la investigación.</p>	

DEBRIEFING: UNA REVISIÓN ACERCA DE LA POLÉMICA ACTUAL

<p>No. 006</p>	<p>DESCRIPCIÓN GENERAL Num. 3, Vol.2. Año 2004. Cuadernos de Crisis. Revista semestral de psicología de las emergencias y la intervención en crisis. www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num3vol2-2004.pdf. Este artículo trata de explicar en que consiste la técnica comúnmente usada por los psicólogos en intervenciones de emergencia, DEBRIEFING. Cuales son sus opositores y en que se basan las críticas, cuales sus defensores y como argumentan su eficacia. Para finalmente dejar abierto un cuestionamiento de tipo ético sobre la labor del psicólogo en la emergencia y su utilidad.</p>
<p>TEXTOS: La intervención de la psicología en situaciones de emergencias data desde el siglo XX, durante la primera guerra mundial, la intervención se llevó a cabo sobre los combatientes, para tratar los trastornos por estrés agudo. Durante las segunda guerra mundial las intervenciones se formalizaron, realizando sesiones de desahogo en el campo de batalla. En los años 70 nace el programa de (Critical Incident Stress Management) dentro del cual se aplicó la técnica de Debriefing. Este programa se creó, debido a la necesidad de desarrollar técnicas complejas para tratar a las personas que se han enfrentado a situaciones de emergencia. El creador de este programa fue Jeffrey Mitchell en 1983, quien se basó en un modelo de intervención de psiquiatría militar, para la rehabilitación de los soldados en el frente y se fundamentó en el concepto de catarsis de Freud. En la técnica Debriefing se trata de: exponer los sentimientos y emociones que esta relaciones con la experiencia traumática, con el objetivo de ordenar cognitivamente el evento. Debriefing, significa, hablar o contar lo ocurrido. La técnica consta de 7 fases: Introducción, hechos,</p>	<p>PALABRAS CLAVES -Intervención psicológica - Grupo - Tratamiento - Investigación científica - Validez - Técnica</p>

pensamientos, reacciones emocionales, síntomas, información y reconexión.

Y de 4 componentes: Introducción: se presenta el profesional, los objetivos y beneficios de la técnica. Narración: los participantes cuentan los hechos y describen sus ideas y pensamientos. Reacción: se promueve la elaboración de emociones. Educación: se informan los síntomas del estrés postraumático y se entrega material informativo sobre estrategias de afrontamiento.

Vera (2004) señala que en la actualidad existen confusiones sobre la técnica, y la forma como es usada varía mucho de su origen. La técnica fue diseñada para atención a intervinientes, en la actualidad es usada como atención a las víctimas directas; es de uso grupal y se aplica en atención individual. Esta técnica pertenece a un programa completo, pero solo se usa la técnica, dejando de lado el programa del cual parte; además se debe aplicar para identificar la problemática y continuar con la terapia, y se ha pretendido usar la técnica como sanadora y no incluir el proceso terapéutico.

Investigadores como: (Kenardy, 1996; Bisson, 1997; Hobbs 1996) han pretendido probar que la técnicas no es confiable a partir de algunos estudios:

1. Estudiaron a 195 trabajadores que habían realizado labores de rescate y ayuda en el terremoto de Newcastle (Kenardy, 1996)
2. Estudiaron la recuperación psicológica de 133 sujetos adultos que habían sufrido quemaduras graves. (Bisson, 1997)
3. Estudiaron sujetos involucrados en accidentes de tráfico. (Hobbs 1996).

Otros se han preocupado por probar su fiabilidad: (Jenkins, 1996; Amir, 1998; Campfield y Hills., 2001), (Hodgkinson y Stewart, 1997; Carlier y Gersons, 2000). (Busuttill, 1995), (Leeman-Conley, 1990; Bordow y Porrit, 1979; Bunn y

Clarke, 1979), (Stallard y Law, 1993). Uno de los estudios más sólidos que se realizó, ha sido con una muestra total de 65 médicos de emergencia que habían trabajado en disturbios callejeros de los Ángeles en 1992.

Vera (2004) señala que estos estudios, tanto a favor como aquello que esta en contra de la técnica, carecen de un sistema metodológico confiable para ser aceptados como reales, además no tienen una definición clara de la técnica "debriefing". Agrega que para señalar la viabilidad de la técnica se requieren de estudios mas rigurosos, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: partir de dos muestras, un grupo aleatorio y otro de control sin ser sometido a la intervención de "debriefing", deben existir medidas sintomatologías antes y posteriores a la intervención y debe hacerse seguimiento a los 6 meses y varios años después. Una variable que no se debe dejar pasar, es la capacidad natural del ser humano para recuperarse con el paso del tiempo y sin ningún tipo de ayuda a la experiencia traumática, puesto que esto puede llevar a probar de una manera errónea o equivocada la fiabilidad de la técnica.

La autora se cuestiona el porque, a pesar de no tenerse claridad sobre el hecho de la confiabilidad de la técnica esta se sigue empleando. Refiere que en realidad lo que hay de por medio son intereses de tipo económico y legal; agrega que a las organizaciones les resulta más económico emplear esta técnica que por ser tan general excluye patrones culturales que llevarían a mas gastos, además es relativamente corto el tiempo que se le dedica, lo cual permite que se aplique de forma inmediata y practica.

Refiere la autora que es importante no dañar al individuo, y se debe cuestionar la ética profesional, señalando que no se debería permitir la aplicación de técnicas cuya eficacia esta cuestionada, donde se corre el riesgo de perjudicar al sujeto. Agrega que el psicólogo debe intervenir cuando tenga plena seguridad de que su trabajo será útil; y propone replantear la labor del psicólogo en la emergencia, ¿realmente la psicología esta preparada para este tipo de intervenciones?, ¿cuenta con las teorías, instrumentos y técnicas científicamente confiables?.

OBSERVACIONES: el artículo aborda de una manera clara

<p>y concisa el tema de DEBRIEFING, teniendo en cuenta todos los aspectos, como la capacidad resiliente y la ética del ejercicio profesional. Deja cuestionamientos importantes sobre la labor psicológica en emergencia, y a pesar de que consideró que la emergencia es un ámbito donde el psicólogo juega un rol importante, es un contexto relativamente nuevo para la psicología por lo tanto se hace necesario hilar muy fino sobre nuestras hipótesis y apreciaciones sin una base científica y verídica que las sustente.</p>	
---	--

EL DOLOR COMPARTIDO, REFLEXIONES SOBRE EL 11-M

<p>No. 007</p>	<p>DESCRIPCIÓN GENERAL Num. 3, Vol. 2. Año 2004. Cuadernos de Crisis. Revista semestral de psicología de las emergencias y la intervención en crisis. www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num3vol2-2004.pdf. En el artículo se expone de una manera descriptiva la forma como los organismos de atención a desastres actuaron ante la emergencia ocurrida el 11 de marzo del 2004 en España, haciendo énfasis en la atención psicosocial del ERIES (equipo de respuesta inmediata en emergencias de intervención psicosocial).</p>
<p>TEXTOS:</p> <p>Moreno (2004) es psicólogo del Departamento de Salud y Socorro de la Cruz Roja Española y en el artículo narra su experiencia durante la intervención de emergencia realizada por los atentados terroristas del 11-M. Refiere que lo más importante en el trabajo de emergencias es LA NECESIDAD DE LA VÍCTIMA y a partir de ahí se establecen los parámetros de intervención.</p> <p>Formación en primeros auxilios psicológicos que permitan aliviar el sufrimiento de la víctima.</p> <p>Desarrollo de equipos especializados en intervención psicosocial en catástrofes.</p> <p>Esto debido a que la principal tarea de ERIES es brindar una adecuada atención integral a las víctimas.</p> <p>Durante estos atentados las víctimas mortales fueron de 192, 1.900 heridos de diversa consideración, alrededor de 200 personas intervinieron como apoyo y se estima que trataron a 3.000 personas entre víctimas directas, familiares y ciudadanos de Madrid (p. 54).</p> <p>El primer escenario de intervención psicosocial, fueron las familias de las víctimas:</p>	<p>PALABRAS CLAVES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emergencia - Intervención - Equipos especializados - Crisis <p>Interdisciplinariedad</p>

Se apoyo y acompaño a la familia en la búsqueda de sus familiares desaparecidos, la identificación de cadáveres y durante las intervenciones quirúrgicas de un familiar víctima del atentado.

Se acogió a los familiares en sitios apropiados y se acompañaron hasta la sala de filiación o encuentro.

Se realizó acompañamiento durante la entrevista de la policía científica, la notificación del fallecimiento y retirada de los cadáveres.

Dieron información para los trámites funerarios.

Facilitaron la despedida entre los seres queridos.

Se presto apoyo psicológico a las familias durante el velorio.

Se presto el cuidado y la atención a menores.

Igualmente se atendieron a los inmigrantes, teniendo en cuenta sus diferencias culturales y la importancia de respetar sus rituales de despedida, por lo tanto utilizaron mediadores culturales.

Se encargaron de los cuidados sanitarios.

Se recomendaron formas de afrontar los hechos a quienes le notificaron la muerte de algún familiar.

Con los sobrevivientes de los atentados se realizó intervención en crisis de ansiedad.

Se publico en la red de la Cruz Roja información sobre como estos atentados podían afectar a las personas y se dieron pautas para manejar las reacciones y sobre como tratar a los niños, de igual manera se distribuyeron folletos con esta información.

Señala el autor que fue importante la comunicación del equipo de intervención psicosocial con los forenses para las labores de identificación, puesto que la colaboración de las familias era necesaria.

Cuatro días después de los atentados se recibieron llamadas de familiares y ciudadanos solicitando apoyo psicológico.

<p>Finalmente la Cruz Roja pidió la realización de un seguimiento al personal de los equipos que intervinieron en los atentados para garantizar y velar por la salud mental del personal.</p>	
<p>OBSERVACIONES: Es importante señalar el trabajo de la comunidad española, la forma de reacción ante estos atentados, y todo el capital humano que intervino como apoyo a esta emergencia. A pesar de las dificultades de coordinación que lo equipos pudieron tener en su momento, fue un trabajo realmente interdisciplinario.</p> <p>Este documento deja muchas enseñanzas practicas para aprender a actuar ante situaciones de emergencia, como Colombianos que constantemente vivimos el flagelo de la violencia deberíamos tener un equipo altamente calificado para este tipo de intervenciones.</p>	

155 NARRACIONES TEÑIDAS DE VALENTÍA Y SENSIBILIDAD, DE CORAJE Y HUMANIDAD, DE...

<p>No. 008</p>	<p>DESCRIPCIÓN GENERAL Num. 3 Vol.2 Año 2004 Cuadernos de Crisis. Revista semestral de psicología de las emergencias y la intervención en crisis. www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num3vol2-2004.pdf. Este artículo Trata de las personas que intervienen en las situaciones de emergencia y de cómo se ven afectadas emocionalmente por las catástrofes, buscando el bienestar de la víctima directa.</p>	
<p>TEXTOS:</p> <p>Rolle (2004) relata la manera como actuaron sobre los mismo socorristas para apoyarlos en el momento de superar la experiencia ocurrida el 11-M, puesto que estas personas a pesar de su fortaleza para intervenir durante las catástrofes también se ven afectadas en su vida emocional. Señala la autora que estas personas durante su intervención en el momento de la emergencia focalizan su atención en la labor de rescate y recuperación de la víctima, llegando a producirse una anestesia emocional, un aumento en su fuerza física y una disminución de la sensibilidad al dolor, que les permite cumplir con éxito su trabajo.</p> <p>Existen situaciones que trascienden el estrés, las cuales se han denominado <i>“incidentes críticos estresante”</i> CIS, debido a las condiciones del 11-M se ha considerado como un estresor de primera magnitud, por lo tanto se hizo fundamental la intervención sobre el mismo personal de apoyo, que se inició una vez los equipos iban retornando a la base central. Lo que se hacia era una intervención psicológica, en un clima informal, donde se animaba a los socorristas a contar lo que habían vivido. mientras tanto en otra sala se le pedía a otro grupo que escribiera como se sentían. De igual manera se realizaron intervenciones grupales con 8 o 12 personas que voluntariamente querían participar.</p>	<p>PALABRAS CLAVES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervención. - Socorristas. - Grupos de Intervención. <p>Emociones.</p> <p>Equipos de trabajo.</p>	

<p>Las etapas para la intervención grupal fueron las siguientes: Acelerar los procesos espontáneos de recuperación Fase de hechos: comenzar a narrar los recuerdos. Fase de pensamientos: que pensaban los socorristas durante sus labores respecto al dolor de la víctima. Ser consientes de las emociones asociadas.</p> <p>Reconocer que entre los diferentes equipos de trabajo y con las mismas víctimas, compartían sucesos fuera de lo normal.</p> <p>Durante este trabajo se lograron identificar 75 sanitarios y 80 bomberos con estrés agudo (embotamiento, aturdimiento, desrealización, despersonalización, amnesia disociativa, reexperimentación, evitación, aumento de la actividad vegetativa, emociones intensas de ira y/o culpa, activación)</p> <p>Rolle (2004) señala que narrar lo vivido es una forma de estructurar el relato y darle forma en el recuerdo, el grupo ayuda en el sentido que al narrar la historia ante otros, un compañero cuenta aquello que otro no recuerda y le permite recordarlo de nuevo.</p>	
<p>OBSERVACIONES: En el artículo se retoma un tema tratado anteriormente, que es, como la narración, el hablar de lo sucedido permite sanar. La autora señala que esta actividad de escuchar al compañero y recordar de nuevo permite ir estructurando la historia, organizar los elementos de tal manera que ayuda a la reelaboración y resignificación del suceso.</p>	

**INTERVENCIÓN EN CRISIS EN SITUACIÓN DE DESASTRE Y DUELO AGUDO:
LA EXPERIENCIA DEL DISPOSITIVO EN EL TANATORIO DE SAN FERNANDO
DE HENARES (MADRID) TRAS EL 11-M**

<p>No. 009</p>	<p>DESCRIPCIÓN GENERAL Num. 3, Vol.2. Año 2004. Cuadernos de Crisis. Revista semestral de psicología de las emergencias y la intervención en crisis. www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num3vol2-2004.pdf. Este artículo permite comprender como se vive el proceso de duelo ante atentados terroristas como los del 11-M, sobre todo conocer las primeras reacciones de los familiares y amigos y los modos o mejor las herramientas que posee la psicología para intervenir con las víctimas.</p>	
<p>TEXTOS:</p> <p>Durante los atentados terroristas del 11-M se instalaron dos servicios de urgencias, con el objetivo de apoyar psicológicamente a las familias y amigos de las víctimas. Desde el viernes 12 de marzo se empezó a atender a las personas. Durante el fin de semana se atendieron a 80 personas de tres familias, el rango de edad era entre 18 y 80 años. Promedio 45 años.</p> <p>El proceso se inició realizando una valoración de la situación: (número de dolientes, presencia de signos / síntomas psicológico-psiquiátricos en familiares y allegados, muestras de dolor, estados emocionales, etc.) Los estados emocionales de las personas dependían de: El tipo de relación afectiva que tuvieron con el fallecido.</p> <p>Existían persona que a pesar de no mantener una relación muy estrecha con el fallecido estaban muy afectados debido a que ya habían visto las imágenes y escuchado las noticias de los ataques terroristas por televisión.</p> <p>Señalan los autores que las familias por lo general se encontraban atravesando una fase que ellos llaman “fase heroica”, en la cual la familia opera como una red y están dispuestas a colaborar y compartir. Por lo tanto el trabajo se</p>	<p>PALABRAS CLAVES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervención psicológica en crisis - Familias - Proceso de duelo - Redes de apoyo - Intervención 	

<p>enfoco en ayudar a preparar a la persona para la fase siguiente, <i>“la desilusión”</i>, donde el apoyo social se suspende, lo que ocasiona un fuerte sufrimiento a la víctima.</p> <p>Las personas atendidas en el aspecto emocional reflejaban una gran tristeza, impotencia, rabia y dolor. La expresión verbal era escasa, giraba en torno a reproches a preguntas como: <i>“¿Qué voy hacer?”</i> O frases como <i>“mi vida no tiene sentido”</i>.</p> <p>Por lo general el esposo (a) entraba en un estado de embotamiento con reducción del campo de la conciencia y atención disminuida, incapacidad de asimilación y desorientación. También presentaban signos de crisis de pánico (sudoración, rubor, percepción subjetiva de parálisis progresiva del lado derecho del cuerpo), se disminuía su capacidad de decisión sobre cuestiones prácticas.</p> <p>En el grupo familiar se pudo observar a nivel motor la necesidad de contacto físico: en ocasiones se abrazaban o permanecían uno al lado del otro.</p> <p>Objetivos generales para la intervención psicológica: Proporcionar los servicios adecuados de intervención psicológica.</p> <p>Evaluar las condiciones y necesidades de las personas y sus familiares.</p> <p>Establecer un orden de prioridades a la hora de realizar las diferentes intervenciones.</p> <p>Procedimiento de atención:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acogida 2. Primera toma de contacto 2. Atención individual 4. Atención grupal 5. Asistencia practica 6. Despedida y último adiós al fallecido 	
<p>OBSERVACIONES: El artículo permite conocer que no solo la familia directa o los familiares que han mantenido una relación estrecha con la persona fallecida se ven</p>	

gravemente afectados; en situaciones como estas las víctimas se extienden a los amigos y familiares lejanos. Como señalan los autores esto se debe a que tales problemáticas llegan a tocar las fibras más sensibles del ser humano, por lo tanto es absolutamente natural que nos veamos afectados por estos acontecimientos. Considero entonces pertinente señalar que atentados terroristas de esta índole o desastres naturales de grandes magnitudes no dejan como víctimas solamente a quienes viven o padecen el desastre, sino que las víctimas somos toda la sociedad y la cultura donde se han presentado dichas situaciones.

EL ABORDAJE DEL DUELO Y LA SITUACIÓN DE CRISIS

No. 010	<p>DESCRIPCIÓN GENERAL Num. 3, Vol. 1. Año 2004. Cuadernos de Crisis. Revista semestral de psicología de las emergencias y la intervención en crisis. www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num3vol1-2004.pdf. El artículo trata sobre la clínica del duelo, todo su proceso y las formas de vivenciarlo tanto en la "normalidad" como en lo patológico, sobre este último el autor da algunas pautas para lograr identificarlo a tiempo y plantea métodos para la intervención en crisis de un sujeto que ha perdido a un ser querido.</p>
<p>TEXTOS: Martín (2004) define el duelo como un estado emocional que se presenta al sentirse privado de alguien; más que un simple estado es un proceso que se ha catalogado como síndrome o trastorno afectivo y se presenta en el sujeto teniendo en cuenta su individualidad y contexto sociocultural.</p> <p>Refiere el autor que debido a las condiciones de vida en la actualidad se privilegia la cultura del bienestar, por lo tanto el duelo, la muerte y la enfermedad se viven de una manera muy dolorosa, negativa o traumática. Agrega que la muerte o enfrentar un duelo pone a prueba al ser humano en diferentes dimensiones (biológica, familiar, social, cultural, espiritual y en su historia personal).</p> <p>SINTOMAS DEL DUELO: IMPACTO O SHOCK: es un estado aturdimiento, perplejidad acompañado de síntomas de ansiedad, se inicia en el momento exacto de conocer la pérdida, puede durar varias semanas o días.</p> <p>REPLIEGUE O DEPRESION: el paciente se lamenta y protesta, experimenta desesperanza, tristeza, irritabilidad, inquietud puede durar hasta un año.</p> <p>RECUPERACION O RESOLUCION: es la resolución del proceso; aceptación de la muerte y retorno a la vida normal.</p>	<p>PALABRAS CLAVES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Duelo - Depresión - Muerte - Crisis

El duelo es un proceso muy similar a la depresión donde convergen síntomas físicos y psicológicos, por lo general los síntomas físicos suelen desaparecer mas rápido que los psicológicos, persistiendo el insomnio o la fatiga.

¿En que momento se empieza a hablar de duelo patológico?, refiere el autor que cuando el sujeto experimenta expresiones intensas de dolor o se evidencia aparente ausencia de sufrimiento, se puede sospechar de una inclinación de tipo patológica. Cuando hay alteraciones de la conducta, intensiones suicidas, estados psicóticos p.e. cuando la persona piensa que el familiar fallecido sigue con vida y por el hecho que el duelo ya trascienda el tiempo normal de un año, entre otras manifestaciones.

Las personas que han sufrido la perdida de un familiar pueden presentar problemáticas en su sistema inmunológico, endocrino y cambios de sus estilos de vida (alcohol, tabaquismo, alimentación incorrecta).

Para abordar el duelo el autor parte de los siguientes principios:
La empatía con el afectado

Evaluar (el funcionamiento previo, la red de apoyo, los antecedentes de duelo, presencia psicopatológica, hábitos tóxicos)

Si existen factores de riesgo debe tratarse al individuo durante los 2 primeros meses.

En ausencia de factores de riesgo de hace un acompañamiento de 6 meses (p. 25).

Cuando el individuo experimenta, perplejidad, crisis de llanto o inhibición extrema:

Alejarlo del lugar del desastre y del peligro
Crear un ambiente con baja estimulación sensorial
No usar medicamentos

Explicarles que las reacciones que esta presentado son

<p>normales.</p> <p>Acompañamiento empático y compasivo sin caer en valorizaciones de juicio Facilitar el ejercicio físico</p> <p>Detección y valoración de reacciones externas de pánico y duelo (p. 26)</p> <p>Sobre el tema de los medicamentos el autor deja claro que son un acompañamiento para el tratamiento del individuo y no se debe suspender la consulta psicológica.</p>	
<p>OBSERVACIONES: El artículo anterior muestra con claridad el proceso que debe llevar una persona al ser “víctima” de un duelo, y refiere la manera adecuada de intervención psicológica. Pero ante otras situaciones como los atentados terroristas el trabajo psicológico con las VÍCTIMAS directas no es tan claro, admitiendo la diversidad en las maneras de afrontar la crisis y reconociendo que estamos hablando de VÍCTIMAS reales.</p> <p>Considero que el artículo anterior se remite a procesos de duelo en situaciones donde las causas de muerte son por efectos normales o naturales, me cuestiono: ¿el proceso de duelo es igual ante la pérdida de un ser querido por atentados terroristas como los ocurridos en Estados Unidos y España?, en estos casos cuando se puede hablar de “duelo patológico”, ¿cómo se puede establecer la diferencia con el duelo común si la pérdida se da en otras condiciones fuera de las normales o naturales?, considero que ante este tipo de pérdidas el tiempo en el proceso de duelo puede extenderse y las reacciones o los síntomas prolongarse, sin necesariamente ser calificados como patológicos, puesto que son situaciones anómalas que marcan al ser humano profundamente haciendo que el proceso sea más difícil que en situaciones normales.</p>	

REFLEXIONES SOBRE LA INTERVENCION PSICOLOGICA EN EMERGENCIAS: EL CASO ESPAÑOL

<p>No. 011</p>	<p>DESCRIPCIÓN GENERAL Num. 2, Vol.2. Año 2003. Cuadernos de Crisis. Revista semestral de psicología de las emergencias y la intervención en crisis. www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num2vol2-2003.pdf. Este articulo busca poder definir la labor del psicólogo de emergencia y delimitar su campo de acción, de tal manera que no pueda confundirse con la labor de otras disciplinas y/o enfoque de la psicología, por tanto trata de especificar el objeto de estudio y los aspectos en los cuales debe intervenir.</p>
<p>TEXTOS: Lorente (2003) señala que para entrar a definir la psicología de emergencias es preciso hacerlo desde la pragmática, es decir desde el hacer de esta rama de la psicología. El autor la define como la aplicación del conocimiento general en psicología a las situaciones y servicios de emergencia. Como objeto de estudio, señala, es el campo psicológico que abarca el conjunto de la emergencia. Todo lo anterior implica un tiempo (el antes, el durante y el después de la situación de emergencia), unos sujetos (victimas e intervinientes), unas circunstancias (que son propias de la emergencia). Señala el autor que existen otros campos de la psicología que aplican aspectos propios de la psicología de emergencia (PdE), por tanto se hace indispensable delimitar el campo de acción; p.e. La intervención en crisis es una técnica usada tanto por la psicología forense, como por la comunitaria y organizacional. Por lo general la labor de los PdE que trabajan con grupos es: asistir psicológicamente a las víctimas de incidentes críticos y la gestión del estrés de los intervinientes en estas situaciones de emergencia.</p>	<p>PALABRAS CLAVES</p> <ul style="list-style-type: none"> - psicología de la emergencia - Objeto de estudio - campo de acción

<p>El autor se cuestiona, que además de la demanda ¿Cuáles son las razones objetivas por las cuales vale la pena seguir cultivando el trabajo de la PdE? Y plantea la respuesta a partir de la misma labor del psicólogo en esta área.</p> <p>Ayudar a las víctimas para que puedan afrontar las situaciones traumáticas.</p> <p>Gestión del estrés por parte de los mismos miembros de los organismos de socorro o en cualquier agrupación laboral.</p> <p>Participar en la selección del personal de emergencia y en las tareas de formación del mismo.</p> <p>Formación en primeros auxilio psicológicos. Asesoramiento al mando.</p> <p>Planificación o asesoramiento en la planificación de tareas, p.e: en las campañas desprevención.</p>	
<p>OBSERVACIONES: En el artículo se puede percibir un afán del autor por buscar delimitar el campo de acción de la psicología de emergencia, de tal manera que no se confunda con ninguna de las otras ramas que conforman la psicología, esta pretensión puede llevar a ver a la PdE como una isla aparte de la Psicología. Tal vez, debido a la variedad de campos que conforman la psicología y a su amplio campo de acción; Lorente (2003) pasa por alto que la psicología es una, y su objeto de estudio es SUJETO, sea en una situación de emergencia, en consulta individual, en contexto. En psicología social el objeto de estudio es el grupo, pero ese grupo esta conformados por sujetos que el psicólogo no puede perder de vista.</p> <p>Considero que la labor del psicólogo de emergencia no es una labor general, el psicólogo de emergencia interviene en situaciones que no son cotidianos para los individuos, así que tiene su especificidad y es en ella donde recae la diferencia con los otros enfoques, sin perder de vista que igual que todos es PSICOLOGIA.</p>	

EL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN INICIAL DE VÍCTIMAS DIRECTAS (PEIVD).

No. 012	<p>DESCRIPCIÓN GENERAL</p> <p>Num. 2, Vol. 1. Año 2003. Cuadernos de Crisis. Revista semestral de psicología de las emergencias y la intervención en crisis. www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num2vol1-2003.pdf.</p> <p>En el artículo el autor nos expone una herramienta no psicométrica que permite la evaluación y valoración de la persona en crisis con el fin de poder anticipar sobre la base de algunos indicadores, si el individuo podrá presentar estrés postraumático o algunas conductas patológicas después del suceso traumático.</p>	
	<p>TEXTOS:</p> <p>Debido a la incursión de la psicología en el campo de la emergencia, se hace necesario contar con instrumentos que permitan optimizar la intervención de la psicología en situaciones de crisis.</p> <p>Con el instrumento que plantea Lorente (2003), PEIVD (protocolo de evaluación inicial de víctimas directas) se pretende utilizar mecanismos que permitan detectar entre la cantidad de víctimas, a las más necesitadas de apoyo psicológico.</p> <p>Para la utilización de esta herramienta el individuo debe poseer un estado de conciencia y capacidades cognitivas que estén dentro de los estándares normales; para lo cual se deben aplicar instrumentos como: <i>la Escala de Glasgow y el Mental Status Questionnaire</i>.</p> <p>En la intervención psicológica se le debe pedir a la víctima que cuente a su modo el incidente, lo que se pretende es detectar los indicadores que permiten conocer en que estado se encuentra la víctima a nivel afectivo y cognitivo; sobre estos mismos debe encaminarse el discurso, preguntas como: <i>“y ahora que se encuentra a salvo, ¿qué piensa sobre lo que le ha pasado?”</i> (p.5), son de mucha ayuda.</p> <p>Los indicadores permiten evaluar: Coherencia/incoherencia del discurso. Confusión. Normal.</p>	<p>PALABRAS CLAVES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estrés postraumático. - Test - Instrumento - Indicadores <p>Valoración.</p>

<p>Estado emocional. Autoculpa. Lagunas en el relato. Negación. Ideación autolítica. Traumatización o incidentes críticos previos. Tres factores que modulan el impacto del trauma: <i>El soporte social</i> <i>La percepción de amenaza</i> <i>Las atribuciones de control interno:</i> que posee dos dimensiones: (negativa) <i>se puede producir sobre las causas del incidente derivando en un sentimiento negativo de responsabilidad y (positiva) en referencia al futuro y a la reconstrucción.</i></p> <p>Evaluación del incidente: estados de <i>disociación, temor, pánico intenso y desesperanza</i>, son condiciones necesarias para considerarse el trastorno por estrés agudo; preguntas como: “<i>¿En algún momento se ha sentido como si aquello no le estuviera ocurriendo a Ud., como si hubiera salido de su cuerpo?, ¿En algún momento ha sentido que la situación no tenía salida, que iba a morir irremisiblemente?</i>”(p.6), son de ayuda. Debe evaluarse las circunstancias por las cuales ha pasado la víctima que puedan haber desencadenado una crisis de ansiedad, también la existencia de trastornos psiquiátricos premorbido y las necesidades médicas especializadas.</p> <p>Los estados de Shock: El autor señala que es el estado que en psiquiatría se ha llamado <i>estupor reactivo</i>, debido al miedo se da una respuesta de paralización, con expresión de pánico. Agrega que cualquier intervención con una persona que pase por este estado, será un fracaso.</p> <p>Evaluación del riesgo: Este ítem no se diligencia en presencia de la víctima. Se debe tener en cuenta que en el momento de la evaluación no se cuenta con suficientes elementos para emitir un pronóstico clínico.</p> <p>Las funciones del PEIV son: Además de intervenir en la situación de emergencia, proporcionar información útil para la intervención a posteriori.</p>	
<p>OBSERVACIONES: Es importante saber que se puede contar con una herramienta psicológica que permite claridad en la intervención en crisis; lo cual es muestra que la psicología si</p>	

<p>cuenta con el conocimiento y la capacidad para ir construyendo un marco teórico en esta nueva área. Esta herramienta es el inicio de un arduo trabajo.</p>	
---	--

**EL CIPR (PROCESAMIENTO Y RECUPERACIÓN TRAS INCIDENTES CRÍTICOS)
UN MARCO PARA LA INTERVENCIÓN POSTRAUMA Y EL DESARROLLO DEL DEBRIEFING PSICOLÓGICO**

<p>No. 013</p>	<p>DESCRIPCIÓN GENERAL Num. 2, Vol.1. Año 2003. Cuadernos de Crisis. Revista semestral de psicología de las emergencias y la intervención en crisis. www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num2vol1-2003.pdf. En este artículo se expone la forma como se ha aplicado el CIPR (procesamiento y recuperación tras incidentes críticos) y el debriefing; las condiciones de su uso y beneficios.</p>
<p>TEXTOS: El CIPR es un marco de intervención psicológica inmediata integral, para ser aplicado a víctimas directas. Se emplea la técnica de debriefing con algunos ajustes.</p> <p>Galliano, Cervera, Parada (2003) hacen una crítica a la manera como se ha usado el debriefing y la falta de calidad en los estudios que tratan mostrar su ineficacia o fiabilidad. Para los autores lo más perjudicial de algunos estudios es que se ha considerado el debriefing como una técnica puntual y exclusiva, sin tener en cuenta que no es la única forma de intervenir a nivel psicológico en la emergencia, que existen otras formas de intervención que pueden ser empleadas.</p> <p>Consideran que las variaciones que se le ha dado al debriefing difieren mucho del original, los autores aún así lo han empleado como si se tratara del mismo, esto demuestra que no existe una definición clara y unificada de lo que es el debriefing.</p> <p>La técnica de debriefing ayuda a los afectados a recuperarse del trauma experimentado. Para medir su eficacia, señalan los autores, se deben incluir las opiniones de los participantes y medidas de escalas como IES, GHQ y otras.</p>	<p>PALABRAS CLAVES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervención psicológica - Técnica - Trabajo de grupo - Trauma - Evaluación - Apoyo

El CIPR permite un acercamiento a la intervención psicológica después de un incidente traumático. No es solo el apoyo tras el trauma, se trata de una técnica debriefing psicológico, que tiene en cuenta las formas como las personas gestionan el impacto psicológico de un incidente traumático, y depende de factores externos (tipo de incidente, la cercanía, etc.) e internos (experiencia previa, vulnerabilidad, etc.)

Los servicios del CIPR:

1. Primeros auxilios psicológicos.
2. Debriefing psicológico y grupal.
3. Evaluación individual.
4. Apoyo continuado.
5. Identificación específica de estrés posttraumático.
6. Counselling de seguimiento.

En el CIPR participan: dos facilitadores en cada grupo, uno es el líder y el otro el co-líder, no hay un tiempo límite pero se espera que sea entre 2.5 o 3.5 horas. La composición del grupo es muy importante para minimizar el riesgo de retraumatización. Durante la intervención se espera que el nivel emocional se mantenga estable o en niveles que posibiliten la auto-contención, el proceso debe desarrollarse en el plano cognitivo.

Fases del CIPR:

Fase 1: Introducción

Fase 2: El incidente: se comienza narrando el día anterior al evento traumático (pre- incidente), de igual manera se termina la fase con la narración de los participantes del momento cuando se encontraron física y psicológicamente a salvo en sus casas.

Fase 3: Después del incidente: los participantes hablan de sus reacciones físicas, psicológicas u otras que se hayan manifestado días después del incidente. En este momento se les pide a los participantes que llenen un cuestionario con preguntas referidas al trauma, lo cual ayuda a los facilitadores a analizar si es necesario abordar las sesiones individuales.

<p>Fase 4: Mecanismos de afrontamiento: se trata de explorar las estrategias positivas que han usado los individuos para recuperarse del trauma, RESILIENCIA.</p> <p>Fase 5: Finalización.</p> <p>El objetivo del CIPR: Facilitar la recuperación del individuo que se ha enfrentado a una situación traumática.</p>	
<p>OBSERVACIONES: En textos anteriores se ha mencionado el uso de esta técnica de debriefing, sería interesante conocer como la han abordado, para tener elementos de juicio más objetivos sobre el uso que le dan los autores del presente artículo.</p> <p>Es importante señalar que los autores mencionan la técnica como una herramienta para ayudar a la persona en el proceso de aceptación del trauma y facilitar su recuperación (p. 13), se trata de ver la intervención como un acompañamiento ante un proceso que puede ser o no difícil para su recuperación, pero que en si es muy doloroso para la persona que lo vive, esto implica que no es solamente una técnica que permite LA CURA, simplemente o se le agrega el valor de ser una forma en que el psicólogo puede ir de la mano con el sujeto para ACOMPAÑARLO en su proceso.</p>	

LA PERCEPCIÓN PSICOLOGICA DEL RIESGO Y EL DESASTRE

<p>No. 014</p>	<p>DESCRIPCIÓN GENERAL Num. 2, Vol. 1. Año 2003. Cuadernos de Crisis. Revista semestral de psicología de las emergencias y la intervención en crisis. www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num2vol1-2003.pdf. El siguiente artículo está dividido en tres partes; en el capítulo I el autor expone el tipo de estudio, sus objetivos, el marco teórico y aclara o define algunos conceptos que él abordará en el transcurso del texto, adentrándose en el tema de la intervención en crisis. En el capítulo II trata el tema a nivel fisiológico y neuropsicológico. En el capítulo III expone algunas formas de trabajo que buscan hacer de la prevención una intervención efectiva en las poblaciones que se encuentran en riesgo, enfatizando en su importancia y efectividad.</p>
<p>TEXTOS: CAPITULO I Se parte de un problema de investigación el cual se trata de conocer las razones por las cuales las personas en muchas ocasiones se inclinan por la opción de ponerse física y psicológicamente el riesgo antes que evitarlo. Se define la psicología de la emergencia como la nueva rama de la psicología que estudia los fenómenos presentes en una situación de peligro sea natural o provocada por el hombre (Araya, 2001) Señala el autor que la atención de emergencias a nivel psicológico en Colombia y Suramérica se da después de la catástrofe, pero refiere la importancia de la intervención en los siguientes tiempos: <i>antes, durante y después</i> de la situación crítica. Cortes (2003) señala que algunos autores han planteado que en muchas ocasiones los desastres ocurren por la formulación misma de las medidas de prevención. Menciona que existe una aceptación del riesgo por parte de las personas y está relacionado con la dimensión subjetiva, ese sentimiento de omnipotencia que nos lleva a pensar que el suceso catastrófico le ocurre a otros, mas no a nosotros, que la muerte no llegará tan pronto, a ideas como estas se agregan</p>	<p>PALABRAS CLAVES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comportamiento humano. - Crisis. - Neuropsicología - Intervención. <p>Riesgo.</p>

los mitos y creencias de que Dios nos salvará, que a las personas buenas no le ocurren cosas malas. Por lo anterior, para hacer de la prevención un hecho eficaz se debe tener en cuenta, cuales son las razones de las personas a nivel individual y sociocultural para mantenerse en los sitios de riesgo y no alejarse del peligro.

El objetivo general del trabajo es: *“Dar claridad teórica sobre el proceso de percepción de los riesgos y los desastres en el ser humano, desde la perspectiva psicológica del Análisis comportamental Aplicado y sus bases neurofisiológicas”*(p. 17)

El marco teórico sobre el cual se hace el estudio es el conductismo, en el cual se distinguen tres subdivisiones:

Análisis experimental del comportamiento.

Análisis comportamental aplicado.

Análisis conceptual.

El autor opto por encaminarse en este estudio de la conducta humana alrededor del desastre, desde el Análisis Comportamental Aplicado, que se basa en la implementación de la tecnología y/o métodos de investigación para intervenir en los problemas comunitarios (p. 18)

El tipo de estudio es descriptivo, contrastándolo con la experiencia de su formación profesional en el campo de la psicología.

El artículo muestra las formas de comportamiento antes, durante y después de una situación de crisis, teniendo en cuenta la historia individual de los sujetos o las comunidades, sus condiciones culturales, económicas, tecnológicas, organizativas y sociales.

Retomando la definición de riesgo que plantean autores como: Roemer (1993) y Cortes (2000), el autor da su propia definición; siendo así señala que el riesgo es *“la probabilidad de sufrir pérdidas o daños mas allá de lo aceptable, en caso de que la amenaza de materialice como un evento real”* (p. 20), refiere que el riesgo es el resultado de la amenaza y la vulnerabilidad y la expresa en la siguiente ecuación:

$A \times V = R$ (Amenaza X vulnerabilidad = Riesgo), p.e si una comunidad esta expuesta a una amenaza y además es vulnerable, esta en riesgo.

En todo lo anterior existe un aspecto importante y es que la noción de riesgo depende de la percepción del tiempo, la edad, el género, el estado civil, los valores, el nivel socioeconómico, la información; es decir de muchos factores de índole individual y personal.

Cuando el riesgo no es bien manejado se convierte en un desastre, formulando la siguiente ecuación: $A \times V = R \rightarrow D$ (Amenaza X Vulnerabilidad = Riesgo = Desastre).

El autor define el Desastre como *“la precipitación de las pérdidas o daños más allá de lo aceptable, cuando la amenaza se convierte en un hecho real”* (p. 20).

El riesgo permite deducir, eliminar las pérdidas antes de que ocurran; mientras que el desastre es un hecho cumplido.

En cuanto a la crisis, la define como: *“proceso de liberación de los elementos sumergidos o reprimidos de un sistema como resultado de una perturbación exógena o endógena que conduce a la parálisis de los elementos protectores o moderadores, a la extensión de los desordenes, al surgimiento de incertidumbres de todo tipo y reacciones en cadena que conducen a la desorientación”* (p. 21), cumple con 4 condiciones:

Es una situación extraordinaria.

Desestabiliza el equilibrio.

Ocasiona un impacto físico, psicológico, social, económico o ambiental sea del individuo o el grupo.

Agrega que existen diferentes tipos de crisis:

De salud

Económicas

Del desarrollo

Afectivas

Laborales

Políticas

Ambientales

Institucionales

Accidentales

Por mencionar algunas.

El autor desea dejar claridad entre los conceptos de emergencia y desastre, para quien no son sinónimos. Señala que el evento puede ser el mismo, pero la diferencia obedece a la capacidad de respuesta. Cuando el evento se controla y se atiende sin intervenciones de otras personas externas, se habla de emergencia; si la situación se presenta por sorpresa, no se puede enfrentar con tranquilidad y facilidad, es decir se pierde el control y se requiere de apoyo externo, llegando a causar daños irreparables, se habla de un desastre.

El comportamiento de las personas que pasan por una situación de crisis varía según el momento. Cortés (2003) plantea tres momentos:

Percepción de la amenaza.

Impacto de la catástrofe.

La supervivencia.

Fonnegra (1989) menciona etapas del comportamiento que son mas flexibles:

Aviso (Riesgo objetivo: realmente existe; Riesgo percibido: observado por el sujeto, minimizado, restándole importancia).

Amenaza.

Impacto.

Inventario.

Rescate.

Recuperación.

El autor retoma a Ivar (2000) y refiere que desde el momento del incidente hasta media hora después, las conductas características de las personas son: *perdida del equilibrio psicológico, dificultades o deterioro en el sentido de la orientación, turbación, incertidumbre, perplejidad, reacciones emocionales serias, miedo, pánico, reacciones fisiológicas serias, el comportamiento es mas instintivo que reflexivo.*

En la fase de rescate hacen su aparición valores (solidaridad, disciplina, protección, apoyo) o antivalores (deshonestidad, oportunismos, insolidaridad), todo esto se da hasta que se restablezca el control social.

<p>Ante las pérdidas las personas inician con un estado de conmoción y negación luego indignación y rabia, después aflicción y dolor, luego culpan a Dios, se deprimen, se cuestionan ¿Por qué yo?, finalmente buscan de sí mismas, se tranquilizan y lo aceptan.</p> <p>Retoma a Pérez de Tudela (1989), quien manifiesta que el miedo es causado por la incertidumbre, ansiedad, angustia y el desconocimiento impidiendo la capacidad de acción y respuesta, pero no implica la desconexión con la razón. Mientras que el pánico es la huida desenfadada, sin orden, es retornar a una conducta primitiva, acompañada de violencia si es necesaria.</p> <p>Teniendo en cuenta que el ser humano puede y cuenta con la capacidad de superar estas crisis sin necesidad de ninguna clase de apoyo (Resiliencia), el autor considera que existe una falencia, esto se trata de que, al sujeto recuperarse y al reconstruir puede hacerlo bajo las mismas condiciones que anteriormente lo pusieron en riesgo; por lo tanto el interés es poder intervenir en la reconstrucción para aprovechar el potencial y evitar la posibilidad de que se repita el desastre.</p>	
<p>CAPITULO II: ASPECTOS NEUROPSICOLÓGICOS</p> <p>Ante una situación de peligro se presenta un leve salto como respuesta automática, sin mediación del pensamiento; a nivel fisiológico: el corazón, el pulso y la respiración se aceleran, aumenta la temperatura corporal y se presenta una sudoración fría, se bloquean algunas funciones para poder asistir la demanda orgánica de otros sectores; otras estructuras se relajan de tal manera que el sujeto pierde el control sobre necesidades fisiológicas como los esfínteres, ocasionado la micción sin darse cuenta. Todas estas funciones son coordinadas por el sistema límbico (manejo de las emociones), el sistema autónomo, neuroendocrino y el sistema nervioso central.</p> <p>La respuesta adrenérgica del sistema autónomo (aumento de la respiración, de la tasa cardíaca, la presión arterial, secreción de adrenalina).</p> <p>Por otro lado el lóbulo frontal se encarga de expresar a través de la palabra, acciones o ideas creativas, su papel es modular</p>	

la conducta racional del ser humano.

La reacción ante la percepción de una situación de emergencia o amenaza, es primero que todo de impacto sensorial. La información llega en milésimas de segundo a los lóbulos frontales y mediante el sistema autónomo a todo el cuerpo; los lóbulos frontales se bloquean y se activa el sistema límbico que es el que integra todas las estructuras que participan en la modulación de la vida emocional y afectiva. También controla las respuestas inmediatas, automáticas, las conductas aprendidas repetitivas y la activación endocrina que desencadena la respuesta de escape o lucha ante el peligro. Es este sistema el que gobierna la conducta del sujeto cuando se bloquea la capacidad racional de pensamiento. Por lo tanto generalmente las respuestas ante el peligro son: gritar, correr, llorar, pelear, entre otras.

La reacción ante la percepción de una situación de emergencia o amenaza en personas entrenadas (intervinientes). Como se señaló en el punto anterior el sistema límbico por ser el área primaria del sistema nervioso central esta encargado de la memoria, sobre todo la aprendida, practica y repetitiva; por lo tanto el entrenamiento que esta compuesto por la ejecución de conductas repetitivas inciden en el sistema límbico de tal manera que inhiben las respuestas automáticas y permite actuar a las conducta aprendidas; es así como responden las personas que estas entrenadas ante las situaciones criticas. Sus prácticas como los simulacros, permiten que el comportamiento se memorice y se ejecute automáticamente.

Lo anterior muestra que no es suficiente saber como proceder teóricamente o racionalmente ante la situación de emergencia, el interviniente debe saber ejecutar la acción, haberla aprendido por medio del entrenamiento, puesto que en el momento de la emergencia, se puede bloquear su sistema racional y emerge el límbico imposibilitando que opere adecuadamente.

Las consecuencias de estar expuesto ha situaciones criticas constantemente o por largos periodos de tiempo:

Síndrome de estrés postraumático

Perdida de la modulación neuronal: cuando un estímulo aversivo o su repetición provocan con frecuencia una respuesta límbica intensa, y una descarga catecolaminérgica que no es tratada eficazmente.

Riesgos y desastres en los niños: es importante educar a los niños sobre los desastres, informales sobre que pueden hacer y como protegerse, se deben preparar emocional y físicamente. Aunque son pocos los estudios existen; autores como Kübler- Ross (2000) quien manifiesta que los niños pasan por las mismas fases que los adultos en estas situaciones. Peterson, Prout y Schwarz (1991) refieren que el estrés postraumático se presenta en los niños de la siguiente manera: *silencio o la negativa a hablar del trauma, la vivencia recurrente del evento traumático, pérdida de habilidades del desarrollo recientemente adquiridas, sentido de futuro negativo o incierto, síntomas físicos como dolor de cabeza y estomago, puede haber marcado desinterés en actividades significativas*. El trauma, cita el autor, tiene mas efectos negativos en los niños que en los adultos, puesto que se afectan estructuras en proceso de desarrollo; además según plantean, el niño no cuenta con las herramientas de racionalización que le permiten ayudar a minimizar el trauma, por lo tanto necesita mas ayuda de sus cuidadores para disminuir su ansiedad y garantizar el apoyo.

Todo lo anterior de igual manera pueden afectar a la comunidad en general y a la nación.

Con lo anterior se plantean 3 niveles de pensamiento y actuación ante la crisis:

Nivel 1. Sin entrenamiento. Probable bloqueo de los lóbulos frontales, control del sistema límbico con las respuestas emocionales y aceleración psicofisiológica.

Nivel 2. Con entrenamiento. Probable bloqueo de los lóbulos frontales, control del sistema límbico, pero la práctica da respuesta prioritaria a las conductas aprendidas sobre las emocionales.

<p>Nivel 3. Con entrenamiento y racionalización de la crisis. No hay bloqueo de los lóbulos frontales, no se desactiva la capacidad de pensamiento racional para comprender al crisis, a pesar que el sistema límbico puede entrar en acción no supera la conducta racional, puede haber un grado de descarga catecolaminérgica y su correspondiente aceleración psicofisiológica, pero hay menor probabilidad de respuesta puramente emocional.</p>	
<p>CAPITULO III: OTROS DESARROLLOS Y CIERRE</p> <p>En este capítulo el autor habla del condicionamiento, como una herramienta que permite actuar o responder favorablemente durante la situación de emergencia en una población, pretendiendo hacer algo similar a lo que sucede con los intervinientes durante su práctica. Se trata de provocar un “<i>trauma de laboratorio</i>”, en un espacio controlado, entrenar a las personas para que aprendan a actuar ante situaciones de riesgo, enfrentándolas a una situación similar a la que se podría presentar en la emergencia, de tal manera que al repetir y aprender el comportamiento el sistema límbico desplace los sentimientos y prevalezca la memoria repetitiva. Se trata de programar a las personas por medio de una situación prefabricada, controlada, sin lesiones psicológicas severas para enfrentarse a una emergencia real.</p> <p>Por otra parte autores como Ronnan y Johnston (2001) que han estudiado programas educativos sobre amenazas, concluyen que estos programas pueden ayudar a los niños a lograr:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conciencia. Percepciones del riesgo más realistas. Conocimiento sobre la mitigación del riesgo. <p>Niveles aumentados de ajustes sobre la amenaza en el hogar. Propone el autor, utilizar este tipo de estrategias educativas para formar a los adultos, puesto que se ha confirmado que estos programas son muy efectivos y necesarios para asegurar la toma de conciencia frente al riesgo.</p> <p>Cortés (2003) señala que una de las debilidades que no permite actuar preventivamente es la distancia enorme entre los científicos y la comunidad en las poblaciones, los científicos consideran que las personas no cuentan con las</p>	

<p>capacidades para comprender y ser conscientes de las magnitudes de los desastres, por lo tanto no pueden actuar con responsabilidad frente a la prevención, mientras que los pobladores se quejan del lenguaje técnico usado por los científicos que tratan de explicar y crear conciencia en las comunidades que se encuentran en riesgo. Agrega que los científicos deben buscar mecanismos que permita que el conocimiento llegue adecuadamente a las comunidades respetando sus posturas culturales y teniéndolas en cuenta durante la labor educativa, tratando de establecer un acercamiento con la comunidad y tratar de entender que es lo que hace que se mantengan en esa situación de riesgo, cómo hacer que la población aprehenda la información y por ende la haga parte de su vida cotidiana, anclándola dentro de sus practicas culturales, sin restarles valor. Para esto se ha hablado del concepto de empoderamiento, que permite a las personas asumir el riesgo y formar parte del trabajo preventivo.</p> <p>La Comisión de Cultura y Desarrollo ha definido el empoderamiento como <i>“la capacidad de las personas para elegir entre opciones mas amplias mediante la participación directa en los procesos de toma de decisiones o influyendo sobre quienes tienen el poder de decidir”</i>. (p.42)</p>	
<p>OBSERVACIONES: el articulo brinda mucha información valiosa sobre la intervención en desastres a nivel fisiológico y neuropsicologico, señala el limitante que tiene Colombia que a pesar de ser un país que constantemente vive situaciones de amenaza solo se brinda una intervención después del suceso, cuando se le debe dar importancia al antes y durante no solo al después.</p> <p>Seria interesante profundizar sobre el tema a nivel infantil, saber con que fortalezas cuenta el niño para enfrentar estas situaciones y recuperarse, informarnos sobre los tutores de resiliencia y como podrían ayudar eventualmente en situaciones como estas.</p> <p>Finalmente evaluar el aspecto ético en cuanto al tema de la situación de emergencia prefabricada, <i>“trauma de laboratorio”</i>, el cual como señala el autor no causa daños psicológicos severos. Pero no deja de ser un trauma y de causar un daño</p>	

psicológico mínimo.	
---------------------	--

CATASTROFES, ASISTENCIA PSICOLÓGICA Y ORGANIZACIÓN AMBIENTAL

<p>No. 015</p>	<p>DESCRIPCIÓN GENERAL Num. 1, Vol.1. Año 2002. Cuadernos de Crisis. Revista semestral de psicología de las emergencias y la intervención en crisis. www.cuadernosdecrisis.com/pdf/num1vol1-2002.pdf. Este artículo trata de la necesidad de tener condiciones ambientales óptimas para la atención de las víctimas o sus familiares en situaciones de emergencia, teniendo en cuenta que no siempre se podrán contar con los elementos, pero se le da un valor muy importante a los espacios que efectivamente tiene sus implicaciones en las tareas realizadas con las víctimas.</p>
<p>TEXTOS: Brunet (200) refiere la importancia de las condiciones ambientales adecuadas a la hora de la atención psicológica a víctimas en situaciones de emergencia. Refiere que los escenarios, estructuras y condiciones ayudan a minimizar el riesgo psicológico. Para esto se debe tener en cuenta el tipo de personas con quienes se esta realizando la intervención, su estructura como grupo y comunidad, de tal manera que se garantice el respeto por sus rituales y tradiciones culturales.</p> <p>El profesional debe conseguir las condiciones mas adecuadas para la intervención de tal manera que sea menos traumatizante y busque la calidad de la intervención; deben permitir, <i>minimizar la tensión, garantizar la intimidad, aproximar la información.</i></p> <p>El acceso a los escenario de determina en función de : El tipo de victimización: la proximidad personal con los hechos y el tipo de pérdida.</p> <p>Estado: situación de cada uno de las víctimas. Vinculación personal: proximidad con otras victimas, afinidad, cercanía familiar o afectiva.</p> <p>Grupo referencia: característica del grupo social, religión,</p>	<p>PALABRAS CLAVES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espacios físicos. - Ambiente. - Intervención. - Víctimas

<p>cultura.</p> <p>En lo posible, el psicólogo debe tener control en los siguientes aspectos: Reconocimiento del hecho de las pérdidas que conlleva tanto individuales como colectivas.</p> <p>Activación de la elaboración de procesos de duelo. Posibilitar conductas de afrontamiento. Reconducción a la actividad constructiva. Responsabilización de los sujetos hacia la solución de los aspectos particulares o vinculantes.</p> <p>Evitar conductas perturbadoras. Posibilitar conductas rituales. Detección de sujetos que requieran intervención. Intervienen cuatro factores en la ocupación de un ambiente (p.10,11): Espacio personal. Privacidad. Territorialización. Aglomeración. Confort. Otros factores relacionados con condiciones técnicas: Comunicaciones. Potencial electrónico. Elementos de servicio. Debe garantizarse con especial cuidado, respeto y buena circulación, el transporte de cadáveres, logística y servicios de emergencia. Los escenarios necesarios para atender a las víctimas: Hospitales Tanatorios provisionales. Salas de chocados. Salas de acogida. Salas de profesionales. Salas de servicios.</p> <p>Los escenarios donde se pueden atender a las víctimas, cuando no se cuenta con el escenario adecuado: Hospitales. Escuelas</p>	
---	--

<p>Ayuntamientos. Palacios de congresos. Batallones de deportes Estadios. Salones de baile. Pistas de hielo. Hoteles y albergues. Tanatorios.</p> <p>Durante este proceso de intervención se debe cumplir con los siguientes objetivos:</p> <p>Aproximación de los puntos de información y comunicación. Garantizar la intimidad de los sobrevivientes.</p> <p>Centrar el trabajo de acondicionamiento ambiental de acuerdo el a tiempo de permanencia.</p> <p>Para el diseño de lo escenarios: Señalización. Salas de intervención. Oficinas de información. Víctimas hospitalizadas. Locutorios telefónicos. Escenarios relacionados con la gestión de la muerte: Deposito de cadáveres. Salas de identificación Capillas ardientes. Boxes funerarios.</p> <p>Si el psicólogo no cuenta con todo para crear el ambiente, debe tener la capacidad de intervenir en cualquier situación si se requiere.</p>	
<p>OBSERVACIONES: El artículo nos permite entender la importancia que tiene el ambiente para la recuperación de la víctima y que este mismo proceso no se convierta en parte de ese horror que ya ha tenido que presenciar. El respeto y el trato adecuado en cuanto a los familiares fallecidos y todo lo concerniente con los cuerpos son sin duda muy importante, y ayuda a que el proceso de duelo se viva en la privacidad de la familia.</p>	

De igual manera el psicólogo debe velar por que ciertas condiciones se cumplan para garantizar el bienestar de las victimas.	
--	--

TEORIA DE LA CRISIS

No. 016	<p>DESCRIPCIÓN GENERAL</p> <p>Tomado de: SLAIKEU, Karl (1996). Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. México: El Manual Moderno.</p> <p>En esta primera parte el autor retomando a otros estudios busca lograr definir que es la crisis, conocer que elementos la desencadenan, y de una manera muy general como vivencia el sujeto estas situaciones a nivel afectivo y cognitivo.</p>
---------	---

<p>TEXTOS:</p> <p>Se define la crisis como un estado temporal de trastorno y desorganización, que se caracteriza por una incapacidad del sujeto para manejar situaciones particulares usando métodos acostumbrados para la solución de problemas.</p> <p>Autores como Taplin (1971) la han definido como la incapacidad del sujeto y su “mapa cognoscitivo” para manejar y resolver situaciones nuevas y dramáticas.</p> <p>El termino chino <i>weiji</i> (crisis) se compone de dos aspectos <i>peligro y oportunidad</i>. Haciendo uso de la versión inglesa en el lenguaje, significa <i>decisión y discernimiento</i>. Mientras que en nuestra lengua podría definirse como desorganización emocional, perturbación y colapso de las estrategias de afrontamiento.</p> <p>Los aspectos principales de la crisis son <i>el trastorno emocional y el desequilibrio</i> ante el fracaso en la solución de un problema.</p> <p>Existe sucesos que permiten se precipite la crisis en el individuo, Viney (1976) menciona algunos que son vitales, es decir necesarios para el progreso y el desarrollo, los denominó <i>crisis vital</i>: un embarazo, el nacimiento de un niño; la transición de la casa a la escuela, luego a la universidad; el compromiso y el matrimonio; la cirugía y la enfermedad; la jubilación, los cambio sociales y tecnológicos rápidos, etc. En estos momentos críticos debe observarse el suceso y lo que significa para la persona en el entorno de la historia de su desarrollo.</p>	<p>PALABRAS CLAVES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crisis. - Desorganización. - Desequilibrio. - Situaciones Críticas. - Vulnerabilidad.
--	---

Existen otros sucesos que también precipitan la crisis en el individuo, pero que son absolutamente devastadores: la muerte inesperada de un ser querido, la violación, atentados terroristas, desastres naturales, entre otros. Este tipo de crisis es inducida por situaciones circunstanciales, es decir donde un factor incide sobre otro y se desencadena la crisis; es de gran importancia conocer como el sujeto percibe el suceso desencadenante.

El autor cita a Nowak (1978) quien sugiere que el impacto de un suceso particular depende de la intensidad, duración, continuación y grado de inferencia.

Rapoport (1965) sugiere que un conflicto puede percibirse como:

Una amenaza a las necesidades instintivas o al sentimiento de integridad física y emocional.

Una pérdida.

Un reto que amenaza con sobrepasar las capacidades del individuo.

Agrega el autor que en cada uno de estos casos, los procesos cognoscitivos son medidores entre el suceso y la respuesta del individuo.

Desorganización y desequilibrio es uno de los aspectos más obvio de las crisis (trastorno emocional grave).

Las personas que pasan por una crisis experimentan los siguientes síntomas más significativamente que quienes no:
Sentimiento de cansancio y agotamiento.

Sentimiento de desamparo.

Sentimiento de inadecuación.

Sentimiento de confusión.

Síntomas físicos.

Sentimientos de ansiedad.

7. Desorganización del funcionamiento en sus relaciones

<p>laborales.</p> <p>8. Desorganización del funcionamiento en sus relaciones familiares.</p> <p>9. Desorganización del funcionamiento en sus relaciones sociales.</p> <p>10. Desorganización en sus actividades sociales. Durante una crisis se afectan simultáneamente sentimientos, pensamientos, conducta, relaciones sociales y funcionamiento físico.</p> <p>La crisis ocasiona reducción de las defensas, cuando el sujeto ya no es capaz de salir a delante. Existen psicólogos que plantean que en este momento las personas están dispuestos a atender nuevos planteamientos que les ayuden a entender los detalles del conflicto, qué paso o qué esta pasando.</p>	
<p>OBSERVACIONES: Es importante tener muy presente lo que se señala en esta primera parte sobre el hecho que la crisis afecta de manera simultanea la vida afectiva, cognitiva, por ende a la conducta, al sistema social y al funcionamiento físico; esto quiere decir que se debe pensar al ser humano visto dentro de un sistema integral que se esta afectando mutuamente y no se puede separar unos aspectos de otros, cuando es el mismo sujeto con toda su historia y sus problemáticas actuando dentro de diferentes ambientes.</p>	

TEORIA DE LA CRISIS

No. 017	DESCRIPCIÓN GENERAL Tomado de: SLAIKEU, Karl (1996). Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. México: El Manual Moderno. En esta segunda parte el autor expone las diferentes formas sobre cómo se ha entendido que el ser humano enfrenta esa situación crítica, con que elementos cuenta para superarla adecuadamente.
TEXTOS: Caplan (1964) menciona 7 características de la conducta durante el enfrentamiento afectivo: Explorar activamente conflictos reales y buscar información. Expresar sin reserva sentimientos negativos, positivos y tolerar la frustración. Pedir ayuda activamente a otros. Descomponer los problemas en fragmentos manejables y operar sobre uno cada vez. Estar consciente de la fatiga y las tendencias que propician la desorganización. Controlar los sentimientos donde se pueda (aceptándolos cuando sea necesario), ser flexible. Confiar en sí mismo y en otros, y tener un optimismo básico sobre los resultados por venir. Lo anterior coincide con Lazarus (1980), señala que el enfrentamiento se divide en dos actividades principales: Cambio de situación-solución de problemas (pedir ayuda de otros, descomponer el problema en fragmentos manejables, confiar en si mismo y en otros). Manejar sentimientos positivos, tolerar la frustración, manejar la fatiga y las tendencias hacia la desorganización, realizar esfuerzos por salir adelante y el dominio básico de los sentimientos.	PALABRAS CLAVES - Crisis. - Desorganización. - Superación. - Apoyo.

La crisis es considerada como un estado agudo de larga duración (meses o años), sin embargo Caplan considera que la crisis puede resolverse en un tiempo de 4 a 6 semanas. En estudios se logro confirmar que la crisis ha sido mayor a un periodo de 6 semanas y menor a 7 meses, se ha considerado que a las 6 semanas expuestas por Caplan se aprecia es restablecimiento del equilibrio, pero no necesariamente una resolución de la crisis. En 6 semanas el equilibrio se restaura, las enfermedades somáticas y las emociones se reducen, esto partiendo del supuesto de que los seres humanos no soportamos períodos largos de desorganización. Los estudios en general han demostrado que la gravedad del problema aumenta en función de la severidad y duración del suceso tensionante.

fases del impacto a la resolución:

Elevación inicial de tensión por el impacto.

La falta de éxito en estas respuestas para la solución de problemas.

En tanto la tensión se incrementa, se movilizan otros recursos para la solución de problemas.

Si las formas de resolución no funcionan, la tensión aumenta hasta un punto límite que da lugar a una desorganización emocional grave.

Las reacciones que se presentan ante la tensión grave: el desorden (reacciones iniciales en el impacto del suceso). La negación (conduce al amortiguamiento del impacto, tratar de no pensar en lo sucedido, actuar como si nada estuviera sucediendo). La intrusión (abundancia involuntaria de ideas de dolor). Translaboración (proceso en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos). La terminación (etapa final de la experiencia, integración de la misma a la vida del sujeto).

En la resolución de la crisis se trata de translaborar (ayudar, comprender al sujeto) el suceso de tal manera que quede

<p>integrado (resolver la crisis, anclarlo a otros sucesos vitales que forman parte de su experiencia) dentro de la cotidianidad de la vida y que finalmente la persona este abierta (provisto para enfrentarlos) al futuro.</p> <p>Los recursos materiales son muy importante para enfrentar la crisis (la comida, vivienda, dinero, transporte etc.).</p> <p>Los recursos personales segundo factor principal, la fuerza le yo, la historia previa sobre problemas o crisis pasadas.</p> <p>Los Recursos sociales el apoyo de la familia, los amigos, compañeros de trabajo, etc.</p>	
<p>OBSERVACIONES: La observación se trata básicamente del tiempo limite que han expuesto los autores para sobreponerse a la crisis, un tiempo mínimo de 7 meses, señalan que en el duelo la persona puede tardar mucho mas tiempo y hasta años en recuperarse, considero que existe, según lo planteado por los autores, situaciones criticas que pueden tardar mucho tiempo, por lo tanto se debe tener en cuenta las particularidades de cada individuo y la especificidad del problema que este enfrentado, así que plantar un tiempo para reponerse a la crisis lo considero un poco arbitrario.</p> <p>Además los autores agregan un periodo de 6 meses en el cual se restaura el equilibrio emocional y físico en el sujeto, frente a esto me cuestiono ¿Cuáles son sus consideraciones frente al estrés postraumático?.</p>	

PSICOTERAPIA DE URGENCIAS EN SITUACIONES CRÍTICAS DE LA VIDA Y TRAUMAS EXTRINSECOS.

<p>No. 018</p>	<p>DESCRIPCIÓN GENERAL BELLAK, Leopold y SMALL, Leonard. Psicoterapia Breve y de Emergencia. México: Pax, 1988. pp 295-321. En el texto el autor habla del acompañamiento psicológico en situaciones de crisis, plantea ejemplos y explica cual es el papel del psicólogo en cada uno de ellos y expone cuales son las repuestas que puede presentar un individuo ante algunos acontecimientos críticos.</p>
<p>TEXTOS: En el texto se hace referencia a la psicoterapia breve, señala el autor que teniendo en cuenta sus principios generales se debe traer a colación la historicidad del sujeto, es decir no solo se debe tener como herramienta la narración que hace el individuo de la situación dramática que vivió, sino que se debe poner en relación esta narración con las experiencias que ha vivido el sujeto y como se ha enfrentado a situaciones similares en el pasado; teniendo en cuenta que las experiencias del pasado ayudan a la distorsión perceptiva del evento y su narrativa se ve influenciada por estas distorsiones; la labor del psicólogo en la intervención es tratar de comprender esta discontinuidad. Además debe tratar de encontrar los denominadores comunes en cuanto a la forma de afrontar la crisis y el comportamiento que llevo a cabo el individuo al enfrentarse en el pasado a este tipo de situaciones criticas y las ocurridas en la actualidad, es lo que el autor ha llamado Insigth. De igual manera el psicólogo en la Psicoterapia breve debe comprender el impacto que sufre el sujeto en su vida tras la situación de crisis, teniendo en cuenta que en la crisis hay factores que son relevantes para un individuo pero no necesariamente lo son para otros, es decir varían para cada persona; aun así el autor trata de agruparlos en tres categorías generales para ayudar en el análisis: <i>el temor a perder la propia vida, la salud y el sentido de si, la perdida de la autoestima y finalmente la perdida del amor o de los seres amados.</i></p>	<p>PALABRAS CLAVES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crisis. - Intervención. - Duelo. - Perdida. - Apoyo psicológico.

Por lo anterior se concluye que los acontecimientos de la vida esta influidos por las experiencia del pasado que son únicas para cada persona, por lo tanto al hablar de crisis se habla de la individualidad, de la historicidad del sujeto, de su capacidad cognitiva y de todos los factores congénitos y fisiológicos.

Por lo tanto para darle tratamiento a la crisis se debe estudiar el suceso de acuerdo a la distorsión perceptiva del individuo, como lo ve el individuo, como lo vivencia.

Todos los sujetos sentimos de manera diferente las situaciones sean críticas o no, p.e: al percibir la amenaza de un accidente, la persona puede temer perder el control y no lograr manejar la situación, otra puede sentir miedo a la mutilación. En el texto se agrega que en cada crisis se involucran 5 o 6 factores fundamentales donde el orden de importancia varía según la persona. El terapeuta debe ser flexible y adaptarse a las repuestas individuales de cada enfermo.

Las situaciones mas criticas de la vida se agrupan en tres categorías que el autor describe como, las que involucran la violencia y el temor a perder la vida; una accidente, asalto o violación, las crisis que provocan la perdida del autoestima y la experiencia de rechazo o separación, etc.

El autor explora diversas situaciones críticas con el fin de ilustrar los principios generales e individuales. Para esta ficha bibliografía retomaremos dos ejemplos del abanico que nos muestra el autor, que estén más relacionados con el tema a consultar (*"Atención psicológica a personas víctimas del terrorismo en el momento inmediatamente posterior al suceso"*)

El autor expone los siguientes: Divorcio, pérdida del empleo, muerte amenaza de muerte, duelo, la decisión quirúrgica, victimas de la violencia, embarazo indeseado con énfasis especial en el aborto. Se abarcara los temas resaltados.

MUERTE AMENAZA DE MUERTE, DUELO

El duelo es visto como un producto natural de desorganización, el psicoterapeuta no debe verlo como algo patológico. La psicoterapia del duelo debe plantearse buscando la adaptación del sujeto a su nueva situación. La consternación, ira o depresión presente al inicio de la situación, varia en cada persona, algunos no lo expresan pero están sufriendo en su interior.

En el momento de informar a alguien sobre su propia muerte la psicología, señala el autor, cuenta con muchos elementos y puede ayudar al paciente a escoger el método defensivo que mejor se adapte; de igual manera el psicoterapeuta debe estar preparado para atender a la familia. Debe identificar cual es la fuente principal de preocupación del paciente, teniendo en cuenta sus sueños y fantasías. Cuando el paciente se acerca a la comprensión de su situación se acrecienta su habilidad para ajustarse al desarrollo sintomático de su enfermedad. Es importante que el psicoterapeuta hable de los avances médicos sin alentar las esperanzas de sobrevivir.

VICTIMAS DE LA VIOLENCIA

El autor plantea algunos ejemplos de víctimas de la violencia y las formas como el terapeuta pueden ayudar a sobrepasar el trauma.

Accidentes: se estima que un porcentaje de accidentes automovilísticos son una forma de suicidio, el psicoterapeuta debe evaluar si el accidente fue o no con intención (tener en cuenta los sueños, fantasías y las circunstancias que rodearon el accidente, como los tiempo antes y durante), debe ayudar a evitar reacciones semejantes a la neurosis traumática con efectos prolongados.

Violación: la victima necesita apoyo psicológico inmediato e ininterrumpido. Los efectos psicológicos: temor generalizado y prolongado a la vulnerabilidad física, ira y horror, furia dirigida contra si misma y depresión. La persona puede deprimirse o negar su ira, la culpa siempre esta presente en estas situaciones.

<p>Se presentan niveles de deterioro en el funcionamiento, si es su primera experiencia sexual puede originar una confusión entre la sexualidad, la violencia y la humillación.</p> <p>Reacciones de la victima: Fase de amenaza Fase de violación y su impacto Fase reparatoria Postrauma</p> <p>El sujeto ya es capaz de recordar el suceso para reparar los daños. El estrés postraumático puede manifestarse de cualquier manera, desde la claustrofobia hasta depresión y culpa. Son comunes las perturbaciones del sueño, desordenes en el apetito.</p>	
<p>OBSERVACIONES: Para el tema el texto brinda pocas herramientas en cuanto a la intervención en crisis, pero ayuda a comprender y conocer los procesos psicológicos que este inmerso en estas situaciones y como se ha elaborado el trabajo e intervención a nivel psicológico; aunque en el texto se hable mas del después del evento, que del durante el evento y se mencione muy poco la situación critica en si.</p>	

NUESTRA REACCION ANTE LA CRISIS Y EL TRAUMA

<p>No. 019</p>	<p>DESCRIPCIÓN GENERAL</p> <p>Rubin, Barbara Y Bloch, Ellin (2000), INTERVENCION EN CRISIS Y RSPUESTA AL TRAUMA. BILBAO: Desclee de Brouwer</p> <p>www.libreriapaidos.com/libros/9/843301555.asp?TipoBusqueda=101</p> <p>En este texto se expone la manera como las personas nos enfrentamos a las crisis, los sentimientos, las expresiones y modos de actuar mas característicos, las fortalezas que el psicólogo que esta en intervención puede aprovechar para llevar a cabo su labor con eficacia, la manera como el profesional debe actuar sobre las debilidades de las victimas y lo que debe conocer de ellas.</p>
<p>TEXTOS:</p> <p>En las primera paginas del texto se encuentran los siguientes testimonios: <i>“sentía como si estuviera poseía, todo lo que hice fue correr alrededor de la casa, gritando”</i> (reacciones ante el secuestro, violación y asesinato de la hija).</p> <p><i>“El tiempo prácticamente se detuvo. Sentía que me encontraba en una película a cámara lenta”</i> (herido por un disparo en su ato)</p> <p><i>“Me sentía como si estuviera en una película mala, y todo lo que había alrededor mío se había detenido”</i> (esposo de una víctima de cáncer)</p> <p>Plantea el autor que las reacciones a los eventos traumáticos y la crisis, son repuestas normales ante circunstancias anormales; agrega que nada puede preparar a las personas antes tales eventos y no existen indicadores que muestren como reaccionara el individuo. aún así se debe señalar que la mayoría de las víctimas pueden emplear sus propios recursos de afrontamiento y aprovechar los ofrecidos por los demás, es un porcentaje menor el que no puede recuperarse adecuadamente ante las crisis.</p> <p>Las personas reaccionan ante circunstancia traumáticas naturales (desastres sísmicos, inundaciones, etc.) y</p>	<p>PALABRAS CLAVES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crisis. - Desorganización. - Redes de apoyo. - Situaciones críticas. - Fortalezas.

artificiales (impuestas por otras personas: atentados terroristas, secuestros, etc.) de una manera muy similar, expresando las emociones y reaccionando de la manera como se exponen a continuación.

Fue durante la segunda guerra mundial que la psicología incursiona al campo de batalla, buscando explicar una serie de síntomas como vértigo, taquicardia, temblor extremo, mareo, sensaciones de hormigueo en los brazos o manos y transpiración, síntomas que experimentaban los soldados combatientes; fue así como surgió la llamada neurosis de guerra.

Poco a poco con el transcurso del tiempo, los datos clínicos reunidos a partir del evento traumático comenzaron a plantear otras reacciones y consecuencias psicológicas:

Aplanamiento emocional, incredulidad, perturbaciones del sueño, pesadillas, enojo e irritabilidad, pensamientos intrusivos, tristeza, olvido y pérdida de concentración; miedo a “volverse loco”, culpa del superviviente, pérdida de la sensación de seguridad del mundo, pérdida de confianza en los demás, incremento en el uso del alcohol y droga, aislamiento social, excitabilidad, inquietud, nerviosismo, quejas de dolor, síntomas de gripe, minimización del incidente traumático, hipervigilancia, sentimientos de vergüenza, desesperación, desesperanza, vértigo, temblor, mareo, sentimientos de euforia, taquicardia. Alteraciones de la percepción del tiempo.

Para que un evento sea considerado traumático debe amenazar la vida de la persona o su integridad física. Ahora bien al concepto de victimización se le agrega la creencia de que las víctimas son a veces responsables del infortunio. Anota el autor que las víctimas infantiles están exentas de esa creencia.

La respuesta ante el evento dependerá del tipo de personalidad del afectado (a), de sus experiencias durante la vida y la actitud ante el mundo. El autor cita a Lazarus quien concibe el estrés psicológico y las habilidades de afrontamiento como el producto de una relación continua

entre la persona y el ambiente, considera que cuando una persona se enfrenta a una situación estresante, realiza una evaluación cognitiva y habla de tres tipos de evaluaciones.

Valoración del daño o pérdida

Valoración de la amenaza

Valoración del desafío

Esta evaluación se hace sobre la base de los recursos del sujeto (recursos internos, recursos interpersonales, recursos comunitario, espirituales).

En el momento de elegir como actuar ante el peligro, muchas personas se adhieren a una única forma de reacción teniendo varias en el ambiente; el psicólogo debe tratar de entender aquello que permite reaccionar a una persona de una manera y le impide hacerlo de otra.

Factores de riesgo relacionados con el individuo:

Edad y fase del desarrollo.

Salud.

Discapacidad

Estrés preexistente.

Eventos traumáticos vitales previos.

La fortaleza del sistema, de apoyo social.

Habilidades de afrontamiento.

Las expectativas del ego y de los demás.

Estado de los familiares.

. Entorno étnico y cultural

Interacción entre la ocupación del individuo y el evento.

Percepción e interpretación del evento.

Factores de riesgo vinculados con el rol y la superposición del rol: el autor divide el evento traumático en dos periodos distintos de tiempo, el impacto, el periodo inmediatamente posterior al impacto y la fase dos del impacto. Dentro de estos tiempos se representan los siguientes roles.

Periodo 1 víctimas, testigos, curioso, paramédicos, médicos, unidades de rescate, medios de comunicación.

Periodo 2 fase de dos impactos; Cruz roja, profesionales de la salud mental, clero, personal del deposito de cadáveres, directores funerarios, personal medico, equipos de inspección, medios de comunicación, detectives, abogados, empresarios, funcionarios gubernamentales, compañías de seguros y sus agentes. Las experiencia de las víctimas están parcialmente definida por sus interacciones con ellos, e intervienen de manera positiva o negativa respecto al trauma; además quienes empleen estos roles también cumplen otro papel y es de victimas secundarias que igual a las primeras se ven afectados de alguna manera por la situación critica que están presenciando.

Factores de riesgo vinculados con el evento: los eventos tienen sus propias características, si las propiedades de riesgo son menores el impacto psicológico es menor, y podrán enfrentarse con éxito las situaciones traumáticas.

Propiedades del riesgo:

Falta de anticipación.

Contraste abrupto del escenario.

Inocencia del escenario.

Tipo de desastre.

Naturaleza del agente destructivo.

Grado de incertidumbre y la duración de la amenaza.

Momento de aparición.

Alcance del evento

Pérdida personal o lesión.

Proximidad con le evento.

Estímulos traumáticos.

Error humano.

Modelo de transición vital, lo ha plantado Bridges (1976) señala que es útil para ayudar a las personas a desenvolverse en la crisis:

El duelo: la imposibilidad de vivir la vida como era antes.

Reconocimiento de pérdida, sentimientos de tristeza.

<p>Confusión: es algo que genera caos, puede coexistir con la tristeza, se trata del sentimiento de encontrarse solo en un momento. Es más esencial el apoyo. Para el psicólogo es importante ayudar a que el individuo se aferre a sus puntos de apoyo, a las redes sociales.</p> <p>Perdida confusión e ira: impulsos para dañar, destruir a la persona responsable de su pérdida. Es importante hacerles saber a las víctimas que no deben temer a los impulsos de su ira y que la deben expresar, contar lo que les está sucediendo.</p> <p>Identidad: la persona experimentará el nuevo individuo que ahora es, un nuevo comienzo.</p> <p>Finalmente el autor reserva un apartado especial para los niños y adolescentes.</p> <p>Niños en edad preescolar 1-5 años señala, son niños muy vulnerables a los cambios, se sienten muy afectados frente a la pérdida de algo o alguien, en especial de sus cuidadores. Son niños que carecen de habilidades mentales, verbales o emocionales necesarias para enfrentarse a este tipo de situaciones.</p> <p>Infancia temprana 5-11 años, pueden presentar conductas tipo regresivas, p.e enuresis nocturna, succión del dedo empleo de objetos de transición, pueden resistirse a volver a la escuela.</p> <p>Preadolescentes 11-14 años, prevalecen las relaciones grupales. Ante las crisis prefieren retirarse en solitario, aislarse, se deprimen, pueden volverse menos responsables más demandantes y competitivos, enfadarse frecuentemente con los adultos del entorno.</p>	
<p>OBSERVACIONES: el texto que se expone es un complemento, importante para la bibliografía que se integra, permite acentuar concepciones ya mencionadas por otros autores y replantearse interrogantes; p.e, el autor señala que no existen sentimientos de culpas en las víctimas infantiles, si revisamos la teoría psicoanalítica vemos como ante la pérdida del padre, el niño puede experimentar</p>	

sentimientos de culpa, haya presenciado o no el evento, puesto que al ser considerado un rival existe el deseo preconscious de eliminarlo, hacerlo desaparecer; y la muerte real del padre, sea ante una catástrofe natural o de otra índole, le reafirma su pensamiento omnipotente y por ende le lleva a pensar que él es el culpable, "él ha deseado la muerte del padre y se ha cumplido su deseo". Por lo tanto sería interesante conocer que dicen los marcos teóricos respecto a este tema, o a que tipo de culpa se refiere el autor y en que difiere sobre lo que se plantea. Por otro lado cuando habla de la crisis en los niños señala según la edad las problemáticas que se pueden presentar, cuestiono de nuevo ¿y la resiliencia?, ¿y los tutores de resiliencia?