

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

TESINA:

**“PSICOLOGIA DE EMERGENCIA: INTERVEN-
CION DEL PSICOLOGO EN SITUACION DE
DESASTRE Y CATASTROFE”.**

DIRECTOR DE TESINA: MGTER. STRANIERO CRISTINA.

AUTOR: ANALIA F. GARCIA DAUD.

MENDOZA. 2015

PSICOLOGIA DE EMERGENCIA: INTERVEN- CION DEL PSICOLOGO EN SITUACION DE DESASTRE Y CATASTROFE.



Hoja de evaluación

TRIBUNAL DE EVALUACION

 PRESIDENTE:

 VOCAL:

 VOCAL:

 PROFESOR INVITADO:

CALIFICACION:

Agradecimientos.

Me gustaría mucho comenzar agradeciendo a mis padres por el apoyo antes, durante y hasta el último momento de mi carrera universitaria.

Agradecer muy especialmente a mi mamá Ana quien me ha guiado, acompañado y hasta sido mi bastón en los momentos más difíciles de mi vida. Por aceptar mis elecciones y confiar en mí. A mis abuelos Angélica Y Aldo. Muy especialmente a mi abuela porque si bien no es mi abu de sangre, compartimos lazos del alma que son mucho más fuertes, Gracias abu por todos esos momentos juntos, te amo.

A mi segunda gran madre: Mimi. Mi mamá del alma que la amo y agradezco a Dios por haber iluminado a mi mamá para que la eligiera como mi madrina.

Dar gracias a mis seres queridos que ya no están, especialmente mi abu Alda, sé que desde el cielo iluminará siempre mi camino.

Agradezco a mis hermanos Rouse y Nico, quienes han sido los mejores amigos que la vida me pudo haber regalado.

A mis amigos caninos Lupe, Kratos y Lilo, que me acompañaron hasta altas horas cuando me quedaba estudiando.

A mis amigas del alma, hermanas del alma que uno elige: Tatu, Gaby, Nery, Jessi y Anto. A personas que ya no están junto a mi por diferentes situaciones pero sé me desean lo mejor y están presentes siempre.

A mi directora de Tesina: Mgter Cristina Straniero, por su predisposición y por su apoyo incondicional en este proyecto de investigación. Por su gran profesionalismo y humanismo. Conjuntamente agradezco a la Universidad del Aconcagua, por darme la oportunidad de desarrollar mi carrera con profesionales de tal alto nivel, con los cuales logre aprender a amar aun más la carrera.

A San Expedito le agradezco todos mis logros, muy especialmente la concreción de este gran proyecto de vida, que tanto disfrute.

Agradecer a todos los operadores de salud mental que colaboraron con mi investigación, ya que sin su ayuda esta investigación no podría haberse llevado a cabo.

Resumen

El propósito de la presente investigación, es ofrecer una mirada enriquecedora a la labor del Psicólogo que interviene en situación de desastre y catástrofe. Entendiendo al desastre como un suceso traumático causado por la mano del hombre (guerras civiles, explosiones, incendios, etc.), mientras que la catástrofe es un suceso causado por la naturaleza (huracanes, terremotos, maremotos, etc.).

Se trata de una investigación cualitativa de carácter exploratorio, recurriendo a la técnica de entrevistas a expertos. La muestra está conformada por 5 (cinco) profesionales de la salud que han intervenido en situaciones de emergencia y catástrofe.

La información recabada se analiza en base a 11 ejes de análisis:

- ✚ Intervención en crisis
- ✚ Experiencias en el ámbito de la crisis
- ✚ Conocimientos teóricos - prácticos
- ✚ Posgrado/curso/capacitación
- ✚ Psicología de emergencia
- ✚ Técnicas y objetivos
- ✚ Reacciones individuales generales
- ✚ Diferencia entre situación de desastre y situación de catástrofe
- ✚ Protocolo de actuación
- ✚ Modalidad Interdisciplinaria
- ✚ Características, rasgos, habilidades del agente de salud mental

Todos emergentes de la investigación teórica. Se perfila el rol del psicólogo en un área emergente de la psicología social, que requiere aún más investigación y preparación para su buen ejercicio profesional.

Abstract.

The purpose of this investigation is offered a rich look to the job of psychologist, who intervenes in disaster and catastrophe. Understood as disaster that event is caused by the hand of man (wars, explosions, fires, etc). While the catastrophe is the event is caused by the nature.

This investigation is qualitative of exploratory character. Used as instrument the interviews with experts. The sample is formed of five mental health workers, who have intervened in disasters and catastrophes.

The information has been analyzed in eleven axes:

- ✚ Crisis Intervention.
- ✚ Experiences in field of crises.
- ✚ Theoretical practical knowledge.
- ✚ Graduate/ course/ training.
- ✚ Emergency psychology.
- ✚ Techniques and objectives.
- ✚ Individual reactions.
- ✚ Differences between disasters and catastrophes.
- ✚ Action protocol.
- ✚ Interdisciplinary mode.
- ✚ Traits and skills of health workers.

All emerging from theoretical research. The role of the psychologist is emerging in this new area of Social Psychology. It requires more investigation and good preparation for professional practice.

Índice

Título de apertura.....	Pág. 1
Título Tesina.....	Pág. 2-3
Hoja de evaluación.....	Pág. 4
Agradecimientos.....	Pág. 5
Resumen.....	Pág. 6
Abstract.....	Pág. 7
Índice.....	Pág. 8
Introducción.....	Pág. 9
PARTE 1: MARCO TEORICO.	
CAPITULO I: Psicología de emergencia.....	
Pág. 13-21	
I.1. Antecedentes históricos.....	Pág. 14-18
I.2. Diferentes concepciones del término Psicología de emergencia.....	Pág. 18-21
CAPITULO II: Catástrofes y desastres.....	
Pág. 22-31	
II. 1. Definición de desastres y catástrofes.....	Pág. 23-29.
II. 2. Clasificación de desastre y catástrofe.....	Pág. 29-31.
CAPITULO III: Intervención en crisis:	
Primeros auxilios psicológicos.....	Pág. 32-54
III. 1. ¿Qué es una crisis?.....	Pág. 33-38
III. 2. Crisis y estrés ¿se relacionan?.....	Pág. 38-41
III. 3. Terapia de crisis.....	Pág. 41-54
CAPITULO IV: Psicólogo de la Emergencia.....	
Pág. 56-87	
IV. 1. Conocimientos técnicos y actitud del psicólogo.....	Pág. 56-63
IV. 2. Identificación y actitud reparadora.....	Pág. 63-66
IV.3. El cuidado del psicólogo que interviene en crisis.....	Pág. 66-67
IV. 4. Funciones y tareas del Psicólogo.....	Pag.68-69
IV. 5. Técnicas utilizadas para prevenir el burnout.....	Pág. 69-71
IV. 6. Técnicas para la contención de víctimas.....	Pág. 71-81
IV. 7. Psicología de la comunicación.....	Pág. 82-87
CAPITULO V: Ser humano en crisis.....	
Pág. 88	
V. 1. Factores que intervienen en la conducta.....	Pág. 89-92
V. 2. Percepción de riesgo.....	Pág. 92-94
V. 3. Trauma Psíquico.....	Pág. 94-96
V. 4. Reacciones individuales.....	Pág. 96-98
V.5. Consecuencias psicológicas.....	Pág. 99-100
V.6. Pérdida y duelo.....	Pág. 100-109
V. 7. Factores protectores.....	Pág. 110-114
PARTE 2: PARTE PRACTICA	
CAPITULO VI: Aspectos metodológicos.....	
Pág. 116-122	
CAPITULO VII: Presentación y análisis de resultados.....	
Pág. 123-135	
CONCLUSIONES.....	
Pág. 136-143	
ANEXO.....	
Pág. 144-162	
BIBLIOGRAFIA.....	
Pág. 163-166	

Introducción

Las consecuencias que dejan las catástrofes ambientales y los accidentes provocados por la mano del hombre, han llevado a que el psicólogo deba salir, alejarse del consultorio y trabajar *in situ*, sobre el momento de la crisis y luego de la misma.

Diversos estudios afirman que las catástrofes y desastres producen una serie de efectos psicológicos traumáticos en las víctimas, que se definen por su carácter negativo, extremo, inusual asociado a la amenaza a la vida de las personas.

Respecto a esto, Carlos Sica, psicólogo social argentino fundador de APSRA (Asociación de Psicólogos Sociales de la República Argentina), explica que “la modalidad del psicólogo social es la de trabajar *in situ* y no solamente *in vitro* (en un laboratorio), es decir en un consultorio donde deben recrearse, para ser elaboradas, escenas de la vida real. Si bien es sabido que en muchas situaciones de trabajo solo es posible de esta manera, privilegiamos la posibilidad de ejercer nuestro rol en el mismo escenario donde se desarrolla el conflicto”. (2013, 80).

La psicología de la emergencia se ha convertido en un área de trabajo muy requerida en el ámbito psicológico. Y aunque el concepto es relativamente nuevo, varios años antes, ya existían investigaciones referidas a esta rama de la Psicología.

Araya (1992, citado en Marín Uribe, 2010, 2) define a la Psicología de la Emergencia como “aquella rama de la Psicología General que estudia

los distintos cambios y fenómenos personales, presentes en una situación de peligro, sea esta natural o provocada por el hombre en forma casual o intencional”.

Marín (2002, citado en Marín Uribe, 2010, 2) por su parte, afirma que es el “estudio del comportamiento humano antes, durante y después de situaciones de emergencia, vale decir, ante situaciones que ocurren sin que nadie así lo espere”.

Frente a situaciones de catástrofe (como terremotos, inundaciones, erupciones de volcanes) y desastres (como el incendio en Cromañón, la explosión en Santa Fe, tragedias como LAPA, atentado a la sede de AMIA, tragedia en la estación de Once, imprudencias al volante, como la tragedia de la Ruta 7) surge la pregunta de cómo debería ser la intervención del Psicólogo, en el momento de la emergencia; si hay técnicas específicas para accionar frente a la angustia, la desesperanza, la bronca, la desazón de las personas que atraviesan este tipo de situaciones.

Así, se inició la indagación teórica sobre esta temática, de la cual se encontró muy poca bibliografía sistematizada, fortaleciéndola inquietud de problematizar esta rama de la Psicología Social, abriendo la búsqueda y reflexión acerca de qué rol y función cumpliría el agente de salud, específicamente el psicólogo, en estos momentos de urgencia.

La relevancia de esta investigación yace en el hecho de indagar y abrir nuevos caminos de investigación que aporten nuevos conceptos que ayuden a fortalecer y enriquecer la labor del Psicólogo en esta área de intervención social.

Muchos años antes, profesionales de la salud mental incursionaron en el estudio de diferentes situaciones críticas que amenazaron la homeostasis del ser humano en un contexto histórico social determinado. William James (1906), filósofo estadounidense y profesor en Harvard observó a víctimas durante el terremoto de San Francisco en el año 1906. Entre sus conclusiones,

constató que la vida mental y el comportamiento están en función de la adaptación al ambiente.

Lindemann(1944), siendo Jefe de Psiquiatría, estudió y observó a familiares y víctimas del incendio de un club nocturno llamado “Coconut Grove” en Boston. A partir de este suceso, Lindemann y colaboradores escribieron cientos de artículos al respecto y un libro llamado “Sintomatología y control del duelo agudo”.

Durante estas situaciones altamente estresantes para las personas que las vivencian, el psicólogo desde su saber y de su participación cada vez más comprometida en lo social ha ido ganando protagonismo, y a la vez la sociedad pide que así sea.

Baloiany y colaboradores (2007) refieren que el agente de salud mental debe poseer algunas característica particulares. Su labor se encuentra relacionada con la obtención previa de ciertos conocimientos, y tareas centrales como evaluación preventiva de la comunidad, detección de necesidades de actuación, planificación e implementación de intervenciones, asesoramiento a operadores de emergencias.

Además debe poseer ciertas habilidades como la empatía, aptitudes para la comunicación, capacidad de trabajo en equipo, capacidad de tomar decisiones bajo presión, entre otras.

Así el trabajo quedo organizado en dos grandes ejes: Un marco teórico que consta de 5 capítulos, y un apartado practico en el que se describe todos los elementos que hacen a la metodología investigativa empleada: objetivos, método y procedimiento. Además, en un capítulo aparte se puntualiza sobre el análisis de los resultados obtenidos y por último, las conclusiones a las que se pudo arribar.

PARTE I: MARCO TEORICO.

CAPÍTULO I: PSICOLOGÍA DE EMERGENCIA.

“Ningún hombre es una isla.

Para hacer frente al buen combate, necesitamos ayuda”.

Paulo Coelho (1997, El peregrino).

La Psicología de la Emergencia considerada como aquella rama de la Psicología Social dedicada a la asistencia de personas en situación de desastre o catástrofe, comenzó a tener relevancia a partir de la segunda guerra mundial allá por la década del 50.

A partir de este hecho histórico, se realizaron diferentes estudios sobre los efectos que el mismo había causado en la población.

Así mismo el paso de otros eventos desafortunados en la historia de la humanidad, han ido aportando diferentes conceptos, y valiosa información destinada a favorecer el enriquecimiento del psicólogo dentro de esta nueva área laboral.

1.1. Antecedentes históricos.

La primer conceptualización teórica del impacto traumático, producido por el paso de un desastre, fue realizada por Freud S. en 1904 (Neurosis de Guerra, Teoría del trauma). En 1906, James W. observó el comportamiento de víctimas y equipos de socorro durante el terremoto de San Francisco.

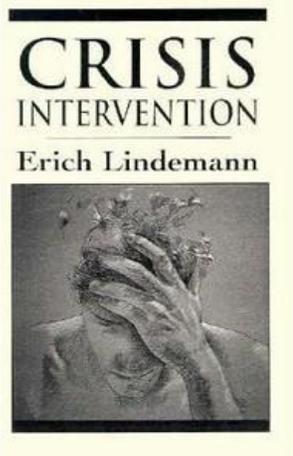
En 1909, Stierlin E. investigó las reacciones de 21 sobrevivientes de un accidente en una mina y a 135 personas dos meses después del terremoto de Messina, en Italia.

Pero quien marcó el inicio de la intervención psicosocial en crisis fue el psiquiatra Erich Lindemann.

Erich L. en 1942, realizó estudios en el Hospital General de Massachusetts, brindando ayuda y apoyo a sobrevivientes y a personas que habían perdido a sus familiares en un incendio producido en el Club Nocturno Coconut Grove en Boston un 28 de marzo del año antes mencionado, el cual dejó alrededor de 492 personas fallecidas.



Club Coconut Grove luego del incendio.



Lidemann y sus colaboradores centraron su mayor interés en los síntomas psicológicos de los sobrevivientes, en el mecanismo de negación y el proceso de duelo que atravesaban aquellas personas que habían perdido a un ser querido.

Sus resultados sobre los síntomas psicológicos de los sobrevivientes favorecieron luego, a las teorizaciones sobre el proceso de duelo. Mediante el cual la persona podía llegar a aceptar la pérdida y resolverla. De estos principios, Caplan formulo el significado de Crisis.

Gerald Caplan y Lindemann, creían que, cuando la persona se halla sumergida en un estado de crisis se muestra mucho más ansiosa, abierta a recibir ayuda y a ayudar y motivada a cambiar. Por esto, es que la intervención en crisis es la creencia de que la prestación de apoyo y orientación a las personas en crisis evitaría problemas de salud mental prolongados.

A partir de esto, se perfila a la intervención en crisis desde un enfoque más bien preventivo. Ya que por los años 1800, la observación de estos hechos tenía un tinte más bien clínico: descripciones de sintomatología compleja: depresión, insomnio, aliteración de la memoria

Bellak L. utilizó sus conocimientos extraídos de la experiencia con veteranos de la segunda guerra mundial (1946), para publicar su primer artículo



Segunda Guerra Mundial.

sobre *Psicoterapia Breve en el contexto de la Psicoterapia de urgencia en la depresión*. En el año 1983, da a conocer su clásica obra: "Manual de Psicoterapia breve intensiva y de urgencia" con orientación psicoanalítica.

Lifton R. en 1967, en Estados Unidos, describe el comportamiento de las personas post impacto traumático, producido por el bombardeo atómico en Hiroshima y Nagasaki.

En 1970, la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) publica un manual de "Primeros Auxilios Psicológicos en casos de Catástrofes".

Slaikeu K. (1984) en su libro "Intervención en crisis" desarrolla estrategias en base a la Terapia Multimodal de la crisis" construida sobre el modelo de Lazarus y en base a la teoría cognoscitiva (Mahoney 1974, Ellis 1961 y Beck 1976). Este tipo de terapia multimodal de la crisis examina aspectos conductuales, afectivos, somáticos y cognoscitivos.

Taylor y Fraser (1987), realizaron estudios asociados a desastres aéreos, obteniendo como resultado que tanto personas que habían estado relacionadas directamente con el hecho disruptivo y aquellas que estaban relacionadas de manera más bien indirecta (por ejemplo aquellas que no subieron al avión, perdieron el vuelo, etc.) manifestaban los mismos síntomas.



Bombardeo atómico en Hiroshima y Nagasaki.



En España a principios de los ´90 el Organismo de Protección Civil empieza a incorporar psicólogos en los planes de actuación ante una emergencia, aunque haciendo intervención psicosocial más que psicológica.

En 1996, en España, se produjo una gran inundación en la que murieron 86 personas y otras 100 resultaron heridas, este hecho particular condujo a la creación de grupos de intervención psicológica (1997), en desastres por parte del Colegio de Psicólogos.



INUNDACION VIOLENTA EN ESPAÑA.

En nuestro país en el año 1996, se configura EPS (EMEGENCIAS PSICOSOCIALES) como una Asociación Civil sin fines de lucro, obteniendo su respaldo legal y operando desde su total autonomía. Esta asociación comenzó sus estudios basándose en la Psicología de la guerra, que trataba



ATENTADO A AMIA (1994)

sobre intervenciones destinadas a mitigar las secuelas post-traumáticas. Sin embargo, el objetivo era intervenir durante el momento de crisis y así prevenir

secuelas post-traumáticas, por ello se recurrió a dos líneas de pensamiento: por un lado Pichón Riviére y la teoría y técnica de Alfredo Moffatt.

Su principal misión, según su creador y coordinador general Carlos Sica, es la de brindar “AXULIO EN CRISIS, en situaciones de ANGUSTIA PÚBLICA. Contención emocional y psicológica brindada solidariamente a la comunidad en el lugar de los hechos”. (Sica C. 2013, 15).

1.2. Diferentes concepciones del término Psicología de emergencia.

Existen diversas definiciones sobre el concepto de lo que implica la Psicología de Emergencia. Como la temática es muy nueva hablamos de DIVERSAS definiciones ya que no se ha desarrollado aún, una concepción estática o absolutista del término, por el contrario se trata de un concepto dinámico que se nutre de diferentes aportes surgidos de nuevas investigaciones.

Araya (1992, citado en Marín Uribe, 2010, pág. 2) define a la psicología de emergencia como *“aquella rama de la psicología general que estudia los distintos cambios y fenómenos personales, presentes en una situación de peligro, sea esta natural o provocada por el hombre en forma casual o intencional”*.



Para Marín Uribe (2002, citado en Marín Uribe, 2010, pág. 2) *“es el estudio del comportamiento humano antes, durante y después de situacio-*

nes de emergencia, vale decir, ante situaciones que ocurren sin que nadie lo espere”.

De Nicolás L. (2002, citado en Marín Uribe, 2010, 2) expone que, “la psicología de emergencia esta despegándose como una nueva disciplina y empieza a formar parte de los comunes instrumentos de intervención en los casos de desventuras, desgracias y calamidades”.

Brito P. (2010), afirma que la Psicología de Emergencia:



“Es la implementación de estrategias de intervención psicosocial orientadas a la mitigación y preparación de la población, evitando y reduciendo las respuestas inadaptadas durante el impacto del evento y facilitando la posterior rehabilitación y reconstrucción. Se interrelaciona con Psicología Clínica, Psicología de la Salud, Psicofisiología, Psiconeuroinmunología, Psicología del desarrollo, Psicología Social, Comunicación, Actitudes, Motivación, Psicología Organizacional, Psicología Educativa. Se trabaja interdisciplinariamente con médicos emergentistas, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, sociólogos, periodistas, ingenieros, geólogos, volcanólogos e integrantes de los equipos de pri-

siología, Psiconeuroinmunología, Psicología del desarrollo, Psicología Social, Comunicación, Actitudes, Motivación, Psicología Organizacional, Psicología Educativa. Se trabaja interdisciplinariamente con médicos emergentistas, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, sociólogos, periodistas, ingenieros, geólogos, volcanólogos e integrantes de los equipos de pri-

mera respuesta (militares, policías, bomberos, defensa civil, brigadistas de la Cruz Roja, entre otros)”.

Para Molina Araya C. la Psicología de Emergencia (1992,18), es una Psico - prevención y sus principios fundamentales son los siguientes:

- ✚ Muchas desgracias suceden por la reacción psicológica de las personas, más que por el evento que inicialmente produjo dicha emergencia.
- ✚ Pretendemos lograr buenos resultados y sin embargo, tenemos una actitud de indiferencia frente al peligro, hecho que facilita la ocurrencia de accidentes.
- ✚ Se ha demostrado que casi la totalidad de los accidentes se producen por fallas humanas.”

Siguiendo al mismo autor, plantea cuáles serían los objetivos generales que busca satisfacer esta nueva rama de la Psicología, de este modo describe lo siguiente (1992,19):

- 1.- Describir y explicar fenómenos psicológicos presentes en una catástrofe.
- 2.- Identificar los cambios personales que facilitan el miedo y la angustia.
- 3.- Aplicar técnicas psicológicas en situaciones de emergencia.
- 4.- Seleccionar personal para integrar grupos de rescate.
- 5.- Capacitar psicológicamente a la comunidad para afrontar accidentes y así evitar consecuencias mayores una vez producida una situación peligrosa.

Sica C., afirma que todo el material recabado sobre la temática hace alusión a la PSICOLOGIA DE LA GUERRA, “*que trata sobre las intervenciones para mitigar o reducir las secuelas postraumáticas, nada sobre intervenciones durante el hecho traumático*” (2013, pág.12).

Siguiendo al mismo autor, plantea que

“Hoy está totalmente instalada en el imaginario social la necesidad de los primeros auxilios psicológicos y la contención emocional en el lugar de la emergencia” (2013, pág. 13).

Sica (2013, pág. 14) expone que el operador psicosocial de emergencia trabaja e interviene ante crisis emocionales, durante las cuales la persona manifiesta conductas normales ante un hecho anormal. Siendo el objetivo principal de la intervención, evitar futuras crisis psicológicas, que una vez producidas requieren de un tratamiento más agudo. Durante la intervención la relación es entre asistente y asistido y no entre terapeuta y paciente (pág. 21).



La tarea que lleva a cabo la asociación “EPS” (Emergencias Psico-Sociales), se basa fundamentalmente en brindar primeros auxilios psicológicos, ante catástrofes, desastres, atentados, accidentes graves, inundaciones y toda situación que producida naturalmente o provocada por el hombre, genere conmoción emocional a un sector de la población (2013, pág.17).

CAPITULO II: CATÁSTROFES Y DESASTRES.

Convierte tu muro en un peldaño.

Rainer María Rilke(1910, Los cuadernos de Malte Laurids Brigge).

Es necesario poder delimitar que entendemos por catástrofe y desastre, cuáles son sus características y de qué modo se pueden clasificar.

Estos conceptos nos permitirán comprender, la situación crítica a la que el psicólogo se enfrenta apenas llega al lugar del hecho.

A continuación, se desarrollan estos aspectos a fin de enfatizar y enriquecer el conocimiento acerca del contexto en el que se interviene.

II. 1. Definición de desastre y catástrofe.

Existen definiciones que hablan desde el origen del suceso traumático: por ejemplo, para la Organización Panamericana de la Salud, un desastre consiste en un acto de la naturaleza cuya magnitud da origen a una situación catastrófica.

Otras diferencian conceptos de acuerdo a la magnitud y el costo que produce el evento, así un **desastre** es:

“Un evento que requiere para su resolución una mayor infraestructura, bien por la falta de servicios locales, o bien por la excesiva magnitud del suceso, se habla de desastre cuando el número de heridos, el número de damnificados o los costos económicos suponen una alarma en la población; además éste se podrá medir por la capacidad económica de un país. Este tipo de sucesos implican la pérdida o la amenaza de la vida o de la propiedad, perturban el sentido de la



TERREMOTO EN HAITI EN EL 2010.

comunidad y a menudo, provocan consecuencias adversas para los supervivientes” (1995, Gómez citado por Hernández 2006, pág.41).

Mientras que una **catástrofe**:

“Denominada también **desastre masivo**, en el cual, las consecuencias destructivas están más extendidas, afectan a un mayor número de personas y a bienes materiales, y por



lo tanto, suponen un gran esfuerzo y coordinación por parte de las instituciones públicas y/o privadas que se dedican al auxilio y protección de los sujetos afectados de todo el territorio nacional” (Hernández, 2006, pág. 41).

Para autores como Benyakar la delimitación entre ambos conceptos es difícil de trazar. Dicho autor (2002, pag.5), afirma que “DESASTRE remite a las características del evento, mientras que CATASTROFE remite a una acción desestructurante del evento tanto en lo individual, lo colectivo, lo social, público y material”.

Siguiendo al mismo autor, plantea que las características tanto de los desastres como de las catástrofes, han sido definidas con base en diferentes parámetros:

a. **DEFINICIONES CENTRADAS EN LAS CARACTERISTICAS DEL EVENTO:** Para desarrollar esta clasificación Benyakar toma en consideración a diferentes autores tales como (2002, pág.7):

- ✚ Cohen R. (1989), quien afirma que un desastre es “un evento extraordinario que origina destrucción de bienes materiales, y pueden dar por resultado muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano”.
- ✚ Harshbarger (1973), quien define a los desastres como “eventos rápidos y dramáticos que dan por resultado daños materiales y humanos considerables”.

b. **DEFINICIONES QUE ENTREMEZCLAN LAS CARACTERISTICAS DEL EVENTO CON LAS DE LA REACCION** (2002, pág.8):

- ✚ Schulberg (1974), otorga énfasis al vínculo entre las reacciones individuales y los eventos traumáticos, bajo el concepto de CRISIS. Seguido a esto afirma que existen 5 (cinco) características que diferencian las crisis:
 1. Secuencia cronológica que se desarrolla con rapidez,
 2. Cambios importantes en la conducta,
 3. Sensación personal de impotencia,
 4. Tensión en el sistema social y personal del sujeto,
 5. Percepción de una amenaza para la persona.
- ✚ Frederick (1977), se refiere a los desastres como CRISIS, y diferencia a estas de la emergencia. Una crisis es un periodo de

tiempo crucial, que puede durar minutos o meses, durante la cual una situación afecta el equilibrio social y emocional de la persona. Conforme evoluciona, puede transformarse en una emergencia, o sea una situación con necesidades urgentes y que requiere una rápida acción.

c. DEFINICIONES CENTRADAS EN LAS CARACTERISTICAS DE LA REACCION DE LA POBLACION (Benyakar, 2002, pág.8):

✚ Anderson (1968), describe a los desastres con base en la reacción de la población afectada, a la amenaza que representa el mismo, antes de que ocurra. También, lo homologa al concepto de CRISIS. Afirmando que es una crisis aguda, que perturba físicamente la vida cotidiana, que origina pérdidas visibles. Una crisis aguda tiene lugar y afecta cuando la población carece de patrones culturales para enfrentar las consecuencias inesperadas del mismo.

✚ Barton clasifica a los desastres como un grupo de situaciones de estrés colectivo que surgen cuando muchos miembros de un sistema social no reciben las condiciones de vida que esperan de dicho sistema. Afirma además que existen factores que uno debe tener en cuenta en este tipo de situaciones:

1. El alcance de la situación,
2. La velocidad del inicio,
3. La duración del factor estresante,
4. La preparación social.

d. DEFINICIONES QUE SE REFIEREN A SITUACIONES, UTILIZANDO TERMINOS PSICOPATOLOGICOS (2002,pág. 9):

- ✚ La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1989), afirma que un desastre es una situación en la cual existen amenazas imprevistas, serias e inmediatas a la salud mental.
- ✚ El Comité Organizador de las Naciones Unidas adopto la definición de Dynes, un desastre es un evento ubicado en un tiempo y espacio, que produce condiciones bajo las cuales la continuidad de la estructura y los procesos sociales se tornan traumáticos.

Otros autores como Sica C. (2013,pág. 91) diferencian entre estos dos conceptos, tomando como elemento principal, el que haya originado la situación crítica:

“La preparación para los desastres puede o no ser previsible y/o evitable según sus características, ya que por ejemplo, aquellas que responden a guerras y contiendas civiles dependen exclusivamente de la acción políticamente consciente de las personas. La posibilidad de desastre

en este caso va a depender exclusivamente de los riesgos que se corran en forma extrema, pudiendo derivar los mismos en desastre. No así las que correspondan a catástrofes naturales, de las que algunas, dependiendo del desarrollo



tecnológico pueden preverse, en tanto otras no (por ejemplo la sequía en el Chaco argentino era previsible al igual que las graves inundaciones en Santa Fe, pero no había obras públicas necesarias para paliarla)”.



EJEMPLO DE CATASTROFE. INUNDACION DE LA PLATA (2013).

Para Páez (1995, pág.2) una catástrofe es *“todo suceso grave, repentino e importante acaecido a una colectividad, donde se producen amenazas serias e imprevistas para la salud pública. Estos desastres pueden ser clasificados como naturales o provocados por el hombre de acuerdo a su naturaleza e instantáneos o duraderos atendiendo a su estabilidad temporal”*. Es decir, que para la mirada de este autor, ambos conceptos son utilizados de la misma manera, han sido homologados.

Para Riviére P. (1968, pág.1), la situación catastrófica se produce cuando:

“Toma a un conjunto humano, que en un momento dado se ve sometido a frustraciones, miedos, con fenómenos de explosividad y paralización. Es una comunidad no operativa, que difícilmente se defiende de la situación y que no puede planificar. En los EE.UU. existe un departamento de situaciones catastróficas, dependientes de un ministerio, porque allá el problema de las inundaciones es muy fre-

cuenta, sobre todo en el sur. A través de eso se han establecido una cantidad de técnicas e incluso se ha sistematizado el enfoque para resolver situaciones de este tipo."

II. 2. Clasificación de desastre y catástrofe:

Villalobos (2009, pág.6), clasifica a los desastres en:

DESASTRES NATURALES			DESASTRES PROVOCADOS POR EL HOMBRE		
Meteorológicos	Tectónicos	Topográficos	Guerras	Sanitarios	Accidentes
Sequias Tornados Inundaciones Temporales Huracanes	Terremotos Maremotos Erupciones volcánicas	Deslizamientos Avalanchas Derrumbes	A nivel local A nivel regional	Epidemias Intoxicaciones	Líquidos y gases Aéreos, terrestres y navales Colapso de estructuras.

Crocq L. (1997, citado por Sasson, 2004, pág.13), clasifica a las catástrofes en:

1. Catástrofes Naturales.
2. Catástrofes Accidentales y Tecnológicas.

3. Catástrofes de Guerra.
4. Catástrofes Sociales.

Kalayjian (1995, citado por Sasson, 2004, pág.14), clasifica a los desastres en 2 (dos):

1. DESASTRE NATURALES: Terremotos, huracanes, tornados, ciclones tropicales, erupciones volcánicas, inundaciones, pestes, sequias, avalanchas, etc.
2. DESASTRES HECHOS POR EL HOMBRE: Los cuales se subdividen en:
 - a. PLANIFICADOS O DELIBERADOS: Deforestaciones, incendios, masacres, genocidios, holocausto, guerras, terrorismo, motines.
 - b. ACCIDENTALES, TECNICOS Y DEFECTOS QUIMICOS: Accidentes automovilísticos, aéreos, ferroviarios, explosiones, incendios, derrumbes, derrames de aceites u otras sustancias contaminantes.

Benyakar (2003, citado por Sasson, pág.13), divide a las catástrofes en 2 (dos):

1. Las provocadas por la acción u omisión del hombre.
2. Las que son producto de los fenómenos naturales que escapan a su control.

Siguiendo a este autor, plantea que los desastres provocados por el hombre pueden o no ser intencionales.

Sin embargo, si podemos realizar una subdivisión entre los mismos, ya que muchos de estos desastres son provocados por ERRORES del hombre, por ejemplo, el desastre Nuclear de Chernóbil, choque de trenes, accidentes automovilísticos, entre otros.

Existe a su vez otra clase de desastres, que son aquellos en los cuales se observa una INTENCION MANIFIESTA del hombre. Estos pueden ser divididos en 2:

1. Desastres generados por la AGRESION del hombre (por ejemplo, guerras). En este tipo de desastre, existe un agresor declarado que manifiesta agresión sobre otro o sobre una comunidad. La victima puede generar defensas para apaliar las consecuencias del daño.
2. Desastres generados por la VIOLENCIA (por ejemplo, ataques terroristas, violadores sexuales, etc.). La violencia a diferencia de la agresión, tiene como provocador de daño a alguien NO identificado y cuya meta es infringir dolor o daño sin posibilitar que el damnificado genere defensas.

Los desastres producidos por la NATURALEZA pueden ser divididos en dos:

1. PREVISIBLES: Son aquellas en las que la población conoce acerca de la posibilidad de que se manifieste un terremoto, un huracán, es decir que por las características geofísicas del contexto, la población se prepara, a través de simulacros, de capacitaciones, etc.
2. IMPREVISIBLES: Son aquellas en las que la comunidad no tiene conocimiento de que puedan suceder.

CAPITULO III: INTERVENCION EN CRISIS: PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS.

“El mejor camino hacia la solidaridad humana es la búsqueda y el respeto de la dignidad individual”.

Pierre Lecomte du Noüy.

La intervención en crisis forma parte de lo que podríamos denominar “PRÁCTICA PSICOLÓGICA”, es la puesta en marcha de un cúmulo de conocimientos teóricos, acumulados en nuestra cabeza que se ponen de manifiesto a través de protocolos de acción.

Se ejecutan técnicas y teorías en situaciones de emergencia, brindando a la comunidad en riesgo, los primeros auxilios psicológicos con el único fin de prevenir graves consecuencias postraumáticas.

Se ha comprobado empíricamente (1986, Davidson y Baum, citado por Páez y col., 1994, pág. 6), que el apoyo social, traducido pragmáticamente a través de los primeros auxilios psicológicos, ayuda a:

- ✚ Entender las catástrofes y a darle un significado parece ser muy importante para asimilarlas
- ✚ A amortiguar el impacto de los hechos traumáticos. (1992, Janoff-Bulman, citado por Páez y col., 1995, pág. 6).

III.1. ¿Qué es una crisis?

Crisis proviene de la palabra griega KRISIS. Su significado se basa en la enfermedad, ya sea para mejorar o para que se agrave un enfermo (Lic. Nora Candal). La mutación o cambio se puede producir en diferentes órdenes: en el desarrollo físico, psíquico, social, económico, espiritual, de los valores, etc. Situación de un asunto o proceso, momento o trance crítico, donde está en duda su continuación, modificación, o cese.

Para otros autores, como Slaikeu (1996) es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por la incapacidad del individuo para abordar o resolver problemas en determinadas situaciones nuevas y dramáticas. Pueden ser precipitadas o producidas por algún suceso específico, se caracterizan por una gran desorganización emocional, perturbación y trastornos en el empleo de estrategias previas de entrenamiento".

Las crisis pueden ser vistas como dualidad, es decir, ser tomada como algo amenazante/peligroso o por el contrario como una oportunidad/un reto (Gómez D.). Otros autores como Soto Hernández, plantean que las pérdidas sufridas en la vida y las crisis que generan, son necesarias para el crecimiento humano espiritual.

Para Fernández Millán (2007, pág. 23), la crisis es una situación en la que un suceso amenaza al sujeto con alterar su equilibrio personal. Si bien la crisis representa una oportunidad porque el individuo puede salir fortalecido de ella, a su vez, simboliza en sí, un proceso traumático y requiere

que el sujeto ponga en funcionamiento todas sus estrategias de afrontamiento, así como su capacidad para aceptar y superar una ruptura con la "línea" vital.

En el año 2007 Moffat, define a la CRISIS PSICOLOGICA como:

"Las crisis psicológicas ocurren ante transformaciones inesperadas, el yo no se percibe a sí mismo en ese presente y se detiene el tiempo subjetivo".

Caplan (1964, citado por Raffo, 2005, pág. 1) definió a la crisis como:

"El estado que aparece cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales que parece ser insuperable con los métodos usuales de resolución de problemas que la persona ha utilizado en el pasado. Sobreviene entonces un período de desorganización y de alteración durante el cual se intentan diferentes soluciones".

Las crisis pueden ser vistas por las personas según Rapaport (2005) como:

- ✚ Amenaza (a las necesidades personales, a la integridad física o emocional, a la identidad).
- ✚ Perdida (una persona, una habilidad o aptitud, un bien material, etc.).
- ✚ Reto.

Para Sica (2013), las crisis se dividen en 2 tipos:

1. Crisis emocionales: En ellas la causa y el desequilibrio emocional está a la vista. Las personas que las sufren manifiestan conductas alteradas, pero diremos que esas conductas alteradas o anormales, son normales ante un hecho anormal.
2. Crisis psicológicas: Aunque exista un factor actual o detonante, este se ha asociado a situaciones singulares de la historia del sujeto, que ha reprimido o no elaborado.

Desde el mismo autor, se sostiene que todas aquellas personas que deseen intervenir en crisis deberán trabajar sobre crisis de orden emocional, es decir, in situ, en el lugar de la emergencia, en prevención de futuras crisis psicológicas, lo más pronto posible y durante el tiempo que sea necesario. En cambio, las crisis psicológicas deberán ser trabajadas in vitro es decir en un consultorio, ya que requiere de un trabajo más "arqueológico" para ayudar a que el paciente pueda elaborar sus crisis y salir fortalecido de ellas.

En resumen, cuando hablamos de Crisis, hablamos de un momento de cambio, de transición, por medio de la cual las personas deben valerse de conductas anteriores para resolverlas y a su vez generar nuevas, que les permitan sobre-vivir, teniendo en cuenta además que toda crisis plantea una combinación de peligro y oportunidad de desarrollo y evolución.

Veamos ahora que tipos de crisis existen, para poder enmarcar nuestras dos situaciones: desastre y catástrofe. Esto nos servirá para entender ante qué tipo de momento crítico nos enfrentamos, cuando trabajamos in situ. Tomaremos como referencia a Gómez B. (2006, pág. 103):

1. **CRISIS NATURALES** (o algunos autores como Beatriz Gómez las



denominan del **DESARROLLO**): Se dan naturalmente, por las etapas del desarrollo personal, de la pareja o la familia. Se derivan del cambio que se sufre con la transición, las condiciones propias de cada una de ellas y la forma como se resuelven.

2. **CRISIS CIRCUNSTACIALES** (o para algunos autores como Raffo S. (2005, pag.1) **CRISIS SITUACIONALES**): Se presentan a partir del enfrentamiento de acontecimientos vitales, dentro de esta clasificación se encontrarían las crisis que se desencadenan en las situaciones de desastres y catástrofes.



Las crisis se dividen en etapas, las mismas constan de ciertas características que las definen y han podido ser observadas por estudiosos de la temática durante el desastre o catástrofe.

A continuación haremos una descripción detallada de las mismas:

1. **IMPACTO**: Reacción inmediata, se presentan conductas de supervivencia relacionadas con la personalidad del individuo, grado de adaptación frente a la situación, hay un aumento de la ansiedad, temor, preocupación, sentimiento de culpa, entorpecimiento en la capacidad de respuesta, sentimiento de ser el mayor afectado, confusión y dificultad para tomar decisiones. Domina el miedo y el pánico se presenta cuando es imposible escapar.

2. **TENSION:** Aparece la incredibilidad y reacciones iniciales frente a la situación, como ansiedad traumática, somatizaciones, desasosiego (apatía, hiperquinèsia, alucinaciones, ideas suicidas), emotividad (tristeza, rabia, miedo, culpa), desorganización personal.
3. **POST IMPACTO:** Respuestas alternativas a nivel individual y colectivo como reacciones disfuncionales (peligro de crisis posteriores), reacciones funcionales (ver las crisis como oportunidad). A nivel individual se presentan síndromes postraumáticos, somatizaciones, depresión, suicidio y ansiedad generalizada, a nivel colectivo se presentan hostilidad, culpabilizar a otros de la situación, asumen el papel de víctima, dificultades para integrarse a diferentes situaciones, frustración, se presenta el síntoma de desastre caracterizado por desorientación, apatía, incredulidad, sorpresa, miedo, angustia, búsqueda inconsciente de familiares y pertenencias. Pasan por diferentes etapas: trauma, sugestión, euforia y ambivalencia.

Soto Hernández sostiene que existen variables que influyen en el desenlace de las crisis, estas son 3:

1. **SEVERIDAD DEL SUCESO PRECIPITANTE:** Hay sucesos que son devastadores en sí mismos por lo que casi siempre dan lugar a una crisis, por ejemplo: la muerte o pérdida de un ser amado, una violación, catástrofes naturales o desastres producidos por la mano del hombre.
2. **RECURSOS PERSONALES:** Las características innatas y las adquiridas a lo largo de la vida a través de experiencias (experiencia no es lo que vivimos, sino el sentido y significado que le damos a lo que vivimos). La personalidad que es la suma de los dones regalados y el trabajo personal que se ha hecho con estos dones.

Además del nivel de conciencia, el manejo de la libertad, de la voluntad de sentido y de la responsabilidad, la postura existencial, las actitudes personales, los valores, la auto-estima, la capacidad de auto distanciamiento, el sentido del humor y la resolución adecuada o no de crisis anteriores.

3. **RECURSOS SOCIALES:** Consisten en quien o quienes están presentes en el momento del suceso y cómo reaccionan, como auxilian a la persona. La intervención puede ir desde atención médica, asesoría legal, apoyo emocional hasta la ayuda para establecer contacto con instancias que puedan prestarles el apoyo necesario.

III.2. Crisis y estrés ¿se relacionan?

El estrés y la crisis son conceptos psicofisiológicos relacionados. El estrés se define como tensiones reactivas físicas y emocionales que pueden derivarse de eventos objetivos o estímulos externos, o ambas cosas, llamados factores estresantes. Una crisis es un periodo crucial decisivo en la vida de una persona, un punto de viraje que tiene consecuencias físicas y emocionales, es un periodo limitado de desequilibrio psicológico precipitado por un cambio repentino y significativo en la situación vital del individuo (Gómez).

Cannon aplicó en un principio esta palabra a todo estímulo susceptible de provocar una reacción de lucha o huida, sirvió posteriormente para designar también a aquellos factores del miedo cuya influencia exige

un esfuerzo inhabitual de los mecanismos homeostáticos. Ocasionalmente, la capacidad adaptativa de estos mecanismos puede verse desbordada, iniciándose entonces una alteración en el equilibrio del medio interno. Cannon denominó estrés crítico al nivel máximo de estrés que un organismo puede neutralizar. (1935, Cannon citado por Rivera y Revuelta 1994, 765).

En 1936, Hans Selye afirma que el estrés es "la respuesta inespecífica del organismo a toda exigencia hecha sobre él". A diferencia de Cannon, Selye utiliza el término estrés para designar a la respuesta y no al estímulo causante de la misma. (1936, Selye citado por Rivera y Revuelta 1994, 772).

Existen diferentes tipos de estrés:

- 1. Estrés Transaccional:** Lazarus y Folkman (1986, citado por Pérez y Chinchilla, 2011, pág. 20), afirman que el estrés no puede buscarse de manera aislada en el ambiente ni en el individuo, sino que es una relación entre ambos. Los autores enfatizan el papel activo de la persona en su respuesta ante las demandas ambientales y en su forma de seleccionar y determinar el entorno.
- 2. Estrés Asistencial (Burnout):** Para Ponce Díaz y colaboradores (2005 citado por Pérez y Chinchilla, 2011, pág. 20), burnout es el desequilibrio de las expectativas en el ámbito profesional y la realidad del trabajo diario que puede generar desmotivación, desinterés, malestar interno e insatisfacción laboral.
- 3. Estrés Postraumático:** Sosa y Capafóns (2005, citado por Pérez y Chinchilla, 2011, pág.20) lo consideran como una reacción normal ante la experiencia de sucesos extremadamente estresantes o de naturaleza traumática, caracterizada por sentimientos de

terror, sensación de profunda vulnerabilidad e indefensión, miedo a resultar seriamente dañado y miedo a perder la vida. Las autoras establecen que, en ocasiones, pueden presentarse remordimientos o sentimientos de culpa por lo que durante el evento pudo haberse hecho y no se hizo, simplemente, por la forma en que se reaccionó.

A partir de esta concepción de la palabra estrés, se apareja un concepto de vital importancia que es el Síndrome General de Adaptación. Este fenómeno, se manifiesta cuando el estímulo estresante persiste. Pensemos en el terremoto de Chile sucedido en el año 2014, las personas estuvieron expuestas no solo al primer impacto de la catástrofe sino que tuvieron que soportar las réplicas del suceso climático.

El Síndrome General de Adaptación (SGA), surgió a partir de los experimentos realizados por Hans Selye en el año 1936, cuales consistían en administrar tóxicos muy diversos a animales, observando en ellos una respuesta estereotipada y uniforme, consiste en la triada: infartos e hiperplasia de la corteza suprarrenal, atrofia de timo y ganglios linfáticos y ulceración de la mucosa gastro-duodenal. Estos efectos o estrés biológico, están relacionados con la producción masiva de cortiesteroides.

Lo definió como "La suma de todas las reacciones inespecíficas del organismo consecutivas a la exposición continuada a una reacción sistémica de estrés" (Selye 1936).

Además, de lo anteriormente descrito Selye distinguió 3 fases o etapas dentro de lo que se constituye como SGA:

- 1. REACCION DE ALARMA:** Tras tiempo de inhibición o "shock", la respuesta del organismo se produce con gran intensidad, depleccionandose la corteza suprarrenal de su contenido de corticoides, y predominantemente un estado catabólico general, con hemoconcentración e hipocloremia.
- 2. ESTADIO DE RESISTENCIA:** La corteza acumula gran cantidad de gránulos repletos de corticoides, con predominio de los procesos anabólicos generales, recuperación del peso normal, hemodilución e hipercloremia.
- 3. FASE DE AGOTAMIENTO:** Se reproducen los fenómenos iniciales de la reacción de alarma.

III.3. Terapia en crisis.

Una vez definido el concepto de crisis y su relación con el estrés, estamos en condición de poder contextualizar y describir que entendemos por intervención en crisis.

Intervención en crisis fue definida por Slakieu (1994, citado por Hernández 2011) como un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de efectos negativos como daños físicos o emocionales se aminore y la probabilidad de crecimiento se incremente.

Según Hernández (2011), su finalidad es que el que sufre no solo logre el nivel de funcionamiento que tenía antes de la pérdida, sino que se

trascienda a sí mismo y busque el sentido de su vida sin aquello que ya no tiene.

Según Baloian y colaboradores (2007, 28):

“La intervención en crisis es una estrategia de intervención que se caracteriza por ser temporal, breve e intensa y que se realiza cuando los recursos propios de la persona son ineficaces para afrontar determinadas situaciones. Su objetivo principal es ayudar a restablecer a la persona afectada a sus niveles anteriores de independencia lo antes posible.

Este tipo de intervención no necesariamente surge de una demanda por parte del afectado, sino que son los propios equipos psicosociales los que la pueden ofrecer.

Otra característica de la intervención en crisis, es que no están predeterminados sus límites temporales y espaciales, puesto que se desarrolla de acuerdo a lo que las circunstancias requieran, sin perjuicio de que una vez realizada la intervención en crisis por el especialista, su misión finaliza, y el afectado de requerir ser derivado, lo es hacia terceros profesionales”.

La intervención en crisis según Gómez y colaboradores (1999), implica establecer una pronta solución con la persona en situación de estrés, determinar la causa del problema y proponer una solución razonable y práctica.

Los mismos autores, plantean que para que una intervención sea favorable, “se debe hablar el lenguaje de la persona, de tal forma que comprenda lo que intentamos hacer y así brindar una verdadera ayuda” (1999, Gómez y colaboradores, pág.104).

Seguendo a Gómez (1999), la intervención en crisis puede ser útil para:

- ✚ Proporcionar apoyo y oportunidad de expresarse.
- ✚ Procurar el apoyo social.
- ✚ Generar esperanza.
- ✚ Convertir la crisis en una oportunidad de crecimiento y aprendizaje en el desarrollo de la persona.

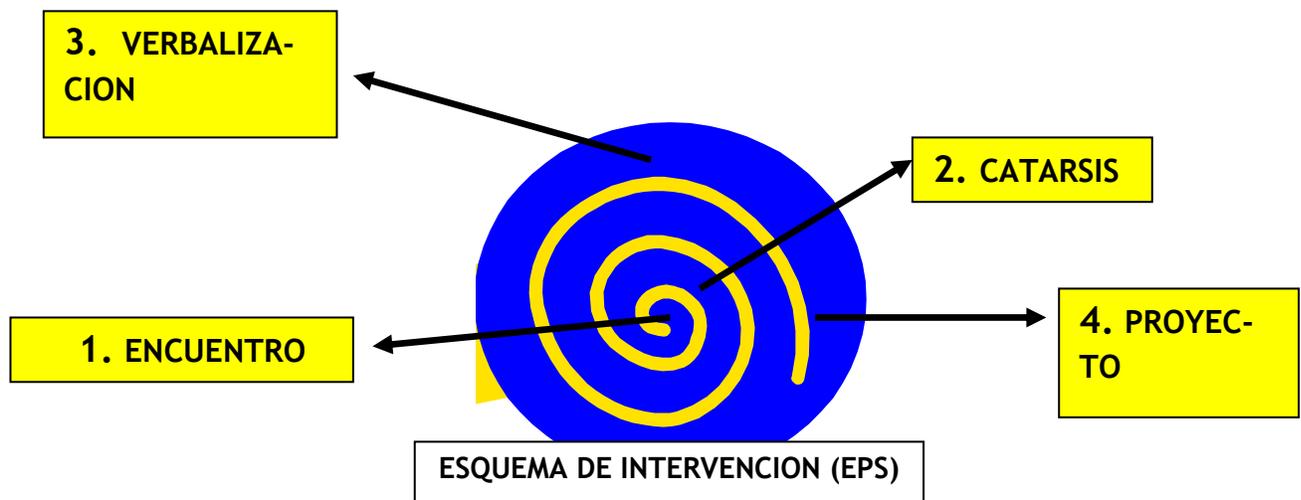
Una intervención en crisis se debe caracterizar por (Gómez, 1999):

- ✚ Aliviar el estado emocional actual del paciente, su ansiedad, confusión y desesperación.
- ✚ Reanimar el funcionamiento del paciente, recuperando su equilibrio usual.
- ✚ Ayudarlo, ayudar a la familia y subrayar el aquí y el ahora, interesan todas las personas que tengan que una relación significativa (el paciente puede ser simplemente portavoz de un sistema conflictuado).
- ✚ Facilitar el apoyo y la comprensión, informar sobre los medios y recursos comunitarios.
- ✚ Promover nuevas actitudes, nuevas conductas y nuevas técnicas de acción que puedan tener mejor eficacia en crisis futuras.
- ✚ Comprender la relación existente entre la crisis actual y la historia previa (experiencias anteriores y problemas psicológicos que pasaron inadvertidos).

La intervención en crisis que desarrollamos como agentes de salud mental apunta a trabajar como dijimos anteriormente sobre crisis de tipo situacionales o circunstanciales.

Para Sica C. (2013), toda intervención en crisis debe pasar por 4 grandes etapas, las cuales se relacionan entre sí de forma “espiralada” y no de un modo lineal. Cita de la siguiente manera esta concepción:

Si bien es fundamental configurara las etapas estas no guardan un orden lineal o cronológico, se trata de un continuo espiralado. (2013, Sica, pág.23).



Estos cuatro pasos han sido definidos por Moffat (pág. 73) como:

“Un ordenador para saber qué maniobras tenemos que hacer y en qué orden”.

1- ENCUENTRO (SICA C. 2013)/CONTENCION (MOFFAT A. 2007):

La primera etapa se denomina ENCUENTRO desde la Teoría de Sica C. y CONTENCION desde Moffat A.

Consiste en conectarse con el otro. Moffat (2007, pág. 73) afirma que no por estar cerca del otro, estamos conectados.



"Esto tiene que ver con una presencia que le ofrecemos al otro, y que está expresada en una mirada y una actitud de escucha que el operador debe conseguir. Esta mirada debe ser aceptadora y atenta, ni persecutoria ni distante, debe crear un clima de confianza en el que el paciente pueda sentirse sostenido".

Este primer paso, tiene que ver con aceptar al otro, con contenerlo, con establecer un encuentro profundo entre dos personas.

En este primer paso que establece el asistente, Sica plantea la necesidad de entender que el ENCUENTRO debe ser intenso, profundo y verdadero. El autor habla de existir al lado de... y afirma que

(...) existir, significa mucho más que estar al lado, significa vibrar con el otro, junto al otro, dejarse atravesar por las emociones y sentimientos

que embargan a ese ser. (2013, Sica C., pág.28).

En esta etapa, es de vital importancia que el asistente pueda diferenciar su necesidad de la del asistido. Habla de la "ley fundamental en el arte de ayudar", la cual cuenta con dos reglas que ningún asistente puede olvidar al momento de intervenir en una crisis (2013, Sica C., Pág. 30):

- 1. DIFERENCIAR MI NECESIDAD DE LA NECESIDAD DEL OTRO.*
- 2. INTERVENIR EN FUNCION DE LA NECESIDAD DEL OTRO Y NO DE LA PROPIA.*

Para esto, afirma que:

"El asistente deberá en todo momento discriminar su necesidad de la necesidad del asistido, y obrar en función de la necesidad de este, ajustando su percepción ya que esta será la que lo ira guiando en sus actos de contención" (2013, Sica C., pág.33).

Continúa:

"De esta manera el asistente al vibrar con el otro, al existir con el otro, percibe y acepta la gravedad de la situación, ajusta su capacidad de empatía, siente lo que siente el asistido, y está decidido a intervenir en función de la necesidad del otro y no de su propia necesidad. Busca la cercanía optima, cuando lo logra, el asistido se siente comprendido, respetado y

acompañado en su dolor, allí podemos decir que la primer etapa ENCUENTRO está en marcha". (2013, Sica C., pág. 33).

Para esta primera etapa, el psicólogo deberá poner en marcha una herramienta inherente a todo agente de la salud: DISOCIACION INSTRUMENTAL.

Para hablar de ella, citare a Sica (2013, pág. 35), quien afirma que este mecanismo defensivo nos permite separarnos, tener una visión más objetiva de la situación por la que está pasando el sujeto víctima de un suceso traumático.

"Apoyados en nuestro núcleo esquizoide podemos desarrollar la capacidad de "dividirnos en dos partes". Con una y por el mecanismo de la identificación, resonamos, vibramos y sentimos lo que el asistido siente. La disociación instrumental permite al asistente a necesaria empatía y al mismo tiempo la utilización de las herramientas teórico-técnicas que posee. En el asistido, el permitir que su dolor nos conmueve, que hay otro ser humano a su lado, y siendo que además es un profesional, confía en nuestra posible ayuda".

En esta etapa, también es de importancia tener en cuenta lo que plantean otros autores como es el caso de

A su vez es importante, que el asistente recuerde siempre: NOMBRAR A LA PERSONA. Como ya sabemos en psicología, el nombre que mamá y

papá nos pusieron refleja parte de nuestra identidad, nos sostiene como sujetos deseados y deseantes, por lo tanto, es imprescindible nombrar al otro.

Debe hacerse por dos motivos:

1. Facilita el encuentro y la cercanía óptima durante toda la intervención. Nombrar a la persona que está transitando una situación dolorosa es una forma de acariciarla sin tocarla.

2. Nombrar a la persona apunta a su identidad, ya que ante un impacto traumático se produce una regresión afectiva que atenta contra la continuidad del YO. La identidad está construida sobre la base de tener conciencia de nuestra historicidad y se apoya fundamentalmente en los vínculos. El ser reconocidos por otros es un pilar valioso e imprescindible para la identidad. Establecemos vínculos con objetos no solo animados sino también inanimados. Por ejemplo, el vínculo que establecemos con nuestra casa, que pasa a ser parte de nuestra identidad. Una persona que acaba de perder su casa a causa de un incendio, siente tambalear su identidad. Yo soy yo más mi casa, ahora que mi casa no existe ¿YO EXISTO?

Nombrar a una persona durante la intervención, es una manera subliminal de decirle: "Vos seguís siendo Juan, lo que sucede es que ahora sos Juan al que se le acaba de incendiar la casa".

Una vez que el vínculo está establecido con el asistido estamos en condiciones de pasar a la segunda etapa de la intervención, según Sica.

2- CATARSIS:

Un fenómeno muy común en la sociedad contemporánea, es el hecho de controlar y reprimir las emociones, hoy por hoy llorar está prácticamente prohibido, es una conducta socialmente no muy aceptada.

Sica afirma que la sociedad actual,

“se ha vuelto reticente al desahogo de las emociones, y esto se debe a un mal aprendizaje socio-cultural. Desahogarse en público está casi penalizado” (2013, pag. 41).



La necesidad del otro es desahogar, dice Sica (2013, pag.43). Como agentes de salud en intervención en crisis, debemos propiciar el llanto, el desahogo, no reprimir esas emociones suscitadas por situaciones traumáticas. La catarsis es una muy buena forma para disminuir la tensión y aclarar las ideas.

Es por esto, que la posición que debemos tomar es la de aguardar en silencio, acompañar y estar a un lado, nunca frente a la persona. Esto nos lleva a tener muy en cuenta, el lenguaje no verbal, lo paralingüístico, que también habla y contiene.

En cuanto a esto, Moffat afirma que dos elementos muy importantes son la MIRADA y la ESCUCHA. Uno, dice Alfredo M., puede oír pero no escuchar y puede mirar pero no ver.

Con respecto a la mirada Alfredo M. (2007, pág. 74) plantea que a través de ella uno acepta o no al otro. Continúa diciendo que:

“Un operador puede tener una mirada a lo mejor melancólica, una mirada más ordenadora, más seductora, todas valen. Las únicas que no sirven son las miradas controladoras o inquisidoras”.

La escucha también es muy importante, y esta debe ser atenta, interesada en lo que el otro relata.

En este caso que ambos sentidos son fundamentales en la actitud del psicólogo, esto es tanto para intervenir en crisis como para hacerlo dentro del consultorio a puertas cerradas.

Y para finalizar este pequeño apartado, me gustaría compartir una situación que Moffat (2007, pag.74) plantea con respecto a que sucede si el operador es ciego, frente a esta afirma que entonces, diremos que el psicólogo ve con su escucha.

El desahogo, es un buen presagio, ya que no hacerlo puede traer graves consecuencias para la vida futura de esa persona.

Sica (2013, pag.45), afirma que según el área en donde se deposite el conflicto, es la sintomatología que el sujeto desarrollara:

Áreas FENOMÉNICAS – DR. ENRIQUE PICHON RIVIERE.

AREA 1 MENTE: ANSIEDADES PARANOIDES.

AREA 2 CUERPO: CRISIS PSICOLÓGICAS.

AREA 3 MUNDO EXTERNO: FORTIBIAS.



Para Moffat, esta etapa se denomina REGRESION, en ella la persona “al sentirse contenida, puede abrir su interioridad, y puede enfrentar sus fantasmas internos”.

Siguiendo a Moffat, “generalmente, la regresión produce una abreacción que se denomina CATARSIS. Existen dos tipos de CATARSIS: el llanto que al ser compulsivo descontractura y relaja, y la ira” (2007, pág. 82).

La abreacción es “toda la serie de reflejos voluntarios e involuntarios en que, según lo sabemos por experiencia, se descargan los afectos: desde el llanto hasta la venganza. Si esta reacción se produce en la escala suficiente, desaparece buena parte del afecto”. (Sica, 2013, pag.65).

Para Jean Laplanche y J.B. Pontalis es “una descarga emocional por medio de la cual un individuo se libera del afecto ligado al recuerdo de un acontecimiento traumático, lo que evita que éste se convierta en patógeno o siga siéndolo”.

Cuando la persona logra utilizar este mecanismo psíquico, pensamos que el sujeto está preparado para pasar a la 3º etapa.

3- VERBALIZACION:

Con la regresión, se encuentra la situación traumática y al sacarla a la luz, ponerla en palabras, se organiza el inconsciente, la imagen difusa (Moffat, 2007, pag.87):

“Si al tener una pesadilla y despertarnos angustiados la contamos a otro, se baja el nivel de angustia, porque al ponerla en palabras se



domesticó la pesadilla, se la colocó en el circuito semántico de la cultura”.

Sica, afirma que “con verbalización se refiere al empleo de todas las técnicas, tácticas y maniobras que favorezcan en el asistido poder poner en palabras todo lo que ha ido pensando y sintiendo desde el mismo momento que el hecho inesperado irrumpió en su vida”.

Así la etapa anterior se articula con ésta: “el sentimiento de bronca se desahoga a través de la palabra” (2013, pag.63).

“En el EPS (EMERGENCIAS PSICOSOCIALES), se utiliza la catarsis y la verbalización en el mismo momento de la fabricación del recuerdo, con el fin de lograr que en el archivo de la mente del asistido se guarde el hecho traumático de manera que el mismo, en el futuro, pase a ser solo un recuerdo doloroso sin el aditamento de emociones no elaboradas, como ser: miedo, pena, ira y culpa”. (2013, pag.65).

Con respecto a esta última, (2013, pag.58) afirma que “la culpa se asocia en par a reproche, cuando el reproche en lugar de ser dirigido hacia donde corresponde es dirigido hacia uno mismo, se convierte en CULPA”.

4- PROYECTO.

Sica (2013) afirma que con proyecto no se refiere a un proyecto de vida, sino más



bien “un mínimo proyecto inmediato de futuro. A la aparición de las aún más pequeñas acciones futuras. A los próximos pasos que el asistido deberá dar en el marco doloroso que la vida le impuso”.

Haciendo un breve recorrido por las etapas anteriores, decimos que solo podremos llegar a esta etapa solo cuando el sujeto ha podido: durante el ENCUENTRO, confiar en el psicólogo, ayuda por la actitud obviamente, contenedora de éste. Cuando desde la CATARSIS, el asistido ha desahogado sus emociones. Cuando ha podido desde la VERBALIZACION, poner en palabras lo sucedido.

Esta etapa PROYECTO, supone que el asistido ya está en condición de “pararse sobre sus propios pies, anticipando sus próximos pasos, organizando sus acciones futuras, aunque estas sean mínimas” (2013, pág. 71).

Para Moffat (2007, pág.86), plantea que para acompañar el PROYECTO es necesaria la EXPLICACION.

“La explicación, permite organizar el proyecto de vida, y hacer un proceso en sentido opuesto al de la regresión, hacia la progresión, y que consiste en generar un futuro, para continuar esa historia que me empuja desde el pasado”

“Este es el momento en que sin acentuar la despedida, ya que los vínculos surgidos durante toda la intervención fueron muy intensos, el EPS comienza a retirarse” (2013, pag.73).

Otros autores como Campillo (2004, pág.6), plantean el siguiente cuadro:

PECULIARIDADES DE LA PRIMERA AYUDA PSICOLOGICA

<i>Características</i>	<i>Consecuencias</i>
<ul style="list-style-type: none">• Se realiza en un contexto sin estructurar.	<ul style="list-style-type: none">• A menudo se carece de un lugar que permita atender con intimidad a las víctimas. No hay un despacho, en ocasiones ni sillas.
<ul style="list-style-type: none">• Se realiza en un escenario público.	<ul style="list-style-type: none">• Los psicólogos, independientemente de la actitud de aceptación o rechazo hacia ellos, crean curiosidad y son observados para ver que hacen y como lo hacen, creando ansiedad y tensión.
<ul style="list-style-type: none">• Se debe actuar en coordinación con el resto de servicios de intervención.	<ul style="list-style-type: none">• Con frecuencia es necesario satisfacer necesidades u objetivos muy distintos.
<ul style="list-style-type: none">• Se atiende a personas que se ve por primera vez.	<ul style="list-style-type: none">• El psicólogo es un desconocido para ellos, tanto a nivel profesional como personal.
<ul style="list-style-type: none">• La labor se realiza a niveles muy profundos del otro.	<ul style="list-style-type: none">• En un corto espacio de tiempo se entra en el mundo psicológico y emocional del afectado, lo que requiere una gran sensibilidad.
<ul style="list-style-type: none">• La duración de la asistencia es limitada.	<ul style="list-style-type: none">• Su desarrollo es irregular y según la situación puede oscilar de unas pocas horas hasta la posibilidad de seguimiento.
<ul style="list-style-type: none">• La intervención suele ser grupal.	<ul style="list-style-type: none">• Supone trabajar con reacciones y actitudes dispares entre ellas.

CAPITULO IV: PSICOLOGO DE LA EMERGENCIA.

*“Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas,
pero al tocar un alma humana sea a penas otra alma humana”.*

Carl G. Jung. (1930, Dream Analysis in its Practical Application, 2).

El psicólogo de emergencia, debe tener en cuenta que la intervención que lleva a cabo está orientada al aquí y ahora de la emergencia, de la crisis.

Tendrá que poseer conocimientos teóricos sobre duelo, respuesta individual ante las crisis, Trastorno de estrés postraumático, técnicas psicológicas en general, pero al margen de toda una capacidad de empatía, entrega y fortaleza personal, que le permita ser flexible, atento y contenedor de la víctima.

IV. 1. Conocimientos técnicos y actitud del psicólogo interviniente

Vera postula que un requisito indispensable, que debe poseer todo profesional de la salud que desee participar y apoyar en situación de crisis, es de obtener el título de Licenciado en Psicología y posteriormente, formarse complementariamente en Intervención Psicológica en desastres y catástrofes (2001, citado por Galimberti, 2011).

Dicho autor plantea que dentro de las habilidades del Psicólogo es importante que el mismo posea:

- ✚ Equilibrio emocional.
- ✚ Capacidad de autocontrol.
- ✚ Resistencia a la fatiga psicológica y física.
- ✚ Habilidades sociales: empatía, comprensión, escucha.
- ✚ Capacidad de adaptación y flexibilidad.
- ✚ Disposición para trabajar en equipo.
- ✚ Tolerancia a la frustración.
- ✚ Capacidad de toma de decisiones en situaciones de presión y estrés elevado.
- ✚ Capacidad de evaluación y planificación.
- ✚ Disciplina y responsabilidad.

Otro autor como Losada Fernández (2004, citado por Galimberti) agrega:

- ✚ Sociabilidad.Temple.

- ✚ Autenticidad.
- ✚ Consideración positiva hacia el sobreviviente.
- ✚ Seguridad en sí mismo.
- ✚ Capacidad de asumir cualquier tipo de error.

En cuanto a aspectos teóricos, Martínez Gómez (2004, citado por Galimberti) afirma que es importante que el psicólogo de emergencia incorpore de manera obligatoria conceptos tales como: RESILIENCIA, INTELIGENCIA EMOCIONAL y FACTORES PROTECTORES.

Otros autores como Baloian (2007, pag.24), plantean que el Psicólogo debe poseer:

- ✚ Gestión del riesgo y psicología en emergencias.
- ✚ Intervención psicosocial y sus técnicas.
- ✚ Medidas de evaluación psicosocial, técnicas de observación de campo, estudios de percepción, etc.
- ✚ Estrategias de consenso comunitario (recuperación de las redes sociales y resolución de conflictos).
- ✚ Protocolos de Primer Apoyo Psicológico.
- ✚ Dinámicas grupales, individuales, familiares, organizacionales y comunitarias.
- ✚ Agudeza en la observación y determinación de signos de riesgo o trastornos.
- ✚ Percepción realista de sus capacidades y limitaciones.
- ✚ Ser capaz de reconocer su afectación personal producto de la intervención y pedir la ayuda necesaria.

Según Soto H. (2011, pág. 5), plantea que todo psicólogo debe poseer ciertas habilidades para intervenir en crisis:

- ✚ Congruencia.

- ✚ Empatía.
- ✚ Interés positivo.
- ✚ Respeto.
- ✚ Autenticidad.
- ✚ Especificidad.
- ✚ Confrontación.
- ✚ Impacto de personalidad.
- ✚ Auto-revelación.
- ✚ Relación al momento.
- ✚ Auto-realización.
- ✚ Auto-trascendencia.
- ✚ Sentido del humor.
- ✚ Amor a sí mismo y hacia el otro.
- ✚ Iniciativa y solidaridad.
- ✚ Capacidad de establecer vínculos emocionales.
- ✚ Valores de creatividad, actitud y experiencia.
- ✚ Conciencia de los propios límites y los límites existenciales.

Autores como Lorente (2005, pag.33) plantea el siguiente cuadro acerca de la Formación y competencias del psicólogo:

<p>FUNDAMENTOS CIENTIFICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de los principios y los procedimientos de evaluación e intervención psicológica. - Conocimiento de los campos de aplicación de la psicología y los conocimientos necesarios para incidir y para promover la calidad de vida en los individuos, grupos y organizaciones en los diferentes contextos: el escolar, clínico y de la salud, el trabajo y organizaciones, y el comunitario.
---------------------------------------	---

<p>HABILIDADES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Detección de necesidades:</i> - Saber analizar las demandas y las necesidades de personas, grupos u organizaciones en diferentes contextos. - Establecer las prioridades, las metas y los objetivos de la intervención. - <i>Evaluación:</i> - Formular y contrastar hipótesis sobre las demandas y las necesidades de los destinatarios. - <i>Intervención, mediación y tratamiento:</i> - Identificar las variables (individuales, ambientales, etc.) que pueden influir en una intervención y detectar los signos de resistencia al cambio. - Aplicar los métodos o las estrategias recogidas en el plan de intervención, de acuerdo con los objetivos establecidos, en los contextos relevantes para el servicio solicitado. - Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención. - <i>Comunicación profesional:</i> - Redactar informes sobre los resultados de la evaluación, la intervención o el servicio solicitado.
<p>COMPETENCIAS GENÉRICAS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Profesionales:</i> - Aplicación crítica y reflexiva de sus conocimientos, habilidades y valores en los diferentes puestos de trabajo que ocupe. - Que puede considerar diferentes perspectivas sobre los temas o problemas que trabaje, evaluarlos de una manera crítica, fundamentar las conclusiones y tomar decisiones. - Aceptación, integración y elaboración de las críticas sobre su actuación profesional. - Comprensión de las limitaciones de la perspectiva de análisis psicológico del

	<p>comportamiento humano y capacidad para incorporar aportaciones conceptuales y técnicas de análisis propias de otras disciplinas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que puede adaptarse al entorno, la tarea o el contexto, afrontar nuevas tareas y responsabilidades, y generar procesos de cambio. - <i>Desarrollo personal y profesional:</i> - Planificar y organizar las estrategias y acciones necesarias para el desarrollo de la actuación profesional. - <i>Interpersonales:</i> - Comunicarse eficazmente y efectivamente en los diversos contextos sociales y culturales. - Ser sensible a las necesidades y expectativas de los demás, a los contextos y a la influencia que se ejerce. Reconocer, comprender y respetar la complejidad de la diversidad multicultural. - Conseguir las condiciones necesarias para una comunicación efectiva y una buena relación de ayuda y apoyo. - Trabajar en equipo y de manera comprometida con el grupo de trabajo. - <i>Instrumentales:</i> - Comunicarse adecuadamente tanto de manera oral como escrita.
--	---

Desde un enfoque más bien técnico práctico (2005, pág.28), el psicólogo debe contar con:

1) Una idea clara del estado psicológico de la víctima:

- De cuáles son las respuestas inmediatas, es decir, las respuestas peri traumáticas típicas: físicas, emocionales, cognitivas y conductuales.
- De cómo se ha roto (o puede romperse) un mundo hecho de certezas. Puesto que se pueden derrumbar las falacias de invulnerabilidad y la creencia en la solidaridad humana más primaria, el estudiante tiene que

conocer la importancia de que esto no suceda por cómo afectaría a la recuperación atrasándola o incluso imposibilitando el regreso a la rutina cotidiana.

- Las respuestas disociativas frente el trauma como por ejemplo el shock psicológico, la amnesia, la desrealización y la despersonalización, destacando la relevancia predictiva de estas respuestas.

- La victimización secundaria, cuándo y cómo se produce, y cómo evitarla.

- Situaciones concretas como por ejemplo las respuestas físicas y psicológicas asociadas a los accidentes físicamente traumáticos y su correlato neuropsicológico.

2) Saber cómo abordar la situación:

- El rol del psicólogo frente a los incidentes críticos.

- La empatía y sus límites.

- Los mecanismos de identificación y riesgos que comportan.

- La escucha activa.

3) Conocer las técnicas propiamente dichas de primeros auxilios:

- Dar identidad y control interno del entorno, información.

- Estrategias de intervención dirigidas a poblaciones concretas.

- Por Estados psicológicos.

Respuestas histriónicas.

Respuestas de agitación.

Respuestas de desorientación.

- Por momento del ciclo vital.

Niños y madres.

Ancianos.

- Por trastornos concretos.

Trastornos Psicóticos, depresivos, maníacos.

Discapacitados.

Drogodependientes (alucinógenos, depresores, estimulantes).

4) Conocer las características particulares de situaciones concretas o casos especiales:

- Pérdidas significativas, inicio del duelo.
- Intentos auto léticos.
- Violaciones y abusos.
- Extranjeros.
- Pérdidas materiales significativas.

5) Saber gestionar el propio estrés:

Cuando interviene con víctimas, el psicólogo no deja de estar, él mismo, en riesgo de devenir sujeto de victimización; de ahí que debe conocer cómo gestionar:

- El propio estrés y el estado antagónico de relajación.
- La desactivación de grupos mediante técnicas específicas, como por ejemplo el debriefing.

6) Precisa también conocimientos propios de la psicología social relacionados con:

- Los fenómenos grupales.
- La comunicación.
- La organización ambiental.

7) Conocimientos éticos y legales.

Aquí el autor hace hincapié en el hecho de que el psicólogo interviniente en crisis debe contar con su título de grado, pero además debe, poseer

conocimientos en primeros auxilios, ya que su labor persigue los siguientes objetivos:

- Evaluación psicológica del estado de la víctima y de la respuesta de la víctima ante el incidente. El estudiante tendría que conocer, entre otros, cómo utilizar el Protocolo de Evaluación Inicial de Víctimas Directas.
- La estabilización, es decir, parar la escalada del estrés.
- Mitigar los síntomas y signos agudos del estrés.
- Restaurar el funcionamiento adaptativo independiente y, si esto no es posible, facilitar el acceso a otro nivel de asistencia.

Para Soto H. (2011, pág.), hay errores que deben evitarse:

- ✚ Dirigir.
- ✚ Debatir.
- ✚ Dogmatizar.
- ✚ Generalizar.
- ✚ Minimizar.
- ✚ Moralizar monologar.
- ✚ Huir del problema de la persona.

IV. 2. Identificación y actitud reparadora:

La empatía genuina es la posibilidad de identificarse con el otro, con su dolor, su sufrimiento y su pérdida. La identificación permite que como psicólogos podamos ponernos en los “zapatos” del otro, sin dejar de ser uno mismo, sin perder nuestra identidad profesional (disociación instrumental).

Gracias a la capacidad de identificación con el otro, podemos llegar a descuidar temporalmente nuestros sentimientos y deseos, anteponiendo así los del otro.

Compartimos la ayuda o la satisfacción que le proporcionamos, así recuperamos por una vía lo que sacrificamos por la otra.

Al utilizar el mecanismo de la identificación, ponemos en juego el mecanismo de la REPARACION.

Boholavsky, plantea que la reparación es una variable independiente. Dicho autor, realiza un análisis de la reparación en las decisiones vocacionales.

Afirma que las vocaciones expresan respuestas del yo frente a “llamados” internos que hacen objetos dañados internos, que piden, exclaman, sugieren que el yo los repare.

Es decir que, mediante las conductas de ayuda a la persona en crisis, el psicólogo a través de su elección vocacional repara objetos internos dañados.

La reparación es un conjunto de conductas que expresan el deseo y la capacidad del sujeto de recrear un objeto bueno, externo e interno destruido.

Y así pone coto a la destrucción que manifestación del instinto de muerte.

La reparación vale decir, nunca es total. En la fantasía puede serlo, pero no esto lo que se entiende por una auténtica reparación, porque una reparación total y absoluta, corresponde a una fantasía omnipotente.

Con respecto a esto último, Sica (2013, pág. 152) plantea la necesidad de que el psicólogo tenga una “actitud reparadora”.

“Genuinos deseos de ayudar son parte de los aspectos luminosos, pero sucede que a veces, inconscientemente se disparan aspectos oscuros que encierran ansias de poder.

Algunos profesionales de la ayuda, suelen caer en estas actitudes. Existen ciertos psicólogos, médicos, sacerdotes, etc., que confunden el poder ayudar con el ejercer cierto poder entendido como status y jerarquía. Su profesión los lleva equivocadamente a sentirse omnipotentes, todo lo saben, están más allá del bien y del mal.”

Aquí se puede denotar claramente, como el psicólogo posado en el estado de “sujeto supuesto saber”, no repara, sino que fantasea desde una posición súper omnipotente con una reparación total y absoluta.

Continúa diciendo (2013, pág. 152):

“Se sienten y así se empañan en demostrar, que son solo Curador, no tienen nada de Herido. Por ende se convierten en impostores, y caen bajo la sombra del ansia de poder, de la competencia hacia sus pares.

Este es el modo incorrecto, ya que mientras el Curador permanece ciego, sin ver sus propias condiciones de herido (es decir, vincularse introspectivamente con su objeto dañado interno), convierte a su paciente en Herido perenne.”

El modo correcto de reparar y de colocarse en una actitud reparadora, sería la posibilidad de vincularse, de introyectar, de conectarse con su HERIDO INTERNO, para que a su vez el Herido conecte con su Curador interno.

Sica (2013, pág. 153), plantea que:

“Esta es la correcta actitud, todos poseemos dicho Curador interno, sucede que a veces perdemos el contacto con él, propiciar la activación del mismo, es la meta de una verdadera, honesta y profunda ayuda”.

IV. 3. El cuidado del psicólogo que interviene en crisis:

Las intervenciones en crisis, son situaciones muy críticas, son estímulos estresores que producen mucho desgaste psíquico y físico. Benveniste (2000, pág. 2), afirma que *“en desastres naturales como terremotos, incendios y diluvios es importante que los psicólogos que intervienen recuerden que todos estamos afectados por la crisis, incluso los mismos agentes de salud”.*

Por ello, el mismo autor plantea consejos útiles a la hora de intervenir:

- 1. LOS PSICOLOGOS NECESITAN CUIDAR DE SI MISMOS FISICOS Y EMOCIONALMENTE:** Los psicólogos así como todos los que integran grupos de rescate son considerados víctimas secundarias de los desastres. En consecuencia, deben alimentarse apropiadamente, y descansar cuando es necesario.

Para este punto Sica C. (2013, pág. 97), plantea que existen dos tipos de equipos que intervienen en la crisis:

a. Primera Respuesta: Son aquellos que están en contacto directo con el dolor que representa una situación de pérdida y catástrofe. Son impactados tanto por el sufrimiento de las personas como por el escenario de la intervención, por lo tanto, son los que están expuestos a un agotamiento psíquico y emocional más veloz. Por ello, el coordinador determina lo que se llama "Tiempo de Cuidado", se lo anuncia y se le da al integrante media hora para que vaya procesando y aceptando que debe retirarse, pasado ese lapso el compañero de relevo ocupa su lugar. Esta medida se realiza para proteger al psicólogo.

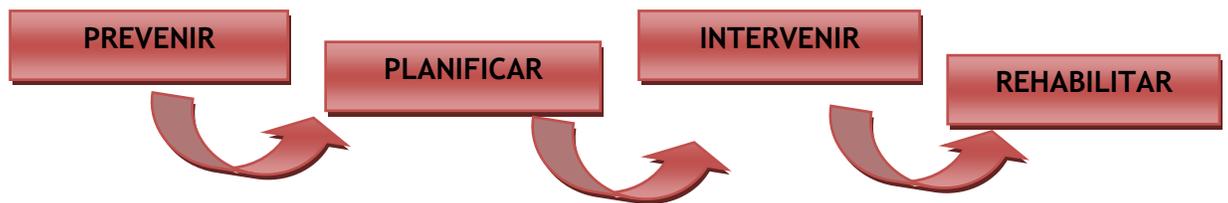
b. Segunda Respuesta: Son los que contienen emocionalmente a los equipos de primera respuesta. Deben estar preparados para aplicar las cuatro etapas de contención a sus propios compañeros.

2. LOS PSICOLOGOS NECESITAN PENSAR CLARAMENTE: Deben intentar calmarse, hacer una lista con prioridades para manejarse en cada caso, y deben discutir decisiones clínicas con sus colegas.

3. LOS PSICOLOGOS NECESITAN TRABAJAR EN COLABORACION Y BUSCAR SUPERVISION ENTRE SI: Es importante que exista la posibilidad de trabajar interdisciplinariamente en el contexto de crisis, para que haya una supervisión mutua y consulta con médicos, enfermeros, bomberos, psicólogos, psiquiatras.

IV. 4. Funciones y tareas del psicólogo que interviene en crisis:

A grandes rasgos podríamos plantear que el psicólogo que interviene en situación de crisis, debe poder llevar a cabo 4 funciones (2004, Losada Fernández, citado por Galimberti, 2011):



El psicólogo en situación de crisis debe realizar varias tareas que varían según el momento en el que se encuentra (2004, Losada Fernández, citado por Galimberti, 2011):

PREVIO A LA CRISIS: El psicólogo tendrá la responsabilidad, junto a su equipo de trabajo, de capacitar a otros profesionales, apoyar a la comunidad a través de la PSICO-PREVENCIÓN.

DURANTE LA CRISIS:

- ✚ PRIMER MOMENTO: LA LLEGADA AL LUGAR: Distribuir tareas y recursos, detección de necesidades, y redistribución.
- ✚ SEGUNDO MOMENTO: DURANTE LA CRISIS: Apoyar y orientar a familiares de las víctimas, reconocer junto a ellos, cadáveres, comunicación de malas noticias, y listado de personas fallecidas. Deberá realizar intervenciones psicológicas con afectados, y/o familiares, ayudar en el inicio de la elaboración del duelo.

También deberá brindar apoyo a quienes intervienen en la crisis, con el fin de minimizar los efectos del estrés ocasionado por la crisis, será

necesario que existan periodos de descanso, rotación del escenario de trabajo, oportunidad para conversar con compañeros acerca de sus sentimientos, apoyo psicológico individual, y cobertura de necesidades básicas (2001, Vera, citado por Galimberti)

Autores como Quintana (2005, citado por Galimberti,) mencionan la importancia de prevenir el llamado Síndrome de BURN OUT, es por esto que según dicho autor, es crucial que el psicólogo cuente y maneje una red de técnicas que le permitan prevenir este tipo de consecuencias.

IV. 5. Técnicas utilizadas para prevenir el burnout y el desgaste psicofísico del psicólogo.

Existen diferentes técnicas que minimizan el desgaste del psicólogo (Baloian y colab., 2007, pág.31):

- 1. TÉCNICA DEBRIEFING:** La técnica también es como Critical Incident Stress Debriefing. Fue creada por Mitchell en 1983 como parte de su teoría general sobre intervención en crisis y desastres naturales, en principio como un programa destinado a reducir el estrés del personal de servicios de emergencia (Mitchell 1983; Mitchell y Everly, 2000). En la actualidad, especialmente a partir de los 90, esta técnica es foco de debate en la comunidad clínica, sin perjuicio de los anterior, es la técnica quizás más popular para ser aplicada a las personas afectadas en situaciones de emergencias y desastres.

El Debriefing, es una técnica grupal o individual, que ayuda a elaborar los acontecimientos y experiencias vividas en la situación de emergencia o desastre.

- 2. TECNICA DE DEFUSING O DESACTIVACION:** Este tipo de técnica se aplica principalmente con los equipos de primera respuesta y operadores sociales, de manera tal de proporcionar información y apoyo, favoreciendo la ventilación emocional y generar una pausa. Se aplica particularmente al final de cada día de trabajo de terreno de los equipos de primera respuesta, con el fin de elaborar lo acontecido y vivenciado, de manera tal de permitirles continuar con las tareas de emergencias de días siguientes.
- 3. DESMOVILIZACION:** Técnica utilizada especialmente con los equipos de primera respuesta y operadores sociales, con el objetivo de favorecer la ventilación emocional, la cohesión del equipo de trabajo y normalizar las reacciones. Se aplica particularmente al final de toda intervención o trabajo de terreno de los equipos de primera respuesta, con el fin de dar un cierre al trabajo emocional y de contención de los equipos.
- 4. RELAJACION:** Existen distintas técnicas de relajación para afrontar el estrés, de eficacia probada, entre ellas; la progresiva, la pasiva, la autógena. Pero la técnica a seleccionar debe ser aquella que reúna entre sus características la de poseer una aplicación rápida y sencilla. Si las analizamos una a una que en el caso de las relajaciones que recurren a la imaginación no son recomendables por los flashbacks o imágenes intru-

sivas del evento relacionadas con el evento traumático. Por otra parte la relajación progresiva implica disponer de un tiempo que en la inmediatez de la intervención, no se cuenta, además que se requiere de un ambiente silencioso. Sin embargo, lo anterior no significa que no se recomienden en ningún caso, sino que ha de evaluarse las condiciones del entorno y cercanía del evento traumático. En un albergue, puede ser recomendable, por ejemplo, la utilización de un procedimiento abreviado de la relajación progresiva, junto a auto instrucciones de relajación y masajes sobre las zonas más adoloridas.

IV. 6. Técnicas utilizadas en la contención y trabajo con la/s víctima/s

Durante los momentos de la crisis, el psicólogo emplea diferentes técnicas que apuntan a minimizar las secuelas del hecho traumático vivido.

Sica en 2013, plantea que para cada etapa de intervención se emplean diversas técnicas. Para una mejor comprensión planteo el siguiente cuadro:

ETAPAS DE LA INTERVENCION	TECNICAS UTILIZADAS
1. ENCuentro.	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="846 1577 1469 1738">✚ DISOCIACION INSTRUMENTAL (Debe mantenerse durante todo proceso terapéutico). <li data-bbox="846 1751 1469 1850">✚ UTILIZACION DE NUCLEOS (MOFFAT, 2007,pág.81)

	<ul style="list-style-type: none"> ✚ NOMBRAR A LA PERSONA. ✚ ESTADO NIÑO.
2. CATARSIS.	<ul style="list-style-type: none"> ✚ DISTANCIA ESTETICA. ✚ EVITAR AGREGAR SUFRIMIENTO AL DOLOR.
3. VERBALIZACION.	<ul style="list-style-type: none"> ✚ METAFORA DEL ARCHIVO.
4. PROYECTO.	<ul style="list-style-type: none"> ✚ MATERNAJE-PATERNAJE. ✚ CONTACTO CORPORAL. ✚ SILENCIO ELOCUENTE. ✚ TECNICA PARADOJAL. ✚ UNIDAD TEMATICA DE INTERVEN- CION. ✚ TRIAGE.

Todas estas técnicas, se utilizan en todo momento, solo las he colocado en este cuadro para organizar la información. Analicemos cada una de ellas.

- 1. DISOCIACION INSTRUMENTAL:** Moffat (2007, pág.80) afirma que la Disociación Instrumental es el momento en el que un psicólogo se pregunta: “¿Qué hago ahora?, ¿qué estrategias utilizo?, ¿lo abrazo o no lo abrazo?, ¿está muy regresado?, ¿está es una depresión aguda con riesgo de suicidio?, ¿es una histeria pasajera?...”. (...) En ese momento es muy importante aplicar una distancia científica. Este periodo de tiempo, queda traducido en una sola frase “Corazón caliente para entender, y cabeza fría para operar”. Es un trabajo agotador, porque hay que hacer un movimiento para entrar y otro

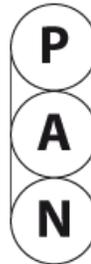
para salir, meterse para entender y salir para operar, dos operaciones opuestas. Primero uno se conmueve y después se disocia”.

2. **NUCLEOS:** Moffat (2007, pág.) afirma que existen “núcleos” en nuestro self que nos permiten hacer un muy buen trabajo de disociación. Para comenzar hablar de ellos, plantea la pregunta “¿Y con que uno se conmueve o favorece esa empatía?” y responde: “Con lo que llamamos NUCLEO DEPRESIVO, que es el núcleo en relación con la identificación y permite el encuentro emocional, y también necesitaremos del NUCLEO HISTERICO, que nos permitirá expresar las emociones, para que la persona perciba que es entendida por nosotros. Y por último, me disocio con el NUCLEO ESQUIZOIDE, que tiene que ver con la distancia”.
3. **NOMBRAR A LA PERSONA:** Sica (2013, 36) afirma que esta herramienta es muy importante por dos motivos:
 - a. Facilita el encuentro y la cercanía optima durante toda la intervención. Nombrar a la persona que está transitando una situación dolorosa es una forma de acariciarla sin tocarla.
 - b. Apuntala su identidad ya que ante un impacto traumático se produce una regresión afectiva que atenta contra la continuidad del yo. (NOMBRAR YO SOCIAL, YO CORPOPORAL Y YO PSICOLOGICO). La identidad está construida sobre la base de tener conciencia de nuestra historicidad se apoya fundamentalmente en los vínculos. El ser reconocidos por otros es un pilar valioso e imprescindible para la identidad. Establecemos vínculos con objetos no solo animados, sino también inanimados. Por ejemplo, el vínculo con nuestra casa, nuestro auto, nuestra ropa. Todo esto pasa a ser parte de nuestra identidad.

Nombrar a la persona es una forma subliminal de decirle: "Vos seguís siendo Juan, lo que sucede es que ahora sos Juan al que se le acaba de incendiar la casa".

4. ESTADO NIÑO: Berne E. sostiene que la configuración de la persona-

lidad está constituida por tres estados del YO: ADULTO-PADRE-NIÑO. Las personas pueden ubicarse durante un mismo día en cualquiera de los



No son tres personalidades ni tres roles que se juegan, sino tres estados del Yo en los que experimentamos la propia personalidad y desde los cuales nos relacionamos con otras personas y/o con nosotros mismos.

estados, variando así su modo de sentir, pensar y actuar. Gráficamente Berne representa este modelo con 3 (tres) círculos alineados verticalmente, rodeados por una línea que los engloba.

- a. PADRE: La persona actúa, siente y piensa como alguna figura de su infancia que ha podido internalizar. Estas figuras son principalmente sus padres, abuelos, tíos, hermanos. Así una persona puede pedir un kilo de manzanas del mismo modo como lo hacía su madre, cruzándose de brazos o tocando cada manzana.
- b. ADULTO: La persona basándose en sus conocimientos, en las capacidades que ha podido desarrollar a lo largo de sus años y de su experiencia, puede considerar tanto lo inmediato y específico, como el contexto general y sus posibles consecuencias.
- c. NIÑO: El sentir, actuar y pensar se vuelven como era la persona en su infancia. Pensamiento centrado en lo inmediato, concreto, emocionalmente intenso, impulsivo.

Cuando una persona está bajo los efectos de un hecho traumático el estado activo del Yo de las personas es el de NIÑO. El impac-

to psicológico produce la regresión. A mayor fuerza del impacto, mayor será la regresión. Es común escuchar: “Tenía tanto miedo, que me oriné”. Es un regresar a estadios como cuando éramos niños y no se controlaba el esfínter. Es fundamental que el psicólogo comprenda que está ante un “envase” de adulto que contiene a un niño con miedo, bronca, pena confusión, etcétera. En lo cotidiano, no detectar desde que estado del yo parte un estímulo y una necesidad del otro, provoca una respuesta equivocada – transacción cruzada- deteriorando la comunicación y por ende el vínculo. (Sica, 2013, 37).

5. DISTANCIA ESTETICA: Sica(2013,pag. 51) distingue dos tipos de distanciamientos:

- a. Infradistanciamiento: Es cuando el asistido se encuentra pegado al hecho traumático. Es estar muy metido, una persona que esta infradistanciada respecto al hecho está cargándose de sentimientos angustiosos. Se le acaba de incendiar su casa, lo ha perdido todo, el llanto es un llanto de carga, perdió todo y está muy tenso. No puede jamás hacer catarsis.
- b. Hiperdistanciamiento: es el otro polo. La persona reacciona con frialdad, apelando al mecanismo de defensa llamado “negación” de la realidad y esta hiperdistanciado. Jamás podrá hacer catarsis porque esta hiperdistanciado.

La distancia optima se logra con la contención y el sostén que le brinda el asistente, con las tácticas y maniobras para hacer que si esta infradistanciado se corra, y no esté tan metido, y si esta hiperdistanciado se corra, para no estar tan lejos.

A las personas que están infradistanciadas hay que hacerles preguntas generales, que lo sacan un poco del hecho, y lo ponen en una distancia optima respecto al hecho traumático la distancia que le permite una “doble visión” de espectador y participante.

A las personas hiperdistanciadas, se le deberán realizar preguntas particulares, esto hará que recuerde detalles que pueden hacerlo conectar con sus emociones.

La distancia estética se logra buscando la distancia óptima, buscando el equilibrio: ni mucha emoción, ni demasiado lejos ni demasiado cerca.

6. EVITAR AGREGAR SUFRIMIENTO AL DOLOR: La intervención psicosocial se dirige a la contención y al acompañamiento del asistido durante su tránsito por el dolor, con técnicas adecuadas y fundamentalmente desde el afecto y la humana cercanía.

Poder hacer la lectura de los sentimientos implícitos y hacerlos emerger, para su elaboración, es otra de las funciones del asistente. Cuando el asistido, por lo general de manera inconsciente, se atribuye la responsabilidad del hecho, esta agregándole sufrimiento al dolor. Es fundamental desarmar ese mecanismo.

7. METAFORA DEL ARCHIVO: Sica (2013, pág.66), plantea la utilización de esta técnica en las etapas de Catarsis-Verbalización. Para aplicarla el asistente le dice al asistido: “Veamos cómo vas a guardar todo esto que te está pasando, en el archivo de tu memoria. Va a ser importante para tu vida... para los días que vienen”.

Luego, deberá desplegarse una serie de preguntas con el objetivo de que el asistido, desde una Distancia Optima respecto al hecho, pueda tener una doble visión por la cual será al mismo tiempo participante y observador. Resultará fundamental que las respuestas sean desde el pensar y el sentir. Es como si a partir de las preguntas y las respuestas, se abrieran dos columnas imaginarias: pensamientos-palabras y sentimientos-catarsis.

8. MATERNAJE-PATERNAJE: El asistente suele pasar de una actitud a otra, durante toda la intervención (2013, pág. 73):

a. Maternaje: implica una actitud contenedora, e incondicional (Podríamos aproximarle al concepto de "figura materna" en Freud). Si nos referimos a un abrazo, este será sumamente contenedor, como abraza una madre que mientras lo hace comunica analógicamente al hijo que allí podrá permanecer eternamente. Esta actitud será muy necesaria en los momentos en que el asistido necesita una profunda contención debido a su estado regresivo. Es decir, que se halla íntimamente relacionado a lo que más arriba se detalla como "estado niño".

b. Paternaje: Es igualmente contenedor, pero levemente más firme. Se diferencia del anterior porque no es incondicional, ya que el abrazo tiene un final donde pasando a sostener por los brazos y con un leve impulso arriba comunica sin palabras, yo te comprendo, te apoyo, pero ahora... a la vida! El paternaje será necesario cuando se quiera dar paso a la etapa de proyecto.

9. EL SILENCIO: Según el Yoga, el silencio es la paz, la lengua del corazón, la lengua del sabio. Es la paz que sobrepasa todo entendimiento. Detrás de todos los ruidos del lugar, está el silencio, que es el alma interna de uno y la experiencia intuitiva. Cuando el corazón se siente pleno, el silencio se hace presente. Cuando la persona está atravesando un momento difícil, como una crisis, muchas veces hay silencio.

Sica plantea que las intervenciones suelen durar muchos días, y que en esos días, se implementa mucho el silencio elocuente como herramienta. Si bien en nuestra cultura occidental el silencio, es incómodo, a lo largo de las intervenciones solemos estar comunicados durante largos lapsos de tiempo con los asistidos, a través del silencio.

En efecto, el silencio no implica una posición pasiva, sino que es un medio para lograr empatía, y sobre todo, brindarle a la persona un espacio de reflexión, de libertad y de expresión. El silencio es indicador de atención y expectativa (Rojas, 2002, pág. 37).

10.TECNICA PARADOJAL: También llamada psicología inversa. Es una herramienta psicológica que consiste en que el psicólogo manifiesta una actitud que encierra, ir en sentido contrario al objetivo que se persigue. La utilizamos en varias ocasiones cuando estamos transitiando por la etapa Proyecto (2013, pág.79).

11.UNIDAD TEMATICA DE INTERVENCION: Estas se dan de acuerdo al desplazamiento situacional en el campo, y son de carácter temático. Estas unidades permiten que los psicólogos puedan agruparse durante la intervención y después de la misma, para intercambiar pareceres, emociones, tácticas, técnicas, etc. Para contenerse y en-

riquecerse mutuamente. Otra utilidad operativa de las UTI es que permiten al coordinador general de la intervención, poner al tanto de cuadro de situación.

Las UTI se van configurando durante los distintos momentos y días que dura la intervención. Este tipo de técnica posibilita la contención y el enriquecimiento del grupo que interviene, además de la evaluación y conceptualización posterior. (2013, pág.82).

12.TRIAGE: Ruiz Muñoz (2015, pag.1), plantea al triage psicológico como una herramienta de gran valor en el ámbito laboral de la crisis:

“Estos psicólogos, cuando llegan al lugar se encuentran un gran número de personas afectadas, y requieren de un instrumento que permita valorar, detectar y clasificar a estas personas en función de la prioridad en la que requieren ser atendidos, ya que no todas las personas presentan una misma vulnerabilidad a la situación, y este instrumento es el TRIAGE PSICOLÓGICO.”

Este instrumento permite que el psicólogo tenga una mirada más clara y objetiva de la situación.

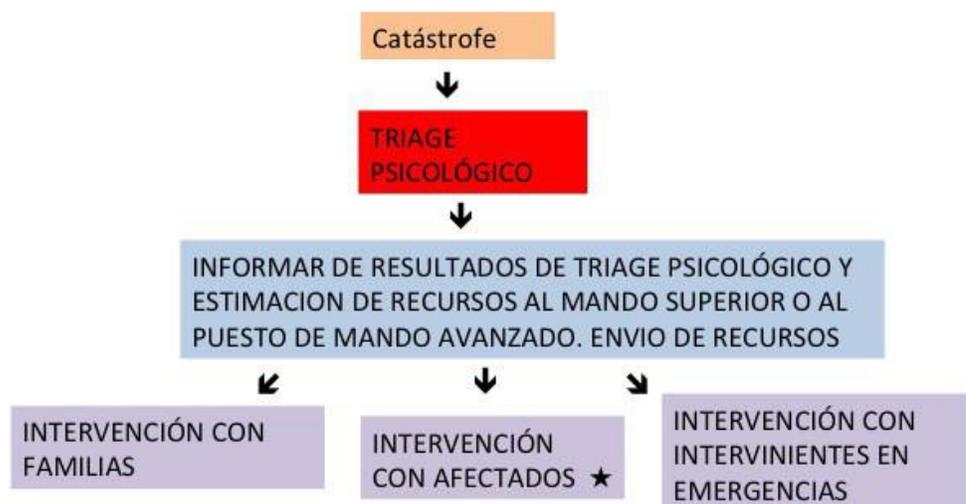
El triage o clasificación es de origen francés, que se utiliza para valorar a todas las víctimas de una situación crítica. Se emplea mundialmente en el ámbito sanitario, para priorizar a aquellas personas que necesitan atención inmediata.

Se lleva a cabo además, para evaluar el nivel de gravedad de los heridos, el número de víctimas y los recursos disponibles.

En el caso específico del TRIAGE PSICOLÓGICO, el psicólogo, utiliza esta técnica solo para trabajar sobre la víctima, es una intervención sencilla, y muy rápida. Es el primer escalón en la asistencia psicológica.

Según Ruiz M. se basa en dos principios fundamentales:

- *“Ayudar al mayor número de personas relacionadas con la situación crítica, en función de su estado individual, para lograr los objetivos de los primeros Auxilios Psicológicos (gestionar el estrés de la situación, aminorar o frenar el deterioro psicológico, reducir los riesgos, intentar que la persona funcione como previamente al incidente).*
- *Hacer el mejor uso de los recursos disponibles”.*



- ★ *En la intervención con afectados, quedan excluidos los pacientes rojos del triaje sanitario, y los amarillos (excepto en aquellos casos donde el personal lo requiera o se trate de rescate prolongados o pacientes especialmente vulnerables)*

Cuadro extraído de Ruiz Muñoz “Cuadernos de crisis”, 2015, revista número 14, vol. 1.

Sica (2013, 84), plantea que la categorización universal médica es la siguiente:

1.  **ROJO:** *Son las que primero se trasladan al centro asistencial, pues su vida depende de ello.*
2.  **AMARILLO:** *Una vez trasladados los rojos.*
3.  **VERDE:** *Heridos leves. Los últimos a trasladar.*
4.  **NEGRO:** *Moribundo-próximo a fallecer-.*
5.  **BLANCO:** *Cadáver.*

En el EPS la categorización ha sido modificada en función de las necesidades y prioridades para contener emocionalmente (**TRIAGE PSICOLÓGICO**) y es la siguiente:

1.  **NEGRO:** *Acompañar en los últimos minutos de vida.*
2.  **VERDE:** *Los heridos leves se constituyen en el centro de nuestra asistencia, pues son los que están más lúcidos y en pleno shock emocional. Consideremos además, que un VERDE puede ser familiar de un ROJO al que ya han trasladado.*
3.  **AMARILLO:** *Ídem anterior.*
4.  **ROJO:** *Teniendo en cuenta que por la urgencia del traslado difícilmente lleguemos a ellos.*

IV. 7. Psicología de la comunicación

La comunicación es interacción social, es el mecanismo básico para vincularse, para compartir alegrías y tristezas, para poner ideas en común, para expresar emociones, desahogarse.



La comunicación es el eslabón primario de toda sociedad. Rizo Gracia

(2006, 46), plantea que: “en el proceso de la comunicación los sujetos proyectan sus subjetividades y modelos del mundo, interactúan desde sus lugares de construcción de sentido”. Para que exista interacción debe haber reciprocidad entre ambas partes.

Aquí es importante tener en cuenta los Axiomas de la comunicación planteados por Paul Watzlawick:

1. **LA IMPOSIBILIDAD DE NO COMUNICAR:** Toda conducta es un mensaje.

Ante esto Paul W. plantea: *“toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no se puede dejar de comu-*



nicar" (1985, pág.50).

2. **TODA COMUNICACIÓN TIENE UN NIVEL DE CONTENIDO Y OTRO NIVEL**

RELACIONAL: Con este axioma (1985, pág.52) se afirma que:

“Una comunicación no solo transmite información sino que al mismo tiempo, impone conductas. Estas dos operaciones se conocen los aspectos como “referenciales” y “conativos”. El aspecto referencial de un mensaje transmite información y por ende, en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje. Por otro lado, el aspecto conativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse”.

Es decir que toda comunicación posee un contenido, que es lo que decimos, el mensaje que queremos transmitir y posee además, una relación que es a quién y cómo lo decimos.

3. **LA PUNTUACION DE LA SECUENCIA DE HECHOS:** Tiene que ver con la interpretación de los mensajes intercambiados a lo largo de un proceso comunicacional. Es decir, en otras palabras tiene que ver con donde el sujeto “puntuá” hace hincapié, en el mensaje del otro.

Al respecto Paul W. (1985, 56-57) plantea:

“Esta característica básica de la comunicación que deseamos explorar se refiere a la interacción entre comunicantes. Para un observador puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios. Desde el punto de

vista cultural, compartimos muchas convenciones de puntuación que, si bien no son ni más ni menos precisas que otras visiones de los mismos hechos sirven para reconocer secuencias de interacción comunes e importantes. Por ejemplo, a una persona que se comporta de determinada manera dentro de un grupo, la llamamos "líder" y a otra "adepto", aunque resultaría difícil decir cual surge primero o que sería del uno sin el otro".

4. **COMUNICACIÓN DIGITAL Y ANALÓGICA:** Toda comunicación tiene aspectos verbales (DIGITAL) y no-verbales (ANALÓGICO). Desarrollare primero el aspecto ANALÓGICO, al respecto de éste Paul W. (1985,)afirma que:

"Con todo, este término resulta engañoso, porque a menudo se lo limita a los movimientos corporales, a la conducta conocida como KINESIA. Opinamos que el termino incluye: posturas, gestos, expresión facial, la inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo, y la cadencia las palabras mismas. Una expresión puede resultar más significativa que cien palabras."

Lo digital tiene que ver más bien todo lo expresado a través de las palabras, las oraciones que hilamos para formar textos que reflejan a la vez nuestras ideas y pensamientos.

Paul W. (1985, pág. 68) plantea que:

“El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógicamente sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación”.

“En su necesidad de combinar estos dos lenguajes, el hombre sea como receptor o emisor, debe traducir constantemente de uno al otro, y al hacerlo debe enfrentar curiosos dilemas”.

- 5. INTERACCION SIMETRICA Y COMPLEMENTARIA:** Esta característica tiene que ver con el tipo de relación que se establece entre los participantes dentro de un proceso comunicacional.

Paul W. (1985, pág.69), afirma que:

“Puede describirse los como fenómenos basados en la igualdad o en la diferencia. En el primer caso, los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca, y así su interacción puede denominarse SIMETRICA. En el segundo caso la conducta de uno completa a la del otro, constituyendo un tipo diferente de gestalt, y así se denomina COMPLEMENTARIA. Así, pues, la interacción SIMETRICA se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, mientras que la interacción COMPLEMENTARIA está basada en un máximo de diferencia.

En la interacción COMPLEMENTARIA, hay dos tipos de posiciones distintas. Un participante ocupa lo que se ha descrito de diversas ma-

neras como la posición superior o primaria mientras el otro ocupa la posición correspondiente inferior o secundaria. ”

COMUNICACIÓN DURANTE EL MOMENTO DE CRISIS.

La persona durante el hecho traumático suele mostrarse ansiosa, temerosa, alterada emocionalmente, hasta en cierto punto “desequilibrada”. Al respecto de esto, Baloian (2007, pág.29), afirma que:

“En dichas situaciones, la persona puede encontrarse asustada, ansiosa, desorientada e incluso con sensaciones de irrealidad, de que no es cierto lo que está pasando, por lo que una comunicación enteramente racional resulta difícil, respondiendo el individuo más bien desde un plano emocional.”

Por este motivo, es importante que el psicólogo que intervenga, tenga en cuenta ciertas estrategias:

- ✚ Debemos trabajar desde una comunicación más bien planteada desde el plano emocional.
- ✚ Debemos **IDENTIFICARNOS**, la persona accidentada o en peligro, se sentirá mucho más confiada y tranquila, si sabe quién desea ayudarla.
- ✚ Dar **INFORMACION** e **INSTRUCCIONES**, debemos mantener contacto verbal, hablarle a la persona en todo momento, procurando mantener su atención. Es recomendable que se tenga en cuenta que a medida que la persona se tranquiliza y esta más

calmada, debemos tratar de darle a conocer cuáles serán las operaciones que se van a realizar o se están realizando a su favor (por ejemplo, el actuar de los bomberos, policía, etc.).

- ✚ Debemos **ANIMAR Y DISTRAER**, la persona en crisis, se encuentra desorientada, asustada, ansiosa, es por ello que es importante que mantenga su atención en la situación de rescate, que atienda a las instrucciones de los rescatistas, que no preste atención a estímulos que pueden elevar su monto de ansiedad y desesperación (por ejemplo, cadáveres, humo, llamas, altura, etc.).

COMUNICACIÓN LUEGO DE LA SITUACION CRÍTICA:

Baloian(2007, pág.30), plantea que después del momento traumático, uno debe:

- ✚ Responder a las necesidades de información.
- ✚ Escuchar y normalizar, dejar que la persona se desahogue, escucharla atentamente, brindado un apoyo psicológico.

CAPÍTULO V: SER HUMANO EN CRISIS.

“Es en la crisis que nace la inventiva, los descubrimientos y las grandes estrategias”. Albert Einstein.

Es necesario conocer al sujeto en situación de crisis. Como se siente, que piensa, como evalúa la situación crítica, que espera, que lo frustra, que perdió y que ganó.

Vega (1999, pág. 301), afirma que existen reacciones comunes y generales del ser humano ante una catástrofe:

- + Del 10% - 25% de las personas permanecen unidas, y en calma, estudian un plan de acción y posibilidades.*
- + El 75% manifiesta conductas desordenadas y desconcierto.*
- + Del 10% - 25% muestran confusión, ansiedad, paralización, gritos histéricos y pánico.*

Agrega además, que “la dinámica social de una emergencia la determina una complicada red de acciones individuales y acciones de los grupos:

- + Los individuos pueden actuar aisladamente.*
- + Los individuos pueden actuar en colaboración con otros.*
- + Los grupos humanos pueden actuar aisladamente.*
- + Los grupos humanos pueden actuar en colaboración con otros.*

Lo importante de estas cifras y datos es que nos brindan información acerca de cómo el ser humano afronta la situación crítica, cuáles son sus reacciones primeras y posteriores a la crisis.

V. 1. Factores que intervienen en la conducta durante una situación crítica.

Ante una situación de catástrofe o desastre, la persona responde con una amplia gama de conductas que le permiten probar, evaluar resultados, volver a probar y reevaluar resultados.

Recordemos que la situación de emergencia, es una circunstancia nueva para el sujeto, no es algo conocido, por lo cual deberá implementar conductas ya utilizadas en otras situaciones similares y a su vez deberá valerse de su creatividad e innovación, para ejecutar acciones nuevas.

Todas las conductas que el sujeto realiza están determinadas por diferentes factores. Vega (1999, pág. 302), plantea que debemos tener en cuenta ciertos factores que condicionan las reacciones del ser humano en crisis:

1. **PERSONALIDAD:** Para Allport la personalidad es “*una organización orgánica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característico*”. Desglosemos la definición:
 - a. **Organización dinámica:** Es una red de complejos procesos que se organizan y desorganizan (dinámico).
 - b. **Sistemas:** Todo sistema es un complejo de elementos en mutua interacción.
 - c. **Psicofísicos:** La personalidad requiere tanto del funcionamiento psíquico como el funcionamiento del cuerpo (físico).

- d. **Determinan:** Todos los sistemas comprendidos en la personalidad son tendencias determinantes. Ejercen una influencia sobre todos los actos adaptativos y expresivos mediante los cuales es conocida la personalidad.
 - e. **Conducta y pensamiento:** Ambos términos sirven para que el sujeto pueda adaptarse a su medio, sobrevivir en él y crecer como individuo.
 - f. **Característicos:** Toda conducta y pensamiento son característicos de una persona, hacen a su idiosincrasia, son únicos.
2. **Nivel de Formación:** Personas con mayor grado de instrucción muestran más autocontrol. En bajos niveles de formación, las conductas más frecuentes son de inseguridad, desconcierto, actitudes de hacinamiento y menor cooperación.
 3. **Género:** En estudios sobre incendio, se ha observado que las mujeres suelen atender más a las señales objetivas de alarma (humo, ruido, voces) y los hombres atienden más a los datos pudieran indicar una posible señal subjetiva de alarma. Las mujeres tienden más a comportamientos histriónicos que los hombres, y estos muestran más conductas más impulsivas. Los hombres se distinguen más en tareas de participación mientras que las mujeres en tareas de evacuación y alarma (1999 pág. 303).
 4. **Edad:** Si se trata de jóvenes es muy probable que se produzcan conductas desinhibidas y desordenadas. Pa-

san del desconcierto al miedo, con reacciones de pánico. En cambio, en adultos se da más autocontrol y más cooperativismo.

5. **Condiciones Físicas:** En los individuos con buenas condiciones físicas se ha observado, que a menudo pueden asumir riesgos excesivos por la confianza en los recursos propios.
6. **Aislamiento – Apoyo emocional:** Estudios afirman que casados en compañía con sus cónyuges los individuos se muestran más auto controlados, serenos y cooperativos que aquellos que estaban en soledad. En ocasiones los sobrevivientes necesitan estar con otras personas y comunicar sus sentimientos, ya sean los relacionados con las pérdidas sufridas o los de su soledad.
7. **Tolerancia a la frustración:** La frustración es un estado que emerge en el individuo cuando interfiere en una conducta meta un instigador externo, impidiendo la consecución del objetivo. Así, la frustración es origen de la aparición de conductas agresivas.
8. **Tendencia al gregarismo:** En general, cuando el individuo se ve inmerso en una situación de emergencia, siente miedo de responsabilizarse de sus actos, de tomar decisiones y tiende de una manera instintiva a refugiarse en el grupo. A mayor peligro, mayor necesidad de que el grupo sea lo más numeroso posible.
9. **Territorialidad:** Se trata de que las personas necesitamos un espacio vital que puede ser más o menos amplio, dependiendo de las características del lugar, de las cir-

cunstancias sociales y de las condiciones de la situación. El individuo tiende a marcar su territorio. En una situación de catástrofe, el individuo no tolera la invasión de su espacio y llega a defenderlo con gran violencia. (1999, pág. 304).

10. Liderazgo: será el líder guía quien transmitirá serenidad, evitara que surja el pánico, controlara a los individuos inestables y aprovechara a los tranquilos, optimizando al máximo las condiciones d alta sugestionabilidad para manipular las conductas de forma segura para la evacuación.

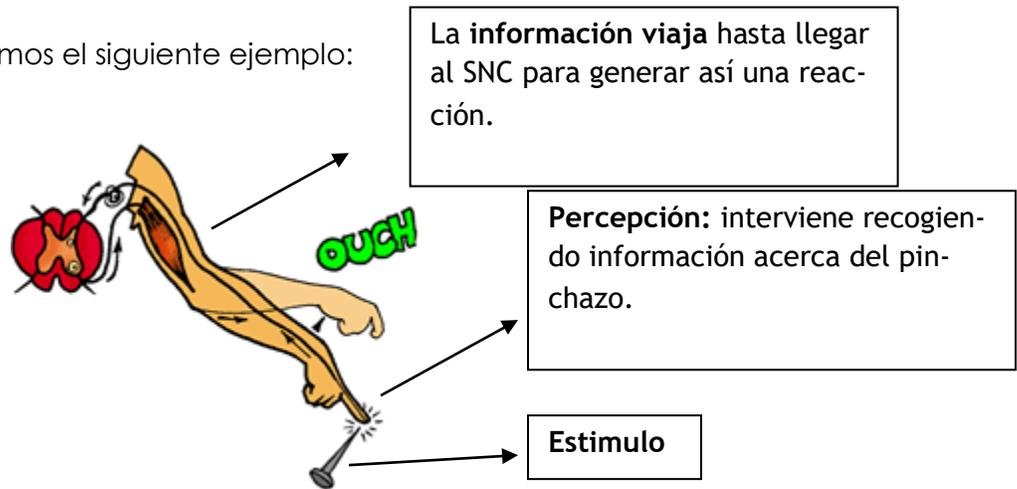
Estos factores anteriormente mencionados, deben ser tenidos en cuenta para la elaboración de planes de contingencia.

V. 2. Percepción de riesgo

La percepción es según Cortes Trujillo (2003, pág. 20),

"Función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir y elaborar las informaciones provenientes del exterior y convertirlas en totalidades organizadas y dotadas de significado para el sujeto".

Pensemos el siguiente ejemplo:



En otras palabras, sería el proceso por medio del cual, recogemos información del medio que nos rodea, decodificamos esa información, la evaluamos y la distribuimos por el sistema nervioso central, para así generar una respuesta. El organismo atiende a su propia supervivencia, se defiende del medio y busca preservar su integridad psicofísica.

Con respecto a esto último; Cortés Trujillo (2003, pág. 32), plantea una diferencia entre la percepción y reacción en una situación normal y una situación de crisis:

PERCEPCION Y REACCION EN SITUACION NORMAL: Durante la mayor parte del tiempo la información que recibimos es “normal”, la esperamos y estamos acostumbrados a ella. La información llega al eje hipotalámico-hipofisiario que hace una primera evaluación de esa información. Cuando dicha información es normal el eje envía a los lóbulos frontales (responsables del pensamiento racional), ellos analizan y responden en consecuencia. Rosselli(1996, citado por Cortes Trujillo,2003)afirma que es una estructura que expresa a través de palabras ,acciones o ideas creativas ,el resultado de los procesos mentales.

PERCEPCION Y REACCION EN SITUACION DE CRISIS: En situaciones de desastres y catástrofes el sujeto recibe mucha e intensa información, la cual llega de forma rápida y desborda el rango de lo habitual .En consecuencia los lóbulos frontales simplemente se bloquean, así se pierde temporalmente la capacidad de respuesta racional. Frente a este bloqueo se activa el sistema límbico (el cual ha sido llamado:primario,instintivo,animal,hasta réptil) el cual cumple un rol en la orientación de las emociones que estimulan el comportamiento necesario para sobrevivir y en esa función controla las respuestas inmediatas y no premeditadas ante las crisis al igual que interviene en la activación endocrina que desencadena el síndrome de escape o lucha. Por ello la mayoría de las personas responden gritando,corriendo,peleando y/o llorando.

V. 3. Trauma psíquico

Salvador (2006, pág. 1), afirma que un traume psíquico es *“un acontecimiento presente en la vida de casi todo ser humano en la medida que todos hemos tenido algunas experiencias que han determinado patrones, que todos tenemos, de comportamiento disfuncional”*.

Pierre Janet (2006, citado por Salvador, 1894, pág. 1), define al trauma como:

“el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Cuando las personas se sienten dema-

siado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras. El terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración (síntesis) del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la consciencia ordinaria, dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reacciones conductuales”.

Los síntomas del trauma derivan justamente, del hecho en que el sujeto se ve indefenso ante la situación que escapa a su control, y pone en riesgo su integridad psicofísica tanto para sí mismo como para sus seres más queridos y allegados.

Según Echeburúa (2005, pág. 346), afirma que existen ciertos factores que hacen que el sujeto se vuelva aún más vulnerable frente al hecho traumático:

1. VULNERABILIDAD PSICOLOGICA: Este aspecto se refiere a la precariedad del equilibrio emocional, bajo nivel de inteligencia, mala adaptación a los cambios, así como sensación de fatalismo y una percepción de lo sucedido como algo extremadamente grave e irreversible, debilitan así la resistencia a las frustraciones y contribuyen a generar una sensación de indefensión y de desesperanza.
2. VULNERABILIDAD BIOLÓGICA: Surge de forma innata y que está relacionada con un menor umbral de activación psicofisiológica.
3. VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL: Un apoyo social próximo insuficiente, ligado a la depresión y al aislamiento, y la escasa impli-

cación en relaciones sociales y actividades lúdicas dificultan la recuperación del trauma. Como así es de vital importancia el apoyo institucional es decir, del sistema judicial, de la policía, o de los medios de comunicación.

Echeburúa (2005, pág. 340), establece una clasificación de los sucesos traumáticos:

INTENCIONADOS:

- + Agresiones sexuales en la vida adulta.
- + Relación de pareja violenta.
- + Terrorismo, secuestro y tortura.
- + Muerte violenta de un hijo.
- + Abuso sexual en la infancia.
- + Maltrato infantil.

NO INTENCIONADOS:

- + Accidentes (de tráfico, choques de trenes, etc.).
- + Catástrofes naturales (terremotos, inundaciones).

V.4.Reacciones individuales ante desastres y catástrofes

La persona víctima de un desastre o una catástrofe ha sido testigo o incluso se ha enfrentado a un suceso que implica muerte, amenaza de muerte, heridas graves o riesgo de la integridad física propia o la de terceros. En consecuencia pueden sentirse abrumadas, confundidas mientras que otras pueden experimentar ansiedad o miedos (Piñeyro, pag.3).

Cornejo Solari (2011, pág. 5) expone que *“el tipo, características del evento y la percepción que se tenga de ello, siempre es particular e individual, sin embargo, hay ciertas reacciones que son comunes.”* Algunas de ellas son:

✚ EFECTOS COGNITIVOS: incredulidad y dificultad para dimensionar la magnitud del evento crítico, confusión, dificultad para pensar, dificultad para focalizar, tendencia a la dispersión, dificultad para encontrar alternativas de solución a los problemas, dificultad para tomar decisiones, en la concentración, dificultad para incorporar nuevas informaciones, re experimentación del evento crítico y asociación de objetos, personas o situaciones con el evento crítico.

✚ EFECTOS EMOCIONALES: Fuerte impacto emocional, estado de shock, desborde emocional, labilidad emocional, tensión e irritabilidad, aplanamiento afectivo, negación o minimización, desconexión emocional, revivir los efectos emocionales generados por el evento crítico.



✚ EFECTOS CONDUCTUALES: Sobreactivación o conductas erráticas, impulsividad, paralización o inhibición de la conducta, conductas de evitación, aumento de consumo de alcohol u otras sustancias psicoacti-

vas y conductas de aislamiento, reducción de la vida social.

- ✚ EFECTOS FISIOLÓGICOS: Dolores corporales generalizados y difusos, jaquecas, mareos o desmayos, taquicardia y alteraciones abruptas de la tensión arterial, presión en el pecho, problemas gastrointestinales, cansancio, trastornos del sueño (insomnio, pesadillas o dormir en exceso), trastornos del apetito (inapetencia o comer en exceso).

Páez y col. (1999, pág. 16), realizaron una investigación en 1994, para poder esclarecer el comportamiento de las personas ante situaciones de riesgo o emergencias.

En cuanto a la escala que recoge las fases del comportamiento del sujeto en el momento del hecho se muestra los siguientes resultados:

- ✚ El 65% de la muestra busca información y coordina eficazmente las acciones.
- ✚ El 55% pide ayuda y otorga ayuda (movilización solidaria).
- ✚ El 50% expresa miedo.
- ✚ El 42% grita, se muestra enojado y solicita ayuda.
- ✚ El 31% demuestra una sensación de abandono e impulso de huida.
- ✚ El 21% se siente preparado para afrontar la experiencia previa.
- ✚ El 20% niega el suceso.

V. 5. Consecuencias psicológicas ante las crisis

Existen conductas que son normales dentro del contexto anormal en el que se encuentran, también existen otras que por su intensidad, recurrencia o porque no han sido bien tratadas, llevan a la persona directamente hacia un Síndrome de Estrés Post-Traumático.

Dicho síndrome, entendiendo a síndrome como un conjunto de síntomas, se manifiesta luego de la situación traumática vivida, cuando los recursos internos de la persona fallan y cuando no ha recibido la atención necesaria en el momento de la crisis.

Si los episodios que la persona experimenta no son de gran magnitud, lesividad, o agresividad, no causan daño si la presión no supera la capacidad individual de resistencia. Sin embargo, cuando el episodio traumático es muy intenso, repetitivo, y prolongado o sin posibilidad de recuperación del equilibrio perdido (Cortes Trujillo, 2003, pág. 36).

En consecuencia, esta sobrecarga no puede ser mantenida durante mucho tiempo sin que se evidencien problemas relacionados con alteraciones de la normalidad física y mental, caracterizados en la entidad de Síndrome de Estrés Post-Traumático.

Cuyos síntomas principales son:

- ✚ Re experiencia del evento traumático.
- ✚ Decaimiento de la respuesta a la relación con el mundo externo.
- ✚ Y una variedad de síntomas autonómicos, disfóricos (cambios anímicos) o cognoscitivos.

Ligada a la aparición de este Síndrome, se manifiesta la pérdida de la modulación neuronal. Este es quizás uno de los resultados más peligrosos del trauma.

Van der Kolk y Saporta (1993, citados por Cortes Trujillo, 2003, pág. 35), afirman que cuando un estímulo aversivo o su repetición elicitan con gran frecuencia o intensidad la respuesta límbica intensa, provoca una descarga superlativa, que no es oportuna, puede lesionar la capacidad neuronal para modular la cantidad de neurotransmisores que segregará, en otras palabras, llevará a que se pierda la proporción entre los estímulos y las respuestas a los mismos.

Esta pérdida es el núcleo del Síndrome, que lleva a la intensificación de la reactividad emocional en general: las personas traumatizadas van inmediatamente del estímulo a la respuesta sin ser capaces de evaluar psicológicamente la causa de su activación, lo que los hace sobrereaccionar y hasta intimidar a otros.

V. 6. Pérdida y duelo

La palabra duelo proviene del latín "dolus", que quiere decir dolor. Es la respuesta a la pérdida o separación. Una fundación llamada "Ayuda Social de las Iglesias Cristianas", la cual realizó un arduo trabajo con familiares de desaparecidos y ejecutados, sus especialistas llegaron a la conclusión de que el duelo es "la secuencia de estados subjetivos que siguen a la pérdida y



que tienden a la aceptación de esta y a una readaptación del individuo a una realidad que ya no incluye al ser amado" (Raffo, 2005, pág. 4).

Calvache (2014, pág. 7), plantea que el duelo es "un conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo estaba psicosocialmente vinculada". A esto último, yo agregaría que son procesos que también se ponen en juego ante la pérdida no solo de personas sino también de objetos materiales (casas, autos, ropa, alimentos, electrodomésticos, libros, fotografías, etc.), es decir, la pérdida de todo aquello sostiene la identidad del sujeto.

Freud (1917, pág. 1), afirmaba que el duelo es la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. Y continua diciendo, (...) "es que a pesar de que el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal, nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico ni remitirlo al médico para su tratamiento. Confiamos en que pasado cierto tiempo se lo superara y juzgamos inoportuno y aun dañino perturbarlo".

Por su parte Melanie Klein (1934), reflexiona acerca del tema y plantea que el duelo es

"un conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que se ponen en marcha ante la pérdida (o la frustración) de seres o entes animados, inanimados o abstractos, y también a los procesos que se ponen en marcha ante la frustración provenientes de esos seres o realidades, y en especial, de seres queridos. Esos conjuntos de sentimientos, emociones y cogniciones son los que conforman el duelo y

los procesos de duelo, pueden ponerse en marcha por tanto ante la pérdida de un ser querido, ante un fracaso personal, ante la necesidad de separarse de un trabajo, de una ideología, de esperanzas, etc."

La situación crítica en este caso un terremoto, una inundación, un tornado, el viento zonda, son estímulos que desencadenan pérdidas, y es allí donde la persona debe rearmarse, revitalizarse e inicia con ello el proceso de duelo.

Calvache (2014, pág. 7), afirma que el duelo es un trauma que se da como consecuencia de una pérdida. Posee repercusiones a corto y largo plazo, irrumpe a nivel psicológico, emocional, social somático. Cada vez que el sujeto enfrenta una pérdida se revive en él a nivel total las experiencias anteriores de satisfacción, pérdida, contención y consolación.

Hay autores como Martin () que afirman que el duelo es un síndrome, ya que en si mismo encierra un conjunto de síntomas, tiene una expresión clínica, un curso evolutivo y una potencial resolución.

Síntomas psicológicos del duelo.

Según Freud el duelo se manifiesta a través de ciertas conductas psicológicas del sujeto, a saber:

- ✚ Profundo y doloroso abatimiento.
- ✚ Retirada del interés hacia el mundo externo.
- ✚ Pérdida de la capacidad de amar.



- ✚ Inhibición de toda actividad.

Según Martin, los síntomas psicológicos del duelo son:

- ✚ Desinterés.
- ✚ Sentimiento de culpa.
- ✚ Creencias erróneas y auto reproches.
- ✚ Deseos de morir.
- ✚ Sentimientos de incapacidad.
- ✚ Alucinaciones o ilusiones.
- ✚ Ideas suicidas.
- ✚ Miedo a la locura.
- ✚ Autoestima negativa.
- ✚ Hostilidad

Síntomas conductuales del duelo.

Según Martin a nivel somático el sujeto se muestra:

- ✚ Llanto.
- ✚ Trastorno del sueño.
- ✚ Abatimiento.
- ✚ Falta de memoria.
- ✚ Falta de concentración.
- ✚ Disminución de apetito y peso.
- ✚ Inquietud.
- ✚ Variación diurna.



Síntomas sociales frente al desastre o catástrofe: Cohen (2009, citada por Villalobos, 2005, pág. 8) afirma que existen consecuencias conductuales de orden social:

- ✚ Problemas persistentes con personas del sector privado o gubernamental de la reconstrucción.
- ✚ Problemas con arremendadores.
- ✚ Ocupación de casas hacinadas, remolques.
- ✚ Aumento de la violencia en el hogar y los grupos.
- ✚ Problemas de tránsito.
- ✚ Falta de programas para niños.
- ✚ Elevación de la tensión familiar.

Todo duelo es un proceso en el que se juegan diferentes aspectos del yo del sujeto. Para poder elaborar la pérdida el ser humano se vale de estrategias de afrontamiento, de creencias, ideologías, de mecanismos defensivos. Freud (1917, pág. 1) afirma que el examen que hace de la realidad el sujeto, lo lleva a dar cuenta de que el objeto amado ya no existe más, y del emana ahora la advertencia de que se debe quitar toda la libido sus enlaces con ese objeto. A ello se opone una comprensible rebeldía de no abandonarlo al objeto, no deslibidinizarlo.

Se ejecuta gran gasto energético y de tiempo de investidura, ya que el sujeto debe realizar un trabajo arduo en la gran y valiosa tarea de extraer esa libido puesta en el objeto amado, y retrotraerla al yo, para luego poder colocarla en otro objeto. Este proceso Freud lo denomina "reinvertir", proceso que conlleva mucho sufrimiento y a la vez mucho esfuerzo psíquico.

Desde Echeburúa y col. (2005, pág. 343) afirman que el duelo a traviesa 4 fases que la resolución de cada una de ellas depende en gran medida de las características idiosincráticas de cada sujeto:

FASES	MOMENTO	SINTOMAS
Shock o parálisis.	Inmediato a la pérdida.	<ul style="list-style-type: none"> • Embotamiento afectivo. • Apatía. • Agitación.
Dolor y alivio.	Dos primeras semanas.	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de la muerte. • Pena y dolor. • Resignación.
Resentimiento.	Dos semanas a cuatro meses.	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión. • Ansiedad. • Irritabilidad. • Inseguridad.
Recuerdo.	Tres a doce meses.	<ul style="list-style-type: none"> • Reminiscencias del objeto perdido. • Pena.

Otros autores como Bowlby (1980), establece 4 grandes fases del duelo:

1. **FASE DE INCREDELIDAD Y EMBOTAMIENTO DE LA SENSIBILIDAD:** Puede durar entre algunas horas hasta una semana y puede verse interrumpida por momentos de pena o cólera intensas. Aparece el sentimiento de negación de lo ocurrido, existe un deseo de evitar y evadir el terrible hecho de haber perdido al objeto amado. La

persona se siente desorganizada, aturdida, incapaz de pensar. Seguido a estas reacciones, aparecen en el sujeto conductas de protestas, sentimientos de rebeldía. Estas conductas se ligan a sentimientos de pena, tristeza y nostalgia.

2. **FASE DE AÑORANZA Y ANHELO Y BUSQUEDA DE LA FIGURA PERDIDA:** Esta fase suele durar desde meses a años. El sujeto comienza a sentir una motivación poderosa de recuperar el objeto amado perdido. El doliente repasa obsesivamente todos los hechos vividos del ser perdido, las circunstancias de su muerte, qué se pudo haber hecho y no pudo haber hecho.
3. **FASE DE DESORGANIZACION Y DESESPERANZA:** La persona debe re-definirse a sí mismo, implica renunciar definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona perdida.
4. **FASE DE MAYOR O MENOR REORGANIZACION:** *La pérdida no se olvida, pero se pone en un lugar especial y la energía emocional se reorienta hacia nuevas relaciones*

FACTORES QUE AGRAVAN LOS PROCESOS DE DUELO:

Existen factores que contribuyen a agravar el proceso de duelo y son los siguientes (Calache, 2014, pág. 19):

- ✚ Perdidas súbitas o inesperadas.
- ✚ Pérdidas anteriores recientes (sobre todo en los 9 meses anteriores).
- ✚ Desapariciones.

- ✚ Perdidas prematuras.
- ✚ Cuando previamente se ha dado un periodo prolongado de cuidados del sujeto al muerto.
- ✚ Si hay deformaciones o mutilaciones del muerto.
- ✚ Formas de recibir las informaciones catastróficas, siniestras, aparatosas.
- ✚ Relaciones intensamente pasionales entre el sujeto y el objeto.
- ✚ Exceso de culpa (persecutoria) ante la pérdida.
- ✚ Muerte por suicidio.
- ✚ Muerte por homicidio.
- ✚ Catástrofes (naturales, bélicas, accidentes).
- ✚ Perdidas indeclarables o inconfesables.

ABORDAJE PSICOTERAPEUTICO DEL PROCESO DE DUELO.

Desde la organización BANCAVIDA (es una asociación civil sin fines de lucro, coordinada por Alfredo Moffat. Compuesta por equipos de trabajo que intervienen en situación de desastre y catástrofe), trabajan sobre 3 fases de elaboración del duelo y cuáles serían los pasos a seguir para abordar el proceso de duelo:

1. **ETAPA DE SHOCK PSICOLOGICO:** La primera es de shock psicológico, el reconocimiento del cuerpo del ser querido produce una intensa regresión, se detiene el tiempo y el espa-



Miradas perdidas...

cio. El psiquismo entra en un vacío insostenible. En esta etapa es necesaria una asistencia corporal basada en terapias psicodramáticas para que se restituya la percepción de la realidad. Luego pasado el shock, se produce la catarsis de llanto y se abre la posibilidad de diálogo que permite socializar el dolor, ponerlo en palabras, poderlo transmitir y compartirlo (con-partirlo).

- 2. ETAPA DE DIALOGO DE DESPEDIDA:** Luego de varios días se entra en otra etapa que es poder realizar el diálogo de despedida que no pudo ser por lo imprevisto y brutal de la separación. Se emplean entonces técnicas que estimulan

y acompañan el diálogo interior, que va transformando el vínculo real en vínculo subjetivo con el ser ausente. Es el momento de las frases que no se pudieron decir: "...te quiero mucho y nunca te lo pude decir..." "...perdóname por...". Para esta tarea desde un caldeamiento grupal se utilizan objetos intermediarios, almohadones o yo auxiliares.



Para esta tarea desde un caldeamiento grupal se utilizan objetos intermediarios, almohadones o yo auxiliares.

- 3. ETAPA DE RECREAR LA VIDA COTIDIANA:** La última etapa es reconstruir la trama cotidiana reparando los vacíos que deja la persona querida en la vida diaria...en el almuerzo familiar de los domingos, en los espacios que se compartían, etc. El dolor en esta etapa es ya más suave y lo normal es que al año se cumpla la tarea de duelo. En caso de duelos patológicos se va a requerir más tarea de ayuda desde una terapia de base existencial que restituya



ya el sentido de la vida frente al tema de la muerte. “Los muertos no mueren realmente, siguen viviendo en el corazón de los seres queridos”...

Gómez y col. (2012, pág. 114) afirma que existen diferentes estrategias para abordar la situación de duelo:

- ✚ Facilitar la expresión verbal.
- ✚ Señalar el carácter transitorio del duelo.
- ✚ Ayudar a elaborar rituales de aceptación de pérdidas afectivas.
- ✚ Permitir la expresión de sentimientos, especialmente culpa.
- ✚ Razonar las ideas y actos negativos.
- ✚ Ayudar a superar la negación, confrontándola con la realidad.
- ✚ Mantener las actividades propias de la persona y de su estilo de vida.
- ✚ Evaluar las reacciones previas ante situaciones parecidas.
- ✚ Evaluar los recursos de ayuda y permitir el acceso a ellos.
- ✚ Sugerir posibilidades de solución.



V. 6. Factores protectores frente a grandes desastres y catástrofes

Para poder realizar una buena elaboración del trauma y por consecuencia del proceso de duelo, debemos tener en cuenta ciertos factores que ayudan a la persona.

Algunos de ellos son:

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO:

Según Lazarus Y Folkman (1984), las estrategias de afrontamiento son los recursos que el sujeto desarrolla para hacer frente a demandas específicas externas o internas.

Echeburúa (2005, pág. 347) plantea que como estrategias positivas:

1. Aceptación del hecho y resignación.
2. Experiencia compartida del dolor y de la pena.
3. Reorganización del sistema familiar, y de la vida cotidiana.
4. Reinterpretación positiva del suceso.
5. Establecimiento de nuevas metas y relaciones.
6. Búsqueda de apoyo social.
7. Implicación en grupos de autoayuda o en ONG.

Siendo las negativas:

1. Anclaje en los recuerdos y planeamientos de preguntas sin respuesta.
2. Sentimientos de culpa.
3. Emociones negativas de odio o de venganza.
4. Aislamiento social.
5. Implicación en procesos judiciales, sobre todo cuando la víctima se implica voluntariamente en ellos.
6. Consumo excesivo de alcohol o de drogas.
7. Abuso de fármacos.

PERSONALIDAD RESISTENTE O HARDINESS:

Kobasa es quien en 1982, define a lo que se entiende como *hardiness*. El sujeto con este tipo de personalidad es capaz de crear y reaccionar ante acontecimientos vitales de su vida como así también enriquecerse de las situaciones estresantes. Es una cualidad capaz de disminuir la reacción del individuo ante determinados estímulos, y en consecuencia, los trastornos asociados.

Tres conceptos existencialistas hacen y forman parte del concepto de personalidad resistente (1998, Peñacoba, pág. 61):

1. **COMMITMENT (Compromiso):** es la cualidad de creer en la verdad, importancia y valor de lo que uno mismo es y de aquello que hace. El compromiso proporciona



el reconocimiento personal de las propias metas y la apreciación de la habilidad personal de tomar decisiones y mantener nuestros valores. Las personas con compromiso se benefician del sentimiento de que pueden ayudar a otros en situaciones estresantes si éstos lo necesitan.

2. **CONTROL (Control):** La persona con control busca las explicaciones sobre el por qué de los acontecimientos no solo en las acciones de los demás, sino en su propia responsabilidad. Permite al individuo interpretar los acontecimientos es-



tresantes e incorporarlos dentro de un plan personal de metas, transformándolos en algo consistente con el sistema de valores del organismo y no en perturbador.

3. **CHALLENGE (Reto):** Hace referencia a la creencia de que el cambio, frente a la estabilidad, es la característica habitual de la vida. La ocurrencia del estímulo estresante puede ser evitada si se entiende como una oportunidad y un incentivo para el crecimiento personal, y no como una simple amenaza a la propia seguridad. Los esfuerzos del individuo se centran ahora en cómo hacer frente a ese cambio.



RESILIENCIA:

La palabra resiliencia proviene del latín “resilio”, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. Actualmente, la palabra resiliencia es utilizada para dar cuenta de la capacidad e una persona para hacer frente a una situación traumática y salir fortalecido de ella.

Una definición exacta de la palabra nos dirá que:

“La resiliencia es el conjunto de fortalezas que desarrollan y/o potencian las personas, familias y/o comunidades ante adversidades crónicas (ej. Situaciones de pobreza,



disfunción familiar) o puntuales (ej. Un accidente, enfermedad, atentado terrorista, desastre natural) siendo estas, el resultado de los procesos que se generan de la interacción entre los factores de protección y de riesgo tanto individuales como ambientales.”

Fores (2010, citado por García y col., 2013) afirman que existen doce características principales de la resiliencia:

- ✚ Es un proceso.
- ✚ Hace referencia a la interacción dinámica entre factores.
- ✚ Puede ser promovida a lo largo del ciclo de la vida.
- ✚ No se trata de un atributo estrictamente personal.
- ✚ Está vinculada al desarrollo y crecimiento humano.
- ✚ No constituye un estado definido.
- ✚ Nunca es absoluta ni total.
- ✚ Tiene que ver con los procesos de reconstrucción.
- ✚ Tiene como componente básico la dimensión comunitaria.
- ✚ Considera a la persona como única.
- ✚ Reconoce el valor de la imperfección.
- ✚ Está relacionada con ver el vaso medio lleno.

Wolin (1993, citado por García y col., 2013) exponen 7 pilares de la resiliencia que protegen a las personas ante las adversidades ayudándolas a generar procesos resilientes:

- ✚ Introspección.
- ✚ Moralidad.

- ✚ Creatividad.
- ✚ Humor.
- ✚ Iniciativa.
- ✚ Capacidad de relacionarse. Independencia.

PARTE II: PRÁCTICA.

CAPITULO VI.

Aspectos Metodológicos.

Objetivos:

El objetivo principal de esta investigación, es explorar y describir fenómenos a través de los significados de la experiencia de los profesionales que trabajan de forma activa en intervenciones en crisis dentro de situaciones de catástrofe y desastre.

Método:

El termino metodología, hace referencia al modo de enfocar los problemas y buscar respuestas, es la forma de realizar la investigación.

El enfoque de la investigación, será de tipo cualitativo, la cual produce datos descriptivos, partiendo de las palabras de las personas involucradas en intervención en crisis. Es decir, nos permite comprender fenómenos sociales desde la perspectiva de los actores.

Basándonos en este tipo de metodología, el estudio del tema es de tipo exploratorio, ya que el tema planteado ha sido poco estudiado.

Por este motivo, se trabajó sobre una realidad co-construida por los participantes y el investigador.

VI. 1. Descripción de la muestra.

La muestra dentro de una investigación cualitativa es un grupo de personas, sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que sea representativo del universo o población que se estudia.

La condición general para formar parte de la muestra es que debían ser agentes de salud y que hayan tenido la oportunidad de intervenir en cualquier tipo de crisis ya sea un desastre o una catástrofe. Por ello utilice una muestra de expertos.

Se entrevistó a 5 (cinco) profesionales que han tenido diversas experiencias en el campo de la intervención en crisis. A continuación describo a cada uno de estos agentes:

- ✚ **PSICOLOGO SOCIAL CARLOS SICA:** Residente de la provincia de Buenos Aires. Trabaja en Psicología Social Comunitaria desde el año 1971. Fundador de APSRA (ASOCIACION DE PSICOLOGOS SOCIALES DE LA REPUBLICA ARGENTINA). Fundador y director del CAEPS (Centro de Altos Estudios en Psicología Social). Creador y Coordinador General de EPS (EMERGENCIAS PSICOSOCIALES). Además, es cineasta y diseñador gráfico. Ha participado de memorables experiencias en Salud Mental: Comunidad terapéutica “Peña Carlos Gardel” en el Hospital Borda, Mutual de ayuda psicológica “El Bancadero”, “Psicoclub” junto a Alfredo Moffat, entre otras. Lleva 20 años interviniendo junto a su equipo en situaciones de intenso dolor y angustia.

PSICOLOGA SOCIAL SILVIA GOMEZ CORTÉS: Forma parte del Grupo coordinador de EPS (EMERGENCIAS PSICOSOCIALES). Junto con un amplio equipo de profesionales, ha podido intervenir en múltiples situaciones de desastre y catástrofes, entre ellas:

- Las inundaciones de Santa Fe, las inundaciones de Luján, el atentado a la AMIA, el grave incendio de Cromañón, los accidentes aéreos de Austral y Lapa, incendio de un inquilinato en el barrio de La Boca, entre otros.

TECNICA SUPERIOR EN PSICOLOGIA SOCIAL SILVIA LILIANA BRUNACCI: Forma parte integrante del equipo de trabajo de EPS (EMERGENCIAS PSICOSOCIALES) y ha tenido la oportunidad de intervenir en los siguientes hechos:

- Explosión del polvorín militar de Rio III, Córdoba (noviembre 1995)
- Caída del avión DC9 de Austral (octubre 1997)
- Vuelo 3142 de LAPA en el Aeroparque de la ciudad de Buenos Aires (agosto 1999)
- Accidente de ómnibus en Santa Catarina (Brasil) con turistas argentinos (enero de 2000)
- Micro que se desbarranca en Catamarca (septiembre 2002)
- Caída de un puente colgante en Chubut (septiembre 2002)
- Inundaciones en Santa Fe (mayo 2003)
- Incendio en una mina de Rio turbio (Junio 2004)
- Tragedia de Cromañón (diciembre 2004)
- Incendio Supermercado Ycua Bolaños, Paraguay (2004)
- Micro con alumnos del colegio Ecos (octubre 2006)
- Derrumbe en un gimnasio de Villa Urquiza (agosto 2010)

- Vuelo 5428 de la Aerolínea Sol (mayo 2011)
- 0 de la Estación de Once (febrero 2012)
- Inundaciones en la ciudad de Lujan (2013-2014)

✚ **PSICOLOGA SOCIAL IRENE TOZZOLA:** Forma parte también del equipo EPS e intervino en situaciones como:

- Caída del avión DC 9 Austral
- Inundaciones en el Litoral
- Tragedia en el aeroparque de la CABA. Vuelo 3142 de LAPA
- Micro que se desbarranca en un precipicio de Catamarca
- Caída de un puente colgante en Chubut con alumnos de una escuela de Merlo. Prov. de Buenos Aires
- Tragedia de Cromañón
- Fatal accidente de micro con alumnos del colegio Ecos
- Tragedia en la estación de Once
- Choque de trenes en Castelar
- Inundaciones reiteradas en Luján.

✚ **PH. DANIEL BENVENISTE:** Residente de Bellevue, Washington, EEUU. Ha tenido la oportunidad de trabajar durante 9 años en una clínica de emergencias psiquiátricas en San Francisco, California. Además, intervino en una grave inundación que se desarrolló en 1991 en Venezuela.

VI. 2. Instrumentos utilizados.

Con el fin de recolectar información, se recurrió a la entrevista como instrumento de investigación.

A través de ella, se recabaron valiosos datos acerca de las experiencias vividas por parte de los participantes de la muestra, los requisitos necesarios para que el psicólogo como agente de salud pueda intervenir en crisis como así también los pasos a seguir para llevar a cabo dicha intervención. Se elaboró una guía de preguntas que surgieron a partir de la información extraída del marco teórico.

La entrevista quedó organizada de la siguiente manera:

GUIA DE PREGUNTAS.

- 1) ¿Qué título universitario posee? Número de matrícula.
- 2) ¿Posee algún otro título?
- 3) ¿Ha tenido la posibilidad de intervenir en alguna situación de desastre o catástrofe? Si es así ¿cómo ha sido esa experiencia? ¿Podría relatar algún hecho en particular?
- 4) ¿Qué tipo de conocimientos se requieren para intervenir en situaciones de desastre o catástrofes?
- 5) ¿Ha realizado algún tipo de Post grado/ curso/ capacitación sobre el tema? Si es así podría comentarme acerca del mismo.
- 6) ¿Cómo definiría a la Psicología de Emergencia? ¿Dentro de que área de la Psicología General la ubicaría (educacional, laboral, comunitaria, social, clínica, jurídica)?
- 7) ¿Se le exige algún tipo de conocimiento para poder intervenir en situaciones de desastre o catástrofe?
- 8) ¿Qué tipo de técnicas psicológicas se emplean durante la intervención en crisis?
- 9) ¿Qué tipo de reacciones experimentan las personas durante la misma?
- 10) Desde su propia experiencia en el ámbito de emergencia psicosocial, ¿Existe alguna diferencia entre una intervención en crisis durante una situación de desastre y una intervención en una situación de catástrofe?
- 11) ¿Se sigue algún tipo de protocolo, o ciertos pasos para intervenir en crisis? Si es así podría hablarme del mismo.
- 12) ¿Se trabaja de manera interdisciplinaria? Si es así, ¿en compañía de que profesionales trabaja Ud?
- 13) ¿Pertenece a algún grupo de rescate o asociación sin fines de lucro o grupo de defensa civil?, Si es así, ¿cómo hizo para formar parte del mismo?
- 14) Según su experiencia ¿qué características/habilidades/rasgos debe poseer un psicólogo que se dedique a intervenir en este tipo de situaciones?
- 15) ¿Conoce a otro psicólogo/a que haya podido intervenir en crisis? Si es así, ¿Podría habilitar un mail de contacto para una futura entrevista con el mismo?

VI. 3. Procedimiento.

Se rastreó a los profesionales entrevistados a través de internet, tarea que demandó un tiempo considerable. Luego, se les hizo las preguntas anteriormente descritas, las cuales fueron contestadas en forma clara y concisa. Se reunieron todas las entrevistas y se llevó a cabo el análisis correspondiente de las mismas.

CAPITULO VII:

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.

Se analizó cada entrevista tomando como punto de partida cada una de las preguntas realizadas a los sujetos de la muestra. Los tópicos marcados por las preguntas fueron utilizados como categorías de análisis. Se definieron 11 categorías, a saber:

1. **Categoría 1: Intervención en crisis:** El objetivo principal es indagar acerca de la experiencia de intervenir en una situación de desastre o catástrofe. Descubrir cuáles son las características o rasgos de este tipo de intervenciones.
2. **Categoría 2: Experiencias en el ámbito de la crisis:** Conocer el contexto de la crisis, reconocer que elementos constituyen el trabajo en crisis.
3. **Categoría 3: Conocimientos teóricos – prácticos:** Indagar acerca de los conocimientos teóricos – prácticos que se requieren para intervenir en este tipo de situaciones críticas.
4. **Categoría 4: Posgrado/curso/capacitación:** El principal objetivo es vislumbrar cuáles son los posgrados/cursos o qué tipo de capacitación se requiere para intervenir en crisis.
5. **Categoría 5: Psicología de emergencia:** Aportar una definición de Psicología de Emergencia partiendo de la experiencia de los operadores psicosociales que intervienen en emergencia.

6. **Categoría 6: Técnicas y objetivos:** Describir los principales objetivos y técnicas utilizadas durante y luego, de la situación crítica.
7. **Categoría 7: Reacciones individuales generales:** Reconocer las principales reacciones que se manifiestan en los sujetos víctimas directas e indirectas del suceso traumático.
8. **Categoría 8: Diferencia entre situación de desastre y situación de catástrofe:** Indagar acerca de la existencia de diferencias entre intervenir en una situación de desastre y una situación de catástrofe.
9. **Categoría 9: Protocolo de actuación:** Indagar sobre la existencia de algún tipo de modelo de actuación para intervenir en crisis.
10. **Categoría 10: Modalidad Interdisciplinaria:** Dilucidar si se trata de un tipo de trabajo individual o bien se trata de un trabajo interdisciplinario, saber si la labor de intervenir en crisis se realiza mediante el interjuego de diferentes disciplinas.
11. **Categoría 11: Características, rasgos, habilidades del psicólogo:** Reconocer que características debería poseer un agente de salud mental interesado en la intervención en crisis.

VII. 1. Análisis categorial.

A continuación, se transcriben ciertas frases de los profesionales entrevistados, para luego elaborar el análisis correspondiente a cada una de las categorías.

1) ¿Ha tenido la posibilidad de intervenir en alguna situación de desastre o catástrofe? Si es así ¿cómo ha sido esa experiencia?	
Entrevistado	Unidades de análisis
Silvia	<p>“Todas las intervenciones fueron muy fuertes”.</p> <p>“Acompañar a personas en estado de shock ante un hecho inesperado, no es tarea sencilla”.</p> <p>“Ayudarlas hace que se establezca un vínculo tan fuerte que nos fortalece”.</p> <p>“Nos llevamos más de ellas de lo que brindamos”.</p>
Carlos	<p>“Somos más de 100 integrantes capacitados y entrenados para la intervención de contención emocional y primeros auxilios psicológicos en el lugar de la emergencia”.</p>
Daniel	<p>“Colabore para brindar ayuda a los damnificados”.</p>

Categoría 1: Intervención en crisis.

La intervención en crisis se describe como una tarea difícil de llevar a cabo, porque conlleva una gran carga emotiva, de impronta emocional fuerte. Como se puede observar en las frases de los profesionales, es un proceso en el que se brinda ayuda a personas que se encuentran en una situación de pérdida, de shock emocional. En donde el “consultorio” es el

lugar del hecho traumático, se trabaja in situ, con la realidad en “crudo”, esta característica la hace aún más única y específica.

2) ¿Podría relatar algún hecho en particular?	
Entrevistado	Unidades de análisis
Silvia	<p>“La que más me pegó fue cromañón. Porque eran muchos fallecidos y muchos padres sin sus hijos”.</p> <p>“Seguramente porque me identifiqué, por mi rol de madre, con el inmenso dolor que padecían ante una pérdida tan enorme y de semejante magnitud”.</p>
Silvia Liliana	<p>“Viajamos a Paraguay cuando ocurrió el incendio del hipermercado Ycua-Bolaños”.</p> <p>“Fuimos convocados por una Organización llamada C.E.P.A”.</p> <p>“Nuestra intervención fue solicitada por el capitán (bomberos) que decía que sus muchachos se estaban derrumbando”.</p> <p>“Eran bomberos muy jóvenes, les preocupaba saber si les quedarían secuelas”.</p> <p>“Su mayor angustia pasaba por las terribles escenas que habían presenciado”.</p> <p>“Manifestaban miedo a las preguntas del afuera”.</p> <p>“Cómo responder sin entrar en detalles”.</p> <p>“Cuatro días después del incendio ninguno de los bomberos había regresado a casa”.</p>
Carlos	<p>“Inundación en la Plata”.</p> <p>“Solidaridad entre vecinos, constantes donaciones de alimento y abrigo”.</p> <p>“Cuando el agua se retiró y los evacuados se reencontraban con el desastre que había invadido sus hogares”.</p> <p>“Se vivieron intensas escenas de dolor y angustia”.</p>
Daniel	<p>“Trabaje en el manejo de la crisis de la inundación venezolana en 1999”.</p>

	<p>“El país sufrió una inundación de tal magnitud que mató entre 5 y 7 mil personas”.</p> <p>“Sociedad Civil se organizó de manera voluntaria y masiva”.</p> <p>“Colaboré en la organización de albergues y con tratamiento directo a las personas traumatizadas”.</p>
--	--

Categoría 2: Experiencias en el ámbito de la crisis.

A través del relato de las experiencias vividas por los entrevistados, se puede apreciar que las intervenciones se llevan a cabo en diferentes contextos (inundaciones, incendios, etc). Y que muchas veces la tarea del psicólogo no es solo atender y contener a la víctima directa del suceso sino que además, llevan tareas de contención a víctimas indirectas (padres, familiares, amigos, vecinos, etc) como así también, actividades de organización. Rescato como importante la identificación que muchas veces se produce entre el psicólogo y la víctima, lo cual lleva consigo un gran trabajo por parte del profesional de la salud.

3) ¿Qué tipo de conocimientos se requieren para intervenir en situaciones de desastre o catástrofes?	
Entrevistado	Unidades de análisis
Silvia	<p>“Vocación para la ayuda”.</p> <p>“Aprendizaje que incorpore elementos de sensibilización, percepción y capacitación”.</p> <p>“Entrenamiento en simulacros”.</p>
Silvia Liliana	<p>“Capacitación y entrenamiento en forma permanente”.</p> <p>“Entrenamiento para preparar al profesional para responder y controlar adecuadamente su respuesta”.</p>
Irene	<p>“Seminario teórico - práctico”.</p> <p>“Estar capacitado en metodología de la intervención en crisis”.</p>
Carlos	“Conocimientos en Psicología, Psicología

	Social”. “Técnicas psicodramáticas y gestálticas”.
Daniel	“Ideas básicas sobre trauma e intervención desde la perspectiva psicoanalítica”. “Teoría básica psicoanalítica”.

Categoría 3: Conocimientos teóricos – prácticos.

Se hace mucho énfasis en el entrenamiento y en la capacitación continua. Es importante poseer conocimientos en Psicología Social, cuáles son sus implicancias, que rol cumple el psicólogo social. Además, de lo teórico, se debe entrenar la percepción. Los expertos entrevistados hacen mucho hincapié en esta auto-herramienta.

4) ¿Qué tipo de conocimientos se requieren para intervenir en situaciones de desastre o catástrofes?	
Entrevistado	Unidades de análisis
Silvia	“Seminario de capacitación y actualización dictados por participantes del equipo de EPS”. “Curso salud mental en la Gestión Integral de desastres”. “Curso Factores humanos en la emergencia”. “Taller de capacitación y practica en gestión de las emergencias”.
Irene	“Seminarios orientados a egresados de Psicología Social, estudiantes avanzados, psicólogos y profesionales de la salud”.
Carlos	“Destaco la necesidad no solo de la capacitación y aprendizaje con teorías y prácticas, sino también todo lo que aporta el arte para el logro eficaz de percibir y comunicar emociones”.
Daniel	“Adquirir conocimientos a partir del trabajo en una clínica psiquiátrica”. “Trabajando en profundidad y a corto plazo para manejar la situación efectiva-

	mente”
--	--------

Categoría 4: Posgrado/curso/capacitación.

El hincapié en este caso está dirigido al aporte teórico que realizan los seminarios sobre la temática, y los talleres que brinda la asociación EPS, obviamente sesgado porque la mayoría de los expertos pertenecen a dicha asociación. Indudablemente estar unidos, no solo en la tarea sino en la formación, es una fortaleza para estos expertos bastante escasos en el ámbito de la salud mental. Además, entender que los conocimientos más ricos son los que suma la experiencia en el ámbito laboral.

5) ¿Cómo definiría a la Psicología de Emergencia? ¿Dentro de que área de la Psicología General la ubicaría (educacional, laboral, comunitaria, social, clínica, jurídica)?.	
Entrevistado	Unidades de análisis
Silvia	“Rama de la Psicología”. “Orientada al estudio de las reacciones de los individuos y grupos humanos”. “En el antes, durante y después de una situación de emergencia”. “Se relaciona con la psicología clínica, social y educacional”.
Irene	“Rama de la Psicología Social”. “Asistencia psicológica de las personas”. “Personas impactadas por un shock emocional traumático”. “Objetivo principal: disminuir el monto de las ansiedades elaborar situación actual o desencadenante, recuperar el equilibrio emocional y prevenir daño psico traumático”.
Carlos	“Dentro de la Psicología General, como psicología social y comunitaria”.
Daniel	“Clínica y comunitaria”. “La meta es ayudar al paciente a ajustarse a su nueva realidad”. “Ayudar a que el paciente lidie con su trauma”.

	<p>“Devolverle al paciente su nivel anterior de su funcionamiento”.</p> <p>“Ayudarle a que pueda ordenar y reconocer sus sentimientos asociados”.</p> <p>“Ayudarle a resolver problemas prácticos e inmediatos”.</p>
--	--

Categoría 5: Psicología de emergencia.

La definición de psicología de emergencia se basa en los principios básicos de ayudar psicológicamente a una persona que se encuentra en estado de shock. Esta rama de la ciencia pertenece al campo de lo social, lo comunitario y lo clínico. Su objetivo principal consistiría en prevenir graves secuelas, como consecuencia de un hecho traumático. El énfasis se coloca en el entender las reacciones individuales del sujeto.

6) ¿Qué tipo de técnicas psicológicas se emplean durante la intervención en crisis?	
Entrevistado	Unidades de análisis
Silvia	<p>“Tranquilizarlo haciéndole saber que se trata de una reacción transitoria”.</p> <p>“Todas las reacciones son normales e inevitables”.</p> <p>“Escucha empática, sin pronunciar juicios de valor”.</p> <p>“Permitir el desahogo emocional”.</p> <p>“Respetar el silencio e intimidad”.</p> <p>“Activar recursos internos”.</p>
Irene	“Técnicas instrumentales como la disociación y asunción del rol”.
Carlos	“Como técnicas sugiero las que se plantean en mi libro. Algunas de ellas: Disociación instrumental, nombrar a la persona, distancia estética, abreacción, el silencio, técnica paradojal, unidad temática”.

Daniel	“Establecer prioridades”. “Pensar claramente”. “Ser flexibles”. “Cuidar de sí mismo”.
Silvia Liliana	“Favorecer la liberación de la tensión emocional”. “Permitir que la persona hable y exprese sus emociones”. “Activar recursos externos (familia, vecinos, amigos)”. “Asegurarle que se encuentra a salvo”. “Escucharlo y tranquilizar sus miedos”.

Categoría 6: Técnicas y objetivos.

El objetivo principal es poder ayudar a que la persona se desahogue emocionalmente, haciéndole saber que sus reacciones son normales para el momento anormal que está viviendo. Entender que lo primordial es organizar bien los pasos a seguir en el trata a la víctima ya sea directa o indirecta. No esbozar juicios de valor, escuchar atentamente al sujeto y por sobre todo es empatizar con el dolor del otro.

7) ¿Qué tipo de reacciones experimentan las personas durante la misma?	
Entrevistado	Unidades de análisis
Silvia	“La persona se encuentra en shock emocional”. “Angustia, bronca, impotencia, mucho dolor”.
Irene	“Depende de la distancia emocional de la persona”. “Puede estar hiperdistanciada: por lo que presenta una negación con racionalización del conflicto”. “Hipodistanciada, cercana a la situación que le impide darse cuenta del hecho e imposibilidad de pensar”.
Carlos	“La persona se encuentra dentro de una

	<p>crisis emocional”.</p> <p>“Las personas que las sufren manifiestan conductas alteradas”.</p> <p>“Conductas alteradas, pero normales para el hecho anormal”.</p> <p>“La persona corre riesgo de despersonalizarse”.</p> <p>“Perder su autoestima e incluso la identidad”.</p> <p>“La persona expresa dolor, pena y pánico”.</p>
Silvia Liliana	<p>“Disminuye su capacidad de reacción”.</p> <p>“Desconcierta a quien la padece”.</p>
Daniel	<p>“Intenso miedo, impotencia, y horror”.</p> <p>“Ausencia de emociones”.</p> <p>“Sentimiento de desconexión”.</p> <p>“Reducción del reconocimiento de ambientes, sentido de irrealidad o amnesia”.</p> <p>“Ansiosas, excitables, agitadas, desesperadas, irritables, o desesperadas”.</p> <p>“Sentimientos de culpa por haber sobrevivido”.</p>

Categoría 7: Reacciones individuales generales.

Las reacciones generales más marcadas son: miedo, impotencia, desconexión emocional, sentimientos de culpa, emociones como irritación, angustia, dolor, pena, pánico. El énfasis puesto en la distancia emocional: personas hiperdistanciadas del hecho y personas hipodistanciadas.

8) Desde su propia experiencia en el ámbito de emergencia psicosocial, ¿Existe alguna diferencia entre una intervención en crisis durante una situación de desastre y una intervención en una situación de catástrofe?	
Entrevistado	Unidades de análisis
Silvia	<p>“Todos son acontecimientos que precisan una pronta ejecución”.</p> <p>“Todas son situaciones de emergencia”.</p> <p>“Todas tienen un efecto negativo en el sistema”.</p>

	<p>“Son sucesos graves, repentinos, peligrosos”.</p> <p>“Causan pérdidas de vidas y bienes materiales”.</p>
Irene	<p>“Las diferencias en las intervenciones están más relacionadas con la particularidad de las personas que con la causa de la misma”.</p>
Carlos	<p>“No hay diferencia”.</p> <p>“Las diferencias son de carácter instrumental de metodología respecto a los organismos intervenciones”.</p>
Daniel	<p>“No hay diferencia alguna. La diferencia en la intervención la marca el paciente”.</p>

Categoría 8: Diferencia entre situación de desastre y situación de catástrofe.

Se hace hincapié en que la diferencia no está marcada por la causa del suceso sino más bien es demarcada por cada sujeto, por cada víctima. Es ella quien marca la diferencia, la marca con sus necesidades, con sus reacciones, con su apertura a la ayuda. Por otro lado, la diferencia podría radicar en los organismos que intervienen en cada una de estas situaciones.

9) ¿Se sigue algún tipo de protocolo, o ciertos pasos para intervenir en crisis? Si es así podría hablarme del mismo.	
Entrevistado	Unidades de análisis
Silvia	<p>“Desde el EPS se trabaja con 4 etapas: Encuentro, Catarsis, Verbalización y Proyecto”.</p>
Irene	<p>“Tenemos una metodología que no es lineal sino que se ajusta a las necesidades de la persona asistida, con sus propios</p>

	tiempos”.
Daniel	“Yo no seguí un protocolo estricto”. “Pero considero que si existen ciertas pautas como que los consejeros deben cuidar de sí mismos, buscar supervisión entre sí de forma continua, trabajar en colaboración, ser flexibles, planificar y anticipar”.

Categoría 9: Protocolo de actuación.

Desde el EPS siguen un protocolo de cuatro pasos: Encuentro, catarsis, verbalización y proyecto, los tiempos de cada uno de estos pasos los marca la víctima.

10) ¿Se trabaja de manera interdisciplinaria? Si es así, ¿en compañía de que profesionales trabaja Ud.?	
Entrevistado	Unidades de análisis
Silvia	“Trabajamos con otros profesionales que se han especializado en emergencia”. “Médicos, enfermeros, integrantes de primer respuesta (militares, policías, brigadistas de la cruz roja, de defensa civil, bomberos)”.
Irene	“Se trabaja multidisciplinariamente”. “Con profesionales de salud, médicos, enfermeros, auxiliares”.
Carlos	“Se trabaja con el SAME, personal de defensa civil, bomberos, rescatistas”.
Daniel	“Trabaje con psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, policía y miembros de la comunidad”.

Categoría 10: Modalidad Interdisciplinaria.

La modalidad de trabajo es interdisciplinaria. Los entrevistados consideran que es de vital importancia el trabajo en equipo, la colaboración conjunta no solo con profesionales de la salud, sino también con bomberos, defensa civil, policías, etc.

11) Según su experiencia ¿qué características/habilidades/rasgos debe poseer un psicólogo que se dedique a intervenir en este tipo de situaciones?	
Entrevistado	Unidades de análisis
Silvia	“Gran vocación para la ayuda”. “Actitud contenedora, sensibilidad y resonar con el dolor del otro”.
Irene	“Formación necesaria, disponibilidad emocional, horaria y saber trabajar en equipo”.
Carlos	“Gran vocación para la ayuda y una profunda actitud reparadora”.
Daniel	“Pensamiento crítico, pensamiento clínico”. “Flexibilidad y actitud abierta”.

Categoría 11: Características, rasgos, habilidades del psicólogo.

Los rasgos o características principales del psicólogo que interviene en crisis serían: la flexibilidad, pensamiento crítico, actitud abierta, gran vocación para la ayuda, y una profunda actitud reparadora. La capacidad de resonar con el dolor del otro, que podría traducirse en la necesidad de que el psicólogo pueda empatizar con el otro.

Conclusiones.

El presente trabajo logró dar respuesta a los objetivos principales que fueron planteados en la introducción. Por un lado, se buscaba profundizar acerca del conocimiento de la Psicología de la Emergencia como un espacio de ejercicio profesional que emerge cada vez con más fuerza. Y en consecuencia, realizar un aporte al rol del psicólogo en situaciones de catástrofes y desastres.

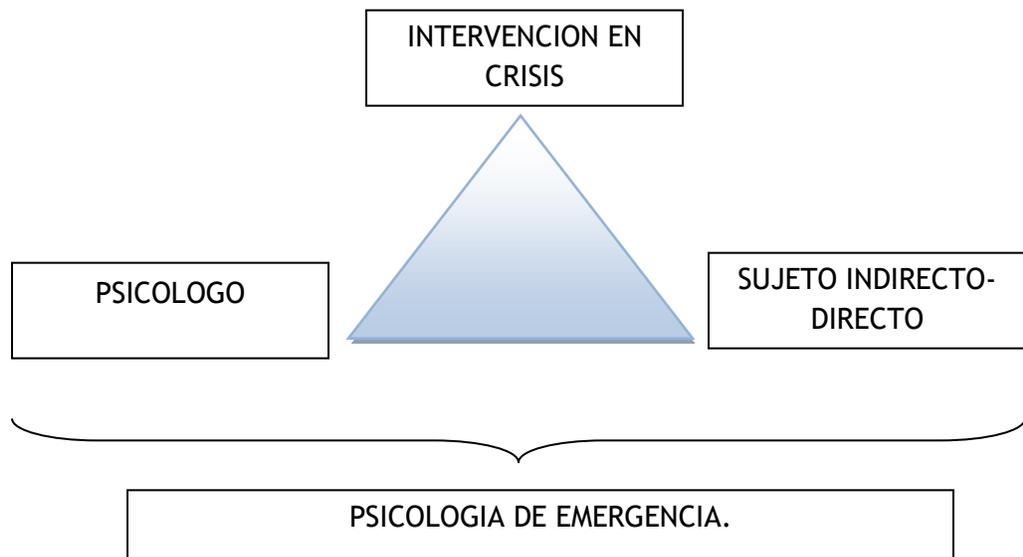


Con esta finalidad, se realizó un abordaje amplio de la temática, recabando información a través de diversas fuentes bibliográficas y experiencias vitales, a través de los relatos realizados por los profesionales de la salud mental que intervienen en este tipo de situaciones.

Lo llamativo es que todos los expertos que participaron de la investigación, por cumplir la condición de haber trabajado en situaciones de emergencia y catástrofe, ninguno posee el título de psicólogo, sino que son Psicólogos sociales (de la escuela de Pichón Riviere) y psiquiatra. Lo cual confirma aún más la necesidad de la preparación del psicólogo como parte del equipo de salud que puede aportar su saber específico y manejo de técnicas para el trabajo con trauma, duelo y lidiar con los procesos de angustia y desesperación propios de la situación, haciendo uso de las competencias actitudinales desarrolladas durante su formación académica.

A partir del análisis de las entrevistas se encontraron 3 ejes ligados a la Psicología de emergencia:

- ✚ El psicólogo,
- ✚ La acción que realiza: intervención en crisis y
- ✚ El sujeto de la crisis.



A través del análisis categorial realizado en el capítulo anterior, y los datos aportados por el marco teórico, se obtuvieron las siguientes reflexiones acerca del problema de investigación planteado.

La Psicología de Emergencia se encuadraría dentro de la Psicología Social y Comunitaria. La misma estaría orientada al estudio de las reacciones de los individuos y grupos humanos antes, durante y después de una crisis. Tal y como lo afirmaba Marín Uribe (2002, citado en Marín Uribe, 2010, pág. 2):

"Es el estudio del comportamiento humano antes, durante y después de situaciones de

emergencia, vale decir, ante situaciones que ocurren sin que nadie lo espere”.

Ayudar a que la persona pueda ajustarse a su nueva realidad, lidie con su trauma y pueda ordenar y reconocer sus sentimientos asociados al mismo. Según Hernández (2011), su finalidad es que el que sufre no solo logre el nivel de funcionamiento que tenía antes de la pérdida, sino que se trascienda a sí mismo y busque el sentido de su vida sin aquello que ya no tiene.

Su objetivo principal es disminuir el monto de las ansiedades para poder elaborar su situación actual o desencadenante y así recuperar el equilibrio emocional y prevenir daño post-traumático.



Sica (2013), concuerda con lo planteado anteriormente, afirmando que el propósito de toda intervención es evitar futuras crisis psicológicas, que una vez producidas requieren de un tratamiento más agudo.

Con respecto al psicólogo que desee desempeñarse en esta área deberá tener en cuenta principalmente que el contexto en donde realizará el trabajo será el lugar de la crisis, es decir el contexto de la catástrofe o del desastre.

Al respecto de esto Sica (2013, pág. 14), se plantea que la intervención se realiza *in situ*, es decir en el lugar de la emergencia, en prevención de aparición de futuras crisis psicológicas, lo más pronto posible y durante el tiempo que sea necesario.

En consecuencia a esta condición, la intervención debe ser pensada desde la practicidad utilizando para ello un pensamiento flexible, crítico, capaz de anticipar y planificar acciones que permitan prevenir la aparición de graves secuelas post-traumáticas.

Entender que deberá trabajar en equipo, no solo con médicos o psiquiatras, sino también con miembros de Defensa Civil, bomberos, policías, grupos de rescate, miembros de la comunidad, etc. comprendiendo que cada parte interviniente en el proceso de crisis es importante y tiene una función particular que aporta y enriquece la labor del profesional psicólogo.



Con respecto a esto Vera (2001, citado por Galimberti, 2011)

- ✚ Equilibrio emocional.
- ✚ Capacidad de autocontrol.
- ✚ Resistencia a la fatiga psicológica y física.
- ✚ Habilidades sociales: empatía, comprensión, escucha.
- ✚ Capacidad de adaptación y flexibilidad.
- ✚ Disposición para trabajar en equipo.
- ✚ Tolerancia a la frustración.
- ✚ Capacidad de toma de decisiones en situaciones de presión y estrés elevado.
- ✚ Capacidad de evaluación y planificación.
- ✚ Disciplina y responsabilidad.

Además de los conocimientos teóricos que se describen en las entrevistas (seminarios, capacitaciones, cursos, etc), el psicólogo debe poseer una gran vocación de servicio al otro, estar dispuesto a capacitarse y entrenar la percepción y sensibilización.

Como todo profesional de la salud mental deberá utilizar como principal recurso defensivo la disociación instrumental, la cual le permitirá poder empatizar con la/las víctima/s, de esa forma “resonar” con el otro, entendiendo su dolor y su estado emocional. A su vez, poder separarse del contexto para planificar estrategias y acciones concretas que faciliten el acompañamiento y contención del sujeto.



Moffat (2007, pág. 80) afirma que la Disociación Instrumental es el momento en el que un psicólogo se pregunta: “¿Qué hago ahora?, ¿qué estrategias utilizo?, ¿lo abrazo o no lo abrazo?, ¿está muy regresado?, ¿está es una depresión aguda con riesgo de suicidio?, ¿es una histeria pasajera?...”. (...) En ese momento es muy importante aplicar una distancia científica. Este periodo de tiempo, queda traducido en una sola frase “Corazón caliente para entender, y cabeza fría para operar”. Es un trabajo agotador, porque hay que hacer un movimiento para entrar y otro para salir, meterse para entender y salir para operar, dos operaciones opuestas. Primero uno se conmueve y después se disocia”.

Tener en cuenta que en este contexto más que en cualquier otro, es importante el respeto por el silencio de la persona, ante la pérdida de su casa, de un ser querido, ante la desesperación de ver como todos sus sueños se disuelven frente a ella.

Las tareas que el psicólogo ejecutará dependerán en gran medida de las circunstancias y de las necesidades de la/s víctima/s directas al hecho como indirectas al mismo.

En consecuencia, las mismas irán desde organizar albergues, acompañar en el reconocimiento de cadáveres, como así también ayudar en la búsqueda de personas que no hayan podido ser encontradas por sus familiares en albergues, hospitales, etc.

Dentro del contexto de la crisis, el psicólogo se encontrará con un sujeto en estado de shock, el cual puede encontrarse hiperdistanciado del hecho y así negar la situación, o bien estar sumergida en el hecho (hipodistanciado) y de esta forma mostrarse muy angustiada, desesperada, ansiosa.

Por ello, la tarea no es sencilla, se tendrá que trabajar con muchísima prudencia, cuidando la cercanía corporal, y prestando especial atención a las necesidades de la víctima.

La persona manifestará conductas normales dentro de un contexto anormal, es decir que la bronca, la ira, la impotencia, los gritos, el llanto y hasta golpes, son conductas que pueden observarse dentro de este tipo de contextos, y en consecuencia deberán tenerse en cuenta a la hora de intervenir en crisis.

Para Sica (2013), la persona manifiesta una crisis emocional. En ellas la causa y el desequilibrio emocional está a la vista. Las personas que las sufren manifiestan conductas alteradas, pero diremos que esas conductas alteradas o anormales, son normales ante un hecho anormal.

La intervención en crisis ha sido definida por Slakieu (1994, citado por Hernández 2011) como un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de efectos negativos como daños físicos o emocionales se aminore y la probabilidad de crecimiento se incremente.

Los miembros del EPS utilizan ciertos pasos para intervenir en crisis: Encuentro – Catarsis –Verbalización – Proyecto. Las cuales han sido descritas dentro del marco teórico.

La metodología no es lineal, se gestiona en forma espiralada y atendiendo a las necesidades de la persona víctima del suceso o de sus víctimas indirectas al mismo.

Dentro del proceso de la intervención el psicólogo deberá cuidar de sí mismo, preservar su salud física y mental, respetando los tiempos de relevo y alimentándose debidamente.

Como podemos observar en el relato de las entrevistas se tratan de intervenciones que duran a veces muchas horas y otras veces muchos días, por lo tanto es necesario cuidarse y supervisarse mutuamente.

También es importante remarcar que no existiría una diferencia en cuanto al protocolo de intervención, cuando se interviene en un desastre o catástrofe. La diferencia en la metodología estaría sostenida por las necesidades y características de la víctima.

Ambas circunstancias son destructivas, dañan a la persona, generan pérdidas materiales, afectivas y humanas, por lo tanto el centro de atención no es el origen que las produjo sino la víctima que padece sus consecuencias.

Finalmente, entender que los aportes que en este trabajo se brindan buscan enriquecer y empoderar al psicólogo, entendiendo que se debe trabajar desde lo psico-preventivo.

Comprender que la mejor manera de que las secuelas no sean graves y duraderas, es delimitar un protocolo de actuación que nos permita prevenir y promocionar la salud mental a través de simulacros, capacitaciones permanentes y búsqueda de nuevos horizontes en cuanto a conocimientos teóricos y prácticos.

Recordar que Mendoza es una provincia sísmica, y que ha sido víctima de terremotos, como así también de fuertes vientos "zonda", o las sequias que amenazan cada verano a la población en general. Como así saber y ser conscientes de que nadie está exento de grandes accidentes automovilísticos que se llevan vidas y dejan familias destrozadas. En consecuencia, es necesario tener en cuenta estos aspectos y actuar en consecuencia desde la PREVENCIÓN y la concientización.

ANEXO

GUIA DE PREGUNTAS.

- 1) ¿Qué título universitario posee? Número de matrícula.
- 2) ¿Posee algún otro título?
- 3) ¿Ha tenido la posibilidad de intervenir en alguna situación de desastre o catástrofe? Si es así ¿cómo ha sido esa experiencia? ¿Podría relatar algún hecho en particular?
- 4) ¿Qué tipo de conocimientos se requieren para intervenir en situaciones de desastre o catástrofes?
- 5) ¿Ha realizado algún tipo de Post grado/ curso/ capacitación sobre el tema? Si es así podría comentarme acerca del mismo.
- 6) ¿Cómo definiría a la Psicología de Emergencia? ¿Dentro de que área de la Psicología General la ubicaría (educacional, laboral, comunitaria, social, clínica, jurídica)?.
- 7) ¿Se le exige algún tipo de conocimiento para poder intervenir en situaciones de desastre o catástrofe?
- 8) ¿Qué tipo de técnicas psicológicas se emplean durante la intervención en crisis?
- 9) ¿Qué tipo de reacciones experimentan las personas durante la misma?
- 10) Desde su propia experiencia en el ámbito de emergencia psicosocial, ¿Existe alguna diferencia entre una intervención en crisis durante una situación de desastre y una intervención en una situación de catástrofe?
- 11) ¿Se sigue algún tipo de protocolo, o ciertos pasos para intervenir en crisis? Si es así podría hablarme del mismo.
- 12) ¿Se trabaja de manera interdisciplinaria? Si es así, ¿en compañía de que profesionales trabaja Ud.?
- 13) ¿Pertenece a algún grupo de rescate o asociación sin fines de lucro o grupo de defensa civil?, Si es así, ¿cómo hizo para formar parte del mismo?
- 14) Según su experiencia ¿qué características/habilidades/rasgos debe poseer un psicólogo que se dedique a intervenir en este tipo de situaciones?
- 15) ¿Conoce a otro psicólogo/a que haya podido intervenir en crisis? Si es así, ¿Podría habilitar un mail de contacto para una futura entrevista con el mismo?

TESINA: PSICOLOGIA DE LA EMERGENCIA: INTERVENCION DEL PSICOLOGO EN SITUACION DE DESASTRE Y CATASTROFE.

Nombre Completo del experto: Daniel Benveniste, Ph.D.

Lugar de residencia: Bellevue, Washington, EEUU

Entendiendo que desastre se relaciona con la mano del hombre y la catástrofe con la naturaleza:

1) ¿Qué título universitario posee? Número de matrícula.

PH.D.

2) ¿Posee algún otro título?

B.A. y M.S.

3) ¿Ha tenido la posibilidad de intervenir en alguna situación de desastre o catástrofe? Si es así ¿cómo ha sido esa experiencia?¿Podría relatar algún hecho en particular?

Si, trabaje nueve años en una clínica de emergencia psiquiátrica en San Francisco, California y trabaje en el manejo de la crisis de la inundación venezolana de 1999. Si trabaje 9 años en una clínica de emergencias psiquiátricas en San Francisco, California y trabaje en el manejo de la crisis de la inundación venezolana de 1999.

En Venezuela en Diciembre de 1999, después de copiosas lluvias ininterrumpidas, el país sufrió una inundación de tal magnitud que mato entre cinco y siete mil personas, según la versión oficial de Defensa Civil y entre 10 y 25 mil personas según versión extra oficial, dejando además cientos de miles de personas traumatizadas y sin hogar.

La Sociedad Civil en todo el país se organizó de manera voluntaria y masiva para brindar su ayuda a los damnificados; en particular concentrando su especial atención en refugios y albergues. Los psicólogos colaboramos con la organización de los albergues y con el tratamiento directo de psicoterapia a las personas traumatizadas por el desastre.

4) ¿Qué tipo de conocimientos se requieren para intervenir en situaciones de desastre o catástrofes?

Las ideas básicas de trauma e intervención de la perspectiva psicoanalítica.

5) ¿Ha realizado algún tipo de Post grado/ curso/ capacitación sobre el tema? Si es así podría comentarme acerca del mismo.

Trabaje en una clínica de emergencia psiquiátrica donde recibí asignaturas y experiencia en pensando y trabajando con profundidad y trabajando en corto plazo para manejar la situación efectivamente.

6) ¿Cómo definiría a la Psicología de Emergencia?. ¿Dentro de que área de la Psicología General la ubicaría (educacional, laboral, comunitaria, social, clínica, jurídica)?.

Clínica y comunitaria. La Psicología de emergencia tiene como meta ayudar al paciente a ajustarse a su nueva realidad. Ayudar a que el paciente lidie con su trauma. Devolverle al paciente su nivel anterior de su funcionamiento. Ayudarle a que pueda ordenar y reconocer sus sentimientos asociados. Ayudarle a resolver problemas prácticos e inmediatos.

7) ¿Se le exige algún tipo de conocimiento para poder intervenir en situaciones de desastre o catástrofe?

Teoría básica psicoanalítica y una posibilidad pensar y trabajar flexiblemente.

8) ¿Qué tipo de técnicas psicológicas se emplean durante la intervención en crisis?

El operador debe establecer prioridades, pensar claramente, cuidar de sí mismos y ser flexibles.

9) ¿Qué tipo de reacciones experimentan las personas durante la misma?

Las personas reaccionan con intenso miedo, impotencia, y horror. Ausencia de emociones. Sentimiento de desconexión. Reducción del reconocimiento de ambientes, sentido de irrealidad o amnesia. Ansiosas, excitables, agitadas, desesperadas, irritables, o desesperadas. Sentimientos de culpa por haber sobrevivido.

10) Desde su propia experiencia en el ámbito de emergencia psicosocial, ¿Existe alguna diferencia entre una intervención en crisis durante una situación de desastre y una intervención en una situación de catástrofe?

No hay diferencia alguna, la diferencia la marca la persona víctima.

11) ¿Se sigue algún tipo de protocolo, o ciertos pasos para intervenir en crisis? Si es así podría hablarme del mismo.

No yo no seguí un protocolo estricto. Pero considero que si existen ciertas pautas como que los consejeros deben cuidar de sí mismos, buscar supervisión entre sí de forma continua, trabajar en colaboración, ser flexibles, planificar y anticipar.

12) ¿Se trabaja de manera interdisciplinaria? Si es así, ¿en compañía de que profesionales trabaja Ud.?

Absolutamente. Yo trabaje con psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, psiquiátricas, policía y otros miembros de la comunidad que están en el lugar del desastre.

13) ¿Pertenece a algún grupo de rescate o asociación sin fines de lucro o grupo de defensa civil?, Si es así, ¿cómo hizo para formar parte del mismo?

No.

14) Según su experiencia ¿qué características/habilidades/rasgos debe poseer un psicólogo que se dedique a intervenir en este tipo de situaciones?

Pensamiento crítico, pensamiento clínico, flexibilidad, una actitud abierta.

15) ¿Conoce a otro psicólogo/a que haya podido intervenir en crisis? Si es así, ¿Podría habilitar un mail de contacto para una futura entrevista con el mismo?

No. No estoy trabajando tanto en este campo por ahora.

¡Suerte con su trabajo!

Saludos, Daniel Benveniste

PREGUNTAS A EXPERTOS.

TESINA: PSICOLOGIA DE LA EMERGENCIA: INTERVENCION DEL PSICOLOGO EN SITUACION DE DESASTRE Y CATASTROFE.

Nombre Completo del experto: Carlos Alfredo Sica.

Lugar de residencia: Buenos Aires.

Entendiendo que desastre se relaciona con la mano del hombre y la catástrofe con la naturaleza:

1) ¿Qué título universitario posee? Número de matrícula.

No poseo título universitario.

2) ¿Posee algún otro título?

Psicólogo Social.

3) ¿Ha tenido la posibilidad de intervenir en alguna situación de desastre o catástrofe? Si es así ¿cómo ha sido esa experiencia? ¿Podría relatar algún hecho en particular?

Hace 23 años creé EPS Emergencias PsicoSociales –Asociación civil sin fines de lucro- somos más de 100 integrantes capacitados y entrenados para la intervención de contención emocional y primeros auxilios psicológicos en el lugar de la emergencia ante situaciones de crisis y angustia pública.

Respecto a la enorme cantidad de intervenciones desde 1991 a la fecha y las distintas vivencias y resonancias sugiero visitar nuestro Sitio Web www.contencionemocional.com/eps y dentro de la Página la sección “Crónicas del alma”.

La que más me pegó fue la inundación en la Plata. Se vivieron intensas escenas de dolor y angustia. Sin embargo, rescato la solidaridad entre vecinos, constantes donaciones de alimento y abrigo. Cuando el agua se retiró y los evacuados se reencontraban con el desastre que había invadido sus hogares.

4) ¿Qué tipo de conocimientos se requieren para intervenir en situaciones de desastre o catástrofes?

Se requieren conocimientos de Psicología, Psicología Social en tanto la fundamental importancia que requiere el vínculo a establecer con las personas afectadas por acontecimientos de desastre o catástrofe. Conocimientos de técnicas psicodramáticas y gestálticas. Pero por sobre todo, una profunda capacidad de empatía que permita un verdadero y profundo encuentro humano.

5) ¿Ha realizado algún tipo de Post grado/ curso/ capacitación sobre el tema? Si es así podría comentarme acerca del mismo.

Muchísimos, sería tedioso enumerarlos. Es importante destacar la necesidad no sólo de capacitación y aprendizaje con teorías y prácticas inherentes a la temática, sino también todo lo que aporta el Arte para el logro eficaz de percibir y comunicar las emociones.

6) ¿Cómo definiría a la Psicología de Emergencia?. ¿Dentro de que área de la Psicología General la ubicaría (educacional, laboral, comunitaria, social, clínica, jurídica)?.

Dentro de la Psicología General, como psicología social y comunitaria.

7) ¿Se le exige algún tipo de conocimiento para poder intervenir en situaciones de desastre o catástrofe?

En nuestra ONG EPS Emergencias PsicoSociales, además de los estudios cursados en carreras afines se exige cursar el Seminario de Formación y Capacitación que dictamos cada año. Duración dos cuatrimestres. El mismo es de carácter teórico-vivencial, con ejercicios, simulacros, etc.

8) ¿Qué tipo de técnicas psicológicas se emplean durante la intervención en crisis?

Como técnicas sugiero las que se plantean en mi libro. Algunas de ellas: Disociación instrumental, nombrar a la persona, distancia estética, abreaccion, el silencio, técnica paradójica, unidad temática.

9) ¿Qué tipo de reacciones experimentan las personas durante la misma?

La persona se encuentra dentro de una crisis emocional. Las personas que las sufren manifiestan conductas alteradas. Conductas alteradas, pero normales para el hecho anormal. La persona corre riesgo de despersonalizarse. Perder su autoestima e incluso la identidad. La persona expresa dolor, pena y pánico.

10) Desde su propia experiencia en el ámbito de emergencia psicosocial, ¿Existe alguna diferencia entre una intervención en crisis durante una situación de desastre y una intervención en una situación de catástrofe?

En cuanto a la crisis emocional generada a los afectados directa e indirecta no existen diferencias. Las diferencias son de carácter instrumental y de metodología respecto a los organismos intervinientes para el rescate y la ayuda humanitaria.

11) ¿Se sigue algún tipo de protocolo, o ciertos pasos para intervenir en crisis? Si es así podría hablarme del mismo.

En el EPS intervenimos a través de Cuatro Pasos o Etapas: 1) Encuentro – Contención. 2) Catarsis 3) Verbalización 4) Proyecto

12) ¿Se trabaja de manera interdisciplinaria? Si es así, ¿en compañía de que profesionales trabaja Ud.?

Distintos organismos con profesionales de cada área. SAME, Defensa Civil, Bomberos, Rescatistas, etc.

13) ¿Pertenece a algún grupo de rescate o asociación sin fines de lucro o grupo de defensa civil?, Si es así, ¿cómo hizo para formar parte del mismo?

EPS Emergencias PsicoSociales es una Asociación civil fundada en el año 1991. En el año 2006 fue declarada Institución Auxiliar de la Defensa Civil de la Municipalidad de la Ciudad de Bs. As. (Hoy CABA)

14) Según su experiencia ¿qué características/habilidades/rasgos debe poseer un psicólogo que se dedique a intervenir en este tipo de situaciones?

Además y por encima de las habilidades técnicas y conceptuales, una gran vocación para la ayuda y una profunda actitud reparadora.

15) ¿Conoce a otro psicólogo/a que haya podido intervenir en crisis? Si es así, ¿Podría habilitar un mail de contacto para una futura entrevista con el mismo?.

irenetozzola@gmail.com

silviabrunacci@yahoo.com.ar

silviagcortes@gmail.com

PREGUNTAS A EXPERTOS.

TESINA: PSICOLOGIA DE LA EMERGENCIA: INTERVENCION DEL PSICOLOGO EN SITUACION DE DESASTRE Y CATASTROFE.

Nombre Completo del experto: *Silvia Liliana Brunacci*

Lugar de residencia: *Ciudad de Buenos Aires*

Entendiendo que desastre se relaciona con la mano del hombre y la catástrofe con la naturaleza: Las catástrofes llamadas "naturales" son el resultado del contacto entre determinados procesos naturales y la instalación y actividad del hombre y que resultan negativos para el mismo. Si bien la mano del hombre no es la responsable de estos procesos, muchas veces ayuda a que estos ocurran o que tengan efectos catastróficos. Entre otros ejemplos, cuando se modifica la dinámica hidrográfica mediante la construcción de obras de infraestructura, cuando se edifican en lugares con riesgo sísmico.

1) ¿Qué título universitario posee? Número de matrícula.

Tecnicatura Superior en Psicología Social. Matrícula en trámite

2) ¿Posee algún otro título? *No*

3) ¿Ha tenido la posibilidad de intervenir en alguna situación de desastre o catástrofe? Si es así ¿cómo ha sido esa experiencia? ¿Podría relatar algún hecho en particular?

-Explosión del polvorín militar de Río III, Córdoba (noviembre 1995)

- Caída del avión DC9 de Austral (octubre 1997)

- Vuelo 3142 de LAPA en el Aeroparque de la ciudad de Buenos Aires (agosto 1999)

- Accidente de ómnibus en Santa Catarina (Brasil) con turistas argentinos (enero de 2000)

- Micro que se desbarranca en Catamarca (septiembre 2002)

- Caída de un puente colgante en Chubut (septiembre 2002)

- Inundaciones en Santa Fe (mayo 2003)

- Incendio en una mina de Río turbio (Junio 2004)

- Tragedia de Cromañón (diciembre 2004)

- Incendio Supermercado Ycua Bolaños, Paraguay (2004)

- Micro con alumnos del colegio Ecos (octubre 2006)

- Derrumbe en un gimnasio de Villa Urquiza (agosto 2010)

- Vuelo 5428 de la Aerolínea Sol (mayo 2011)

- O de la Estación de Once (febrero 2012)

- Inundaciones en la ciudad de Lujan (2013-2014)

Viajamos a Paraguay cuando ocurrió el incendio del hipermercado Ycua-Bolaños, fuimos convocados por una Organización llamada C.E.P.A, permanecemos en la ciudad de Asunción desde el 02 al 08 de agosto.

Trabajamos con bomberos voluntarios, nuestra intervención fue solicitada por el capitán, que decía que sus muchachos "se estaban derrumbando". Concurrimos en dos momentos para trabajar con diferentes integrantes ya que todos ellos habían estado directamente en el lugar del hecho.

En el momento de la guardia se encontraba una gran cantidad de bomberos (hombres y mujeres), todos ellos muy jóvenes, Su mayor angustia pasaba por las terribles escenas que habían presenciado y otro tema que los preocupaba era ¿cuáles serían las secuelas psicológicas que podrían aparecer en un futuro?

Después de cuatro días del incendio casi ninguno de ellos había regresado a su casa, tenían contactos telefónicos con sus familias pero preferían permanecer en el cuartel manifestaban miedo a las preguntas “del afuera”, como responder sin entrar en detalles sobre lo que vivieron.

4) ¿Qué tipo de conocimientos se requieren para intervenir en situaciones de desastre o catástrofes?

El entrenamiento se orienta a preparar al profesional para responder y controlar adecuadamente cada respuesta, requiere de un proceso de aprendizaje que incorpore elementos de sensibilización, capacitación y entrenamiento con simulacros, estos son algunos de los elementos claves para intervenir.

5) ¿Ha realizado algún tipo de Post grado/ curso/ capacitación sobre el tema? Si es así podría comentarme acerca del mismo.

Seminarios de capacitación y actualización dictados para participantes del equipo de EPS

Curso Salud Mental en la Gestión Integral de Desastres. Universidad Maimónides

Curso “Factores Humanos en la Emergencia” –Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Taller de capacitación y prácticas en gestión de las emergencias-Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

6) ¿Cómo definiría a la Psicología de Emergencia? ¿Dentro de que área de la Psicología General la ubicaría (educacional, laboral, comunitaria, social, clínica, jurídica)?.

Entendemos a la Psicología en Emergencias como aquella rama de la psicología que se orienta al estudio de las reacciones de los individuos y de los grupos humanos en el antes, durante y después de una situación de emergencia o desastre.

La Psicología en emergencias se relaciona con la psicología clínica, para poder comprender los efectos a corto mediano y largo plazo del estrés traumático. Se relaciona con la psicología social al asumir la importancia de las redes de soporte social su dinámica y el rol que juegan como estrategia ante las situaciones de crisis. Emplea los conceptos de la psicología organizacional relacionados al comportamiento organizacional, la motivación, el liderazgo, el trabajo en equipo, el trabajo bajo presión. De la psicología educativa usa los conocimientos de las técnicas de aprendizaje para diseñar los contenidos orientados a la enseñanza de las medidas de protección y seguridad para prevenir situaciones de emergencias y desastres.

7) ¿Se le exige algún tipo de conocimiento para poder intervenir en situaciones de desastre o catástrofe?

Capacitación y Entrenamiento en forma permanente

8) ¿Qué tipo de técnicas psicológicas se emplean durante la intervención en crisis?

Intervención psicológica con afectados y familiares: requieren apoyo psicológico, potenciar el apoyo social y la capacidad de afrontamiento.

Intervención psicológica con los grupos de intervención: brindar asesoramiento sobre medidas de autoprotección (turnos, descansos, ventilación emocional).

Estas técnicas van orientadas a los siguientes objetivos:

Tranquilizarlo haciéndole ver que se trata de una reacción transitoria a la situación vivida. Asimismo, debemos hacerle ver que todas estas reacciones son normales e inevitables en una situación como esta.

Favorecer la liberación de la tensión emocional, permitiendo que la persona hable y exprese sus emociones, crisis de llanto, enojos.

Es necesaria una escucha empática, sin pronunciar juicios de valor, esto contribuye a disminuir el riesgo de aparición de secuelas postraumáticas.

Activar recursos externos (apoyo social, laboral y familiar). El apoyo social es un factor importante para reducir el impacto de un acontecimiento traumático.

Escucharlo y tranquilizarlo sobre sus miedos, asegurándole que se encuentra a salvo y sobre todo permitirle el desahogo emocional, como la liberación del llanto o de la rabia contenidos.

Respetar su silencio e intimidad, cada persona tiende a elaborar las situaciones según su forma de ser y puede necesitar intimidad y silencio.

Activar los recursos internos con que cuenta la persona, debe volver a su rutina cotidiana e intentar organizar sus actividades

9) ¿Qué tipo de reacciones experimentan las personas durante la misma?

Las personas plantean diversas dificultades, siempre desconcierta a quien lo padece y a su entorno y crea una situación de crisis, disminuyendo su capacidad de reacción; por otra parte los factores sociales como la edad, el nivel cultural, la situación de la familia y el entorno económico-laboral, son variables que influyen decisivamente en la recuperación

10) Desde su propia experiencia en el ámbito de emergencia psicosocial, ¿Existe alguna diferencia entre una intervención en crisis durante una situación de desastre y una intervención en una situación de catástrofe?

Una crisis va a aparecer en la vida de una persona cuando un determinado suceso amenaza con alterar su equilibrio personal, de ahí que este tipo de situaciones se enmarque dentro de los llamados trastornos adaptativos.

Los desastres son eventos imprevistos, súbitos, de gran magnitud, que generan daños a los bienes y medios de vida de una comunidad, producen gran cantidad de damnificados que requieren atención médica afectando la movilización de recursos extraordinarios.

Desde el punto de vista de la Salud Mental los desastres generan un disturbio interno como resultado de la percepción de una amenaza sobre la integridad de la persona. Producen una irrupción del mundo externo sobre el mundo interno, provocando una brecha en la unidad bio-psico social del individuo.

Las catástrofes son llamadas también "desastres masivos", en los cuales, las consecuencias destructivas están más extendidas, afectan a un mayor número de personas y a bienes materiales

Una situación de emergencia englobaría cualquier situación que requiera una demanda de intervención urgente como son las emergencias cotidianas, los desastres y las catástrofes. Todos son acontecimientos que precisan una pronta ejecución, por lo que todas son "situaciones de urgencia" con diferentes tipos de emergencias a cubrir, siendo la catástrofe el acontecimiento de mayor magnitud y repercusión en todos los niveles

Cualquiera de estos tres tipos de incidentes puede tener repercusiones, no sólo por las consecuencias emocionales de sus víctimas, sino por el efecto negativo que tienen sobre el sistema, estos tipos de hechos traumáticos tienen en común el ser sucesos graves, repentinos, peligrosos y que pueden causar la pérdida de vidas y bienes materiales. Por todo ello, las personas van a estar más expuestas a sufrir un cambio en sus vidas por tratarse de una situación de estrés extremo, pudiendo desembocar en una situación de "crisis".

11) ¿Se sigue algún tipo de protocolo, o ciertos pasos para intervenir en crisis? Si es así podría hablarme del mismo.

Nosotros en el EPS trabajamos en cuatro etapas o fases a seguir:

Encuentro- Contención

Catarsis

Verbalización

Proyecto

12) ¿Se trabaja de manera interdisciplinaria? Si es así, ¿en compañía de que profesionales trabaja Ud.?

Con profesionales que también se han especializado en las emergencias y desastres como los médicos emergencistas, enfermeras, integrantes de los equipos de primera respuesta (militares, policías, brigadistas de la Cruz Roja, de Defensa Civil, Bomberos, entre otros)

13) ¿Pertenece a algún grupo de rescate o asociación sin fines de lucro o grupo de defensa civil?, Si es así, ¿cómo hizo para formar parte del mismo?

EPS- ONG Emergencias Psicosociales. En el año 1995 participe de una Seminario Anual, condición para ingresar al equipo

14) Según su experiencia ¿qué características/habilidades/rasgos debe poseer un psicólogo que se dedique a intervenir en este tipo de situaciones?

Sensibilidad, actitud contenedora para la tarea a realizar

15) ¿Conoce a otro psicólogo/a que haya podido intervenir en crisis? Si es así, ¿Podría habilitar un mail de contacto para una futura entrevista con el mismo?

PREGUNTAS A EXPERTOS.

TESINA: PSICOLOGIA DE LA EMERGENCIA: INTERVENCION DEL PSICOLOGO EN SITUACION DE DESASTRE Y CATASTROFE.

Nombre Completo del experto: Irene Mabel Tozzola

Lugar de residencia: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Entendiendo que desastre se relaciona con la mano del hombre y la catástrofe con la naturaleza:

1) ¿Qué título universitario posee? Número de matrícula.

Licenciada en Psicopedagogía . S/M

2) ¿Posee algún otro título?

Psicóloga social. Psicodramatista. Profesora en Enseñanza Primaria.

3) ¿Ha tenido la posibilidad de intervenir en alguna situación de desastre o catástrofe? Si es así ¿cómo ha sido esa experiencia?¿Podría relatar algún hecho en particular? Sí, he participado en varias intervenciones del EPS – Emergencias Psicosociales.

- **Caída del avión DC 9 Austral**
- **Inundaciones en el Litoral**
- **Tragedia en el aeroparque de la CABA. Vuelo 3142 de LAPA**
- **Micro que se desbarranca en un precipicio de Catamarca**
- **Caída de un puente colgante en Chubut con alumnos de una escuela de Merlo. Prov. de Buenos Aires**
- **Tragedia de Cromañón**
- **Fatal accidente de micro con alumnos del colegio Ecos**
- **Tragedia en la estación de Once**
- **Choque de trenes en Castelar**
- **Inundaciones reiteradas en Luján.**

4) ¿Qué tipo de conocimientos se requieren para intervenir en situaciones de desastre o catástrofes?

Para poder intervenir es necesario estar capacitada en metodología de la intervención en crisis emocionales.

5) ¿Ha realizado algún tipo de Post grado/ curso/ capacitación sobre el tema? Si es así podría comentarme acerca del mismo.

Si, realicé la capacitación del Seminario del EPS, destinado a egresados de Psicología social, o estudiantes avanzados, psicólogos o profesionales de Salud o Educación que trabajen con personas en situación de crisis emocionales.

6) ¿Cómo definiría a la Psicología de Emergencia?. ¿Dentro de que área de la Psicología General la ubicaría (educacional, laboral, comunitaria, social, clínica, jurídica)?.

La Psicología de la Emergencia es la rama de la Psicología social, que se ocupa de la asistencia psicológica de las personas impactadas por un shock emocional traumático para disminuir el monto de las ansiedades, elaborar la situación actual o desencadenante, recuperar el equilibrio emocional y prevenir daños psicológicos post-traumáticos .

7) ¿Se le exige algún tipo de conocimiento para poder intervenir en situaciones de desastre o catástrofe?

El Seminario de formación del EPS es una capacitación teórico-vivencial que habilita para intervenir en las catástrofes.

8) ¿Qué tipo de técnicas psicológicas se emplean durante la intervención en crisis? **Fundamentalmente se utilizan técnicas instrumentales como la disociación y la asunción del rol.**

9) ¿Qué tipo de reacciones experimentan las personas durante la misma?

Va a depender de la distancia emocional que la persona se halle con el hecho ocurrido. Puede estar hiperdistanciada, por lo que generalmente presentan una negación con racionalización del conflicto, o hipodistanciada, es decir, está tan cercana a la situación que le impide darse cuenta del hecho. manifestando un impacto emocional con la imposibilidad de pensar.

10) Desde su propia experiencia en el ámbito de emergencia psicosocial, ¿Existe alguna diferencia entre una intervención en crisis durante una situación de desastre y una intervención en una situación de catástrofe?

Las diferencias en las intervenciones están más relacionadas con la particularidad de las personas que con la causa de la misma.

11) ¿Se sigue algún tipo de protocolo, o ciertos pasos para intervenir en crisis? Si es así podría hablarme del mismo.

En el equipo del EPS, tenemos una metodología que no es lineal, sino que se va ajustando a las necesidades de la persona asistida, con sus propios tiempos.

12) ¿Se trabaja de manera interdisciplinaria? Si es así, ¿en compañía de que profesionales trabaja Ud.?

En las intervenciones se trabaja multidisciplinariamente, con profesionales de la salud, médicos, enfermeros, auxiliares, etc, personal de Defensa civil, bomberos, etc.

13) ¿Pertenece a algún grupo de rescate o asociación sin fines de lucro o grupo de defensa civil?, Si es así, ¿como hizo para formar parte del mismo?

Emergencias psicosociales. EPS

14) Según su experiencia ¿qué características/habilidades/rasgos debe poseer un psicólogo que se dedique a intervenir en este tipo de situaciones?

Debe tener la formación necesaria, y disponibilidad emocional , horaria y saber trabajar en equipo.

15) ¿Conoce a otro psicólogo/a que haya podido intervenir en crisis? Si es así, ¿Podría habilitar un mail de contacto para una futura entrevista con el mismo?.

PREGUNTAS A EXPERTOS.

TESINA: PSICOLOGIA DE LA EMERGENCIA: INTERVENCION DEL PSICOLOGO EN SITUACION DE DESASTRE Y CATASTROFE.

Nombre Completo del experto: Silvia Cortes.

Lugar de residencia: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Entendiendo que desastre se relaciona con la mano del hombre y la catástrofe con la naturaleza:

- 1) ¿Qué título universitario posee? Número de matrícula.
Psicóloga Social
- 2) ¿Posee algún otro título?
Soy docente de nivel inicial.
- 3) ¿Ha tenido la posibilidad de intervenir en alguna situación de desastre o catástrofe? Si es así ¿cómo ha sido esa experiencia? ¿Podría relatar algún hecho en particular?
Soy integrante del EPS (Emergencias Psicosociales) desde su creación, hace ya 20 años. He intervenido en varias ocasiones, menciono algunas de ellas: Las inundaciones de Santa Fe, las inundaciones de Luján, el atentado a la AMIA, el grave incendio de Cromañón, los accidentes aéreos de Austral y Lapa, incendio de un inquilinato en el barrio de La Boca, entre otros.
Obviamente, todas las intervenciones fueron muy fuertes, acompañar a personas que se encuentran en estado de shock ante un hecho inesperado que les causa tanto dolor, tanta angustia, no es tarea sencilla. Pero al estar con ellas durante tantas horas intentando, con nuestras herramientas, ayudarlas a atravesar el doloroso momento, hace que se establezca un vínculo tan fuerte, que nos fortalece. Siempre que me preguntan sobre nuestra tarea, respondo que es muchísimo más lo que nos llevamos nosotros de esas personas, de ese encuentro, que lo que intentamos brindarles a ellos.
Es muy difícil relatar un hecho en particular, fueron muchos, con diferentes personas y diferentes circunstancias. Quizás lo que sí puedo comentar es que de todas las intervenciones, la que más me “pegó”, fue la de Cromañón. Seguramente porque me identifiqué, por mi rol de madre, con el inmenso dolor que padecían ante una pérdida tan enorme y de semejante magnitud.
- 4) ¿Qué tipo de conocimientos se requieren para intervenir en situaciones de desastre o catástrofes?
El entrenamiento requiere de un proceso de aprendizaje que incorpore elementos de sensibilización, percepción, capacitación y entrenamiento con simulacros, estos son algunos de los elementos claves para intervenir.
- 5) ¿Ha realizado algún tipo de Post grado/ curso/ capacitación sobre el tema? Si es así podría comentarme acerca del mismo.

- **Seminarios de capacitación y actualización dictados para participantes del equipo de EPS**
- **Curso Salud Mental en la Gestión Integral de Desastres. Universidad Maimónides**
- **Curso “Factores Humanos en la Emergencia” –Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires**
- **Taller de capacitación y prácticas en gestión de las emergencias-Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires**

6) ¿Cómo definiría a la Psicología de Emergencia?. ¿Dentro de que área de la Psicología General la ubicaría (educacional, laboral, comunitaria, social, clínica, jurídica)?.

Entendemos a la Psicología en Emergencias como aquella rama de la psicología que se orienta al estudio de las reacciones de los individuos y de los grupos humanos en el antes, durante y después de una situación de emergencia o desastre.

La Psicología en emergencias se relaciona con la psicología clínica, para poder comprender los efectos a corto mediano y largo plazo del estrés traumático. Se relaciona con la psicología social al asumir la importancia de las redes de soporte social, su dinámica y el rol que juegan como estrategia ante las situaciones de crisis. De la psicología educativa usa los conocimientos de las técnicas de aprendizaje para diseñar los contenidos orientados a la enseñanza de las medidas de protección y seguridad para prevenir situaciones de emergencias y desastres.

7) ¿Se le exige algún tipo de conocimiento para poder intervenir en situaciones de desastre o catástrofe?

Capacitación y entrenamiento permanentemente y poseer una importante vocación para la ayuda.

8) ¿Qué tipo de técnicas psicológicas se emplean durante la intervención en crisis?

La intervención con afectados y familiares requiere apoyo psicológico para potenciar la capacidad de afrontar la crisis.

Con los grupos de intervención, brindar asesoramiento sobre medidas de autoprotección.

Estas técnicas van orientadas a los siguientes objetivos:

Tranquilizarlo haciéndole ver que se trata de una reacción transitoria a la situación vivida. Asimismo, debemos hacerle ver que todas estas reacciones son normales e inevitables en una situación como esta.

Es necesaria una escucha empática, sin pronunciar juicios de valor.

Permitir el desahogo emocional, como la liberación del llanto o de la rabia contenidos.

Respetar su silencio e intimidad, cada persona tiende a elaborar las situaciones según su forma de ser y puede necesitar intimidad y silencio.

Activar los recursos internos con que cuenta la persona, para que pueda volver a su rutina cotidiana e intentar organizar sus actividades

9) ¿Qué tipo de reacciones experimentan las personas durante la misma?

Estas situaciones irrumpen en el psiquismo de manera inesperada, produciendo un shock emocional, los sentimientos que aparecen son angustia, bronca, impotencia, mucho dolor. Es por ello que necesitan ser contenidos y propiciar que puedan hacer catarsis.

10) Desde su propia experiencia en el ámbito de emergencia psicosocial, ¿Existe alguna diferencia entre una intervención en crisis durante una situación de desastre y una intervención en una situación de catástrofe?

Cuando un determinado suceso aparece en la vida de una persona, dicha persona entrará en crisis, esto amenaza con alterar su equilibrio personal, de ahí que este tipo de situaciones se enmarque dentro de los llamados trastornos adaptativos.

Los desastres son eventos imprevistos, de gran magnitud, que generan daños a los bienes y medios de vida de una comunidad, producen gran cantidad de damnificados que requieren atención médica.

Desde el punto de vista de la Salud Mental los desastres generan un disturbio interno como resultado de la percepción de una amenaza sobre la integridad de la persona.

Las catástrofes son llamadas también "desastres masivos", en los cuales, las consecuencias destructivas están más extendidas, afectan a un mayor número de personas y a bienes materiales

Una situación de emergencia englobaría cualquier situación que requiera una demanda de intervención urgente como son las emergencias cotidianas, los desastres y las catástrofes. Todos son acontecimientos que precisan una pronta ejecución, por lo que todas son "situaciones de urgencia" con diferentes tipos de emergencias a cubrir, siendo la catástrofe el acontecimiento de mayor magnitud y repercusión en todos los niveles

Cualquiera de estos tres tipos de incidentes puede tener repercusiones, no sólo por las consecuencias emocionales de sus víctimas, sino por el efecto negativo que tienen sobre el sistema, estos tipos de hechos traumáticos tienen en común el ser sucesos graves, repentinos, peligrosos y que pueden causar la pérdida de vidas y bienes materiales. Por todo ello, las personas van a estar más expuestas a sufrir un cambio en sus vidas por tratarse de una situación de estrés extremo, pudiendo desembocar en una situación de "crisis".

11) ¿Se sigue algún tipo de protocolo, o ciertos pasos para intervenir en crisis? Si es así podría hablarme del mismo.

El EPS trabaja con cuatro etapas a seguir:

Encuentro- Contención

Catarsis

Verbalización

Proyecto

- 12) ¿Se trabaja de manera interdisciplinaria? Si es así, ¿en compañía de que profesionales trabaja Ud.?

Trabajamos con profesionales que también se han especializado en las emergencias y desastres como médicos, enfermeras, como así también integrantes de los equipos de primera respuesta (militares, policías, brigadistas de la Cruz Roja, de Defensa Civil, Bomberos, entre otros)

- 13) ¿Pertenece a algún grupo de rescate o asociación sin fines de lucro o grupo de defensa civil?, Si es así, ¿como hizo para formar parte del mismo?

Pertenezco al EPS- ONG Emergencias Psicosociales. Soy la vice presidenta de la institución, desde el año 1994, junto a Carlos Sica presidente y coordinador general del equipo.

- 14) Según su experiencia ¿qué características/habilidades/rasgos debe poseer un psicólogo que se dedique a intervenir en este tipo de situaciones?

Fundamentalmente poseer una gran vocación para la ayuda, tener actitud contenedora, sensibilidad y resonar con el dolor del otro.

- 15) ¿Conoce a otro psicólogo/a que haya podido intervenir en crisis? Si es así, ¿Podría habilitar un mail de contacto para una futura entrevista con el mismo?

Nuestro equipo está conformado en su gran mayoría por Psicólogos Sociales, somos alrededor de 120 integrantes.

Tengo entendido que ya otros compañeros respondieron las preguntas, si lo necesitan en otra oportunidad, podríamos darles el contacto.

BIBLIOGRAFÍA.

- ✚ Alarcón, E. y otros (2005). Intervención Psicológica ante situaciones de emergencias y desastres. Córdoba: Patronato Provincial de Servicios Sociales de Córdoba.

- ✚ Baloian, I., Chia E. & colaboradores (2007). Intervención Psicosocial en situaciones de emergencia y desastres: Guía para el primer apoyo psicológico.

- ✚ Benveniste, D. (2000). Intervención en crisis después de grandes desastres. *Sociedad Psicoanalítica de Caracas*, 8 (1), 1-9.

- ✚ Benyakar M. (2002). Salud mental y desastres. Nuevos desafíos. *Revista Neurología, neurocirugía y Psiquiatría*, 35 (1), 3-25.

- ✚ Brunet I. y cols. (2003). Psicología de las emergencias y de la Intervención en crisis. *Cuadernos de crisis*, 2 (1), 2-51.

- ✚ Cohen R. (1985). Reacciones individuales ante desastres naturales. *Bol of Sanit Panam*, 98 (2), 1-7.

- ✚ Cornejo C. (2011). Guía Intervención en crisis telefónica. Chile: SIAC-ONEMI.

- ✚ Cova, F. (2010). El terremoto y Tsunami del 27 - F y sus efectos en la Salud Mental. *Terapia Psicológica*, 2 (28), 179-185.

- ✚ Echeburúa E. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué?. *Revista Psicología Conductual*, 3 (15), 373-387.

- ✚ Galimberti M. (2011). El psicólogo y su abordaje en emergencias, catástrofes y desastres. Centro IPPC.
- ✚ García M. y cols. (2012). La resiliencia y las víctimas de desastres. *Cuadernos de crisis y emergencias*, 12 (1), 1-12.
- ✚ Gordillo M. y cols. (2013). La ruptura del equilibrio. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2), 519-524.
- ✚ Guerrero L. (2013). Psicología de emergencias-desastres y psicoemergenciología. Un nuevo reto para la psicología en Colombia. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 2 (3), 226-235.
- ✚ Lorente F. (2005). La formación en primeros auxilios psicológicos y emergencias en el título de grado en Psicología. *Revista de enseñanza de la psicología: Teoría y experiencia*, 1(1), 26-38.
- ✚ Moffat, A. (2007). *Terapia de Crisis: La Emergencia Psicológica*. Argentina, Bs. As. : Bancavida.
- ✚ Molina, C. (1994). Intervención Psicológica en Emergencias. En C. Molina (Ed.), *Psicología de la emergencia*, (pp. 106-117). Chile: Kartel Publicidad.
- ✚ Molina, C. (1994). Psicología de la Emergencia. En C. Molina (Ed.), *Psicología de la emergencia*, (pp. 17-24). Chile: Kartel Publicidad.
- ✚ M. A. (2009). *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association*

- (APA), 5° edición. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- ✚ Osorio, C. y Díaz, V. (2012). Modelos de intervención psicosocial en situación de desastre por fenómeno natural. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 4 (2), 65-84.
 - ✚ Peñacoba C. y Moreno B. (1998). El concepto de personalidad resistente. *Boletín de Psicología*, 58, 61-69.
 - ✚ Pineda C. (2010). Atención psicológica postdesastres: Más que un “Guarde la calma”. Una revisión de los modelos de las estrategias de intervención. *Terapia psicológica*, 2 (28), 155-160.
 - ✚ Piñeyro D. y cols. (2015). Primera atención psicológica: resultados preliminares de la aplicación de un protocolo innovador en víctimas de catástrofes ambientales para la prevención de trastornos de ansiedad. *Revista UNC*.
 - ✚ Pocasangre C. y cols. (). Manual de Intervención en crisis en situaciones de desastre. San Salvador: ASISAM Y RIA.
 - ✚ Raffo, S. (2005). Intervención en crisis, apuntes para uso exclusivo de docencia. Chile: Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.
 - ✚ Ruiz E. (2015). El triage psicológico ¿Una herramienta para el psicólogo de emergencias?. *Cuadernos de crisis y emergencias*, 14 (1), 1-5.
 - ✚ Rojas, M. (2002). Consideraciones Generales. En M. Rojas y cols. (Ed.), *Consejería telefónica, consejo psicológico e intervención en crisis*, (pp. 25 -51). Perú: Centro de Ediciones de CEDRO.

- ✚ Sasson, M. (2004). *Catástrofes y Salud Mental: Abordajes Teóricos y Modalidades de Intervención*.

- ✚ Sica C. (2013). *Socorristas del alma*. Buenos Aires: Dunken.

- ✚ Vázquez M. y Reyes P. (2008). *Propuesta de intervención del psicólogo para restablecer el estado individual del individuo ante momentos de crisis en desastres naturales*. Tesina de Licenciatura para optar al título de Licenciado en psicología, Escuela de Ciencias Psicológicas, Centro Universitario Metropolitano, San Carlos, Guatemala.