



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud Mental  
"Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"



## Restableciendo el equilibrio personal en emergencias y desastres: Asistencia psicológica



*Autoras:*

*Dra. Militza Álvarez Machuca  
Mg. Rosario Guillén Balbín  
Mg. Yolanda Robles Arana  
Lic. Katiuska Aliaga Giraldo  
Lic. Elizabeth Vargas D'Uniam  
Lic. Liliana Vélchez Gálvez*



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL  
“HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI”**

**RESTABLECIENDO EL EQUILIBRIO PERSONAL  
EN EMERGENCIAS Y DESASTRES  
ASISTENCIA PSICOLÓGICA**

**DIRECCIÓN EJECUTIVA DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y  
TRATAMIENTO DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO  
Y TRATAMIENTO DE PSICOLOGÍA**

**2010**

**IR  
AL  
ÍNDICE**

**RESTABLECIENDO EL EQUILIBRIO PERSONAL EN EMERGENCIAS Y DESASTRES  
ASISTENCIA PSICOLÓGICA**

**MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL  
“HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI”**

**DIRECCIÓN EJECUTIVA DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PSICOLOGÍA**

**Autoras:**

**Dra. Militzá Álvarez Machuca  
Mg. Rosario Guillén Balbín  
Mg. Yolanda Robles Arana  
Lic. Katuska Aliaga Giraldo  
Lic. Elizabeth Vargas D'Uniam  
Lic. Liliana Vílchez Gálvez**

**Correctora de estilo:**

**Lic. Marta Miyashiro Arashiro**

**Revisora:**

**Dra. Raquel Cohen MD, MPH  
Profesora Emérita  
Escuela de Medicina, Universidad de Miami.  
© INSM “HD-HN”, 2010**

**Instituto Nacional de Salud Mental  
“Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”  
Jr. Eloy Espinoza Saldaña No. 709, Urb. Palao  
San Martín de Porres, Lima 31, Perú  
Teléfono: 614 - 9200  
E-mail: [webmaster@insm.gob.pe](mailto:webmaster@insm.gob.pe)  
Edición 2010  
Tiraje: 500 unidades  
Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2011-01240  
ISBN: 978-612-45810-3-8**

**Imprenta: Punto y Gráfica S.A.C.  
Dirección: Av. Del Río 113, Pueblo Libre.  
Teléfono: 332-2328  
Email: [Puntografiasrl@gmail.com](mailto:Puntografiasrl@gmail.com)**



**MINISTERIO DE SALUD**

**DR. ÓSCAR UGARTE UBILLUZ**  
Ministro de Salud

**DRA. ZARELA SOLÍS VÁSQUEZ**  
Viceministra de Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL**  
“HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI”

**DR. ENRIQUE MACHER OSTOLAZA**  
Director General

**DR. CARLOS CACHAY CHÁVEZ**  
Subdirector General

**DIRECCIÓN EJECUTIVA DE APOYO**  
**AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

**DR. CARLOS CÉSPEDES CORONADO**  
Director Ejecutivo

**DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO**  
**Y TRATAMIENTO DE PSICOLOGÍA**

**DRA. MILITZA ÁLVAREZ MACHUCA**  
Jefa

**IR  
AL  
ÍNDICE**



## PRESENTACIÓN

Con mucho placer acepte la invitación de compartir mis opiniones acerca del libro escrito por las autoras. Este libro plasma la experiencia de ayuda a muchas comunidades peruanas después de un desastre, además de conceptos basados en evidencias publicadas por otros profesionales en este campo. Su contenido se perfila como un lazo entre el estado de salud mental post trauma y las secuelas de problemas físicos y psicológicos estableciendo una nueva especialización en la práctica profesional.

Las autoras han organizado el libro por capítulos tomando temas importantes y claves para guiar el pensamiento y acción del brigadista que encara la trágica situación en que se encuentran los sobrevivientes afectados por un desastre. Cada capítulo es una amalgama de conceptos, descripciones, experiencias, contenido de publicaciones, guías y ejemplos prácticos que ayudan al brigadista rápidamente a emprender las acciones efectivas e indicadas.

¿Por qué es necesario tener a mano un libro para capacitar al personal brigadista? ¿Por qué se necesita una capacitación específica para desastres? La razón de capacitar a profesionales es que el objetivo de la ayuda a sobrevivientes está basado en el concepto de que ellos no son pacientes sino ciudadanos traumatizados. Estos ciudadanos han sido traumatizados por un evento catastrófico que ha desorganizado todos sus sistemas bio-psico-socio-culturales. Para aceptar estos conceptos y ponerlos en práctica es necesario modificar la actitud, conocimientos y competencias clínicas. El objetivo de intervención, basándose en estos concepto es, entonces, ayudar al ciudadano a recuperar sus capacidades y funciones, y procesar los efectos del trauma incluyendo el impacto y consecuencias de un entorno destruido.

¿Por qué es necesario tener a mano un libro para poder trabajar y ayudar durante un desastre? Porque es importante conocer las diferencias entre las reacciones debidas al desastre y los cuadros patológicos de la vida rutinaria que en ocasiones presentan un cuadro similar. Esta diferencia determina que las decisiones terapéuticas para ayudar al ciudadano estarán basadas en el concepto de que las reacciones no son expresiones de patología sino consecuencias del stress y adaptación a un entorno destruido. Las características culturales, étnicas y tradicionales, que caracteriza al ciudadano peruano, están presentes en todos los conceptos del programa.

El contenido del libro presenta conceptos conocidos en relación a los resultados traumáticos que el desastre produce en términos de reacciones fisiológicas, psicológicas y sociales. Los efectos pueden ser de corta o larga duración o resultar en secuelas crónicas dependiendo de factores de personalidad (herencia genética, experiencias individuales y nivel de resiliencia), el impacto de la desorganización del entorno, y los recursos para la ayuda inmediata, la asistencia de emergencia inmediata y a largo plazo, la ayuda de rehabilitación, de reconstrucción hogareña y vecinal.

La base de datos y contenido de este libro cubre las más importantes áreas de conocimiento para intervenir y ayudar basándose en los temas indicados. Paso a paso guía al profesional y le da un soporte para indicarle el camino a seguir desde que entra al área del desastre y con sensibilidad y respeto se compromete a ayudar al sobreviviente a procesar la experiencia traumática. Basándose en muchos ejemplos aprendidos en desastres peruanos donde fueron a asistir a la población, al Norte y Sur del país, las autoras acumularon el material a través de muchos años de servicio y comprensión de los sufrimientos de los habitantes en la Costa y en los Andes.

Espero que este libro sirva a los profesionales y brigadistas y que los capacite en las intervenciones psicosociales para que los ciudadanos traumatizados recuperen su equilibrio individual. También los médicos que han empezado a informarse sobre los efectos fisiológicos de trauma y stress puedan diagnosticar y prevenir secuelas crónicas de enfermedades producidas por estas experiencias y que después de atender a los heridos pueden beneficiarlos refiriendo a los brigadistas los casos que necesitan ayuda psicosocial.

Este libro es un gran aporte peruano en el área de ayuda en desastres y felicito a las autoras.

Raquel E. Cohen MD, MPH  
Profesora Emérita  
Escuela de Medicina - Univ. Miami

## INTRODUCCIÓN

Las emergencias y desastres tienen el potencial de precipitar en las personas estados de crisis, tanto por la vivencia del desastre como por la acumulación del estrés y por los cambios dramáticos que conlleva. En una situación de crisis es importante ver la oportunidad que esta trae para el desarrollo individual y de la propia comunidad. La preservación de la salud psicológica surge como una necesidad que debe ser atendida prontamente, con la finalidad de prevenir secuelas postraumáticas y fortalecer la capacidad de resiliencia de los afectados.

Se considera que la intervención psicológica individual y grupal basada en el modelo de terapia multimodal es necesaria, no solo para resolver el estado de crisis sino también para prevenir desórdenes posteriores. Los primeros auxilios psicológicos y la intervención en crisis están diseñados para restablecer la salud psicológica con acciones inmediatas en adultos, en niños y niñas y en adolescentes, estos últimos experimentan una serie de reacciones y de sentimientos que necesitan atención especial. Otro grupo importante que se debe abordar son las personas que atienden el desastre, quienes requieren de estrategias de auto cuidado.

En el capítulo uno trataremos los conceptos sobre emergencias y desastres para las brigadas de intervención psicológica, nuestro objetivo es homogenizar criterios que faciliten una mejor comprensión y comunicación entre los brigadistas.

En el capítulo dos abordaremos aspectos de planificación, organización y manejo de los equipos, así como la conformación de las brigadas, la misma que responde a las estrategias utilizadas a lo largo de nuestra experiencia.

En el capítulo tres se aborda el desastre como un evento traumático y sus consecuencias vistas como pérdidas múltiples, las manifestaciones psíquicas en las fases posteriores al desastre y los factores asociados a la recuperación.

El capítulo cuatro de asistencia individual ofrece un esquema de primeros auxilios psicológicos paso a paso, con casos prácticos para su aplicación como parte del entrenamiento, dirigido para agentes comunitarios, promotores de salud u otros profesionales.

El capítulo cinco trata sobre la intervención grupal con adultos en la comunidad, reúne los procedimientos de cuatro posibilidades de abordaje con la población, estas nos han sido de mucha utilidad en nuestras intervenciones

El capítulo seis desarrolla la intervención en crisis, considerando las fases del proceso. Se presentan los principios, estrategias y recomendaciones para las intervenciones, y algunas técnicas efectivas, que se desarrollan con mayor detalle en el anexo uno. Finalmente se presenta la intervención en una sola sesión.

El capítulo siete describe la forma como los niños, niñas y adolescentes viven la emergencia o el desastre, así como la repercusión en su entorno mediático; incluyendo para el trabajo de campo técnicas de comprobada eficacia.

El capítulo ocho ha sido especialmente preparado para resaltar la importancia de la preparación y autocuidado del personal de las brigadas; hemos observado que muchas veces este grupo no ha sido debidamente considerado en la planificación de las emergencias y desastres, aun cuando sobre la importancia de tener estrategias para ellos no es un tema nuevo, de allí nuestra preocupación y énfasis en el tema.

En el marco de la ayuda humanitaria, las autoras presentan esta guía con el objetivo de brindar a los psicólogos y al personal de salud una herramienta de trabajo que les permita atender a las personas afectadas por un evento adverso.

**LAS AUTORAS**

## AGRADECIMIENTO



Las autoras expresan su profundo agradecimiento a la Dra. Raquel Cohen por sus aportes, revisiones, motivación y apoyo incondicional.





## ÍNDICE GENERAL

|                                                                                                                                     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| I. PRESENTACIÓN.....                                                                                                                | 07  |
| II. INTRODUCCIÓN.....                                                                                                               | 09  |
| III. AGRADECIMIENTO.....                                                                                                            | 11  |
| IV. ÍNDICE GENERAL.....                                                                                                             | 13  |
| CAPÍTULO I: Conceptos sobre emergencias y desastres para las brigadas de intervención psicológica, Lic. Katuska Aliaga Giraldo..... | 15  |
| CAPÍTULO II: Planificación, organización y manejo de los equipos, Lic. Katuska Aliaga Giraldo.....                                  | 27  |
| CAPÍTULO III: El desastre como evento traumático, Mg. Yolanda Robles Arana y Psic. Rosario Guillén Balbín..                         | 39  |
| CAPÍTULO IV: Asistencia individual: primeros auxilios psicológicos, Lic. Elizabeth Vargas D`Uniam.....                              | 49  |
| CAPÍTULO V: Intervención en crisis en situaciones de desastres, Mg. Yolanda Robles Arana y Mg. Rosario Guillén Balbín....           | 63  |
| CAPÍTULO VI: Intervenciones grupales con adultos, Lic. Katuska Aliaga Giraldo.....                                                  | 77  |
| CAPÍTULO VII: Intervención en crisis con niños y adolescentes, Dra. Militza Álvarez Machuca y Lic. Liliana Vilchez Gálvez..         | 89  |
| CAPÍTULO VIII: Preparación y autocuidado del personal de las brigadas, Lic. Katuska Aliaga Giraldo.....                             | 111 |
| ANEXOS:                                                                                                                             |     |
| ANEXO 1: Técnicas para el manejo de las crisis.....                                                                                 | 123 |
| ANEXO 2: Cartillas para padres.....                                                                                                 | 129 |



## Capítulo I: Conceptos sobre emergencias y desastres para las brigadas de intervención psicológica

*Psic. Katiuska Aliaga Giraldo*  
*kpaliaga@yahoo.com*



Fig. 1: Equipo de Salud Mental en Nazca. 1996

### 1. Generalidades

#### 1.1 Antecedentes

Nuestro país presenta múltiples riesgos por fenómenos naturales e incluso inducidos por la acción del hombre. Ante ellos, los diversos sectores de la población y el gobierno requieren estar preparados para asistir el estado de salud de la población afectada. El cuidado integral de la salud es un concepto moderno que ha permitido desarrollar estrategias que buscan satisfacer diversas necesidades ante la ocurrencia de un evento adverso. Un eje transversal es la atención de la salud mental que incluye conceptos sociales, interculturales, económicos, antropológicos, psicológicos, psicopatológicos y ambientales.

La preservación de la salud psicológica surge como una necesidad importante que debe ser restablecida prontamente, con la finalidad de prevenir secuelas postraumáticas, pero también para fortalecer la capacidad resiliente de los sobrevivientes, en el marco de la ayuda humanitaria.

La conducta humana en estos eventos presenta modificaciones según el grado de exposición, duración del evento, tipo de pérdida, percepción del soporte social, características de personalidad y situación personal previa al evento. Algunos autores mencionan que son reacciones normales ante eventos anormales; sin embargo, estas reacciones requieren una intervención en crisis de primera instancia a fin de proteger la salud psicológica de las personas afectadas y en algunos casos se requerirá la intervención de diferentes profesionales de la salud mental, ya que pueden exacerbarse condiciones clínicas preexistentes.

Cualquiera sea el caso, la primera ayuda siempre proviene de la propia comunidad, de ahí la importancia de preparar a los miembros de las comunidades. Sin embargo,

una vez ocurrido el evento es importante que los que acuden a brindar la ayuda tengan presente que el abordaje debe tener un enfoque comunitario.

## 1.2 Objetivo de la atención de la salud mental

- ❖ Brindar contención emocional individual o grupal a las víctimas y al personal de salud y de otros sectores que fueron afectados por el desastre o están involucrados en la intervención, para restablecer el equilibrio personal en las fases de respuesta y rehabilitación.
- ❖ Realizar acciones en la fase de preparación y prevención, como la capacitación del personal, promoción de conductas saludables, modificación de creencias irracionales de invulnerabilidad, elaboración de planes de contingencia, etc.

## 2. Definiciones operativas

A continuación se desarrollan algunos conceptos básicos que han sido elaborados por los especialistas en desastres y que deben ser conocidos por todos los profesionales que brindan ayuda psicosocial, ya que son fundamentales para el abordaje y permiten unificar criterios.

### 2.1 Salud mental

La salud mental es el estado dinámico de bienestar subjetivo y de interacción inclusiva con el medio social, derivado de dimensiones biopsicosociales y espirituales que se sintetizan de manera compleja a nivel cortical y se expresan en todas las esferas de la conducta cotidiana (comportamientos, actitudes, afectos, cogniciones y valores) de la persona, quien logra progresivos niveles de integración en relación con su sexo, edad y especialmente con su grupo étnico y social, lo que le permite recibir y aportar beneficios a su familia, grupo, comunidad y sociedad (MINSA. *Estrategia Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz*).

### 2.2 Emergencia

Las emergencias son alteraciones intensas en las personas, los bienes, los servicios y el ambiente causados por un suceso natural o por la actividad humana, que pueden resolverse con los recursos de la comunidad afectada. Exigen una acción inmediata de las entidades privadas y públicas con la finalidad de atenuar o controlar los efectos. Esa acción debe sustentarse en acciones preparatorias y planes de contingencia, que deben incluir la salud mental.

### 2.3 Desastre

El desastre es un suceso que causa alteraciones intensas en las personas, los bienes, los servicios y el ambiente, y que excede la capacidad de respuesta de la comunidad afectada. Ocurre cuando un considerable número de personas experimentan una

catástrofe y sufren un daño serio o perturbación de su sistema de subsistencia, de tal manera que la recuperación resulta improbable sin ayuda externa.

En relación con la situación de la salud mental en desastres se necesitan indicadores estandarizados para evaluar las consecuencias e intentar obtener datos objetivos de los daños; generalmente las pérdidas e implicancias son intangibles. Ejemplo: las muertes tienen efectos sociales y psicológicos en las familias y la comunidad; el trastorno social afecta seriamente la cohesión de la comunidad y los contactos sociales; el impacto en la economía lesionará las ya dañadas estructuras familiares si se produce la emigración de alguno de sus miembros y los equipos de respuesta presentarán fatiga y exceso de trabajo con el consecuente debilitamiento de su capacidad de ayuda.

## 2.4 Tipos de desastres

### Desastres por fenómenos naturales:

Se producen por la interacción del hombre con la naturaleza, son inevitables aunque los daños que causan se pueden atenuar.

Los siguientes son ejemplos de desastres por fenómenos naturales en los últimos años, ocurridos en el Perú:

- Terremoto en Nazca, 1996
- Alud en Tamburco, Abancay, 1997
- Fenómeno del Niño, 1998
- Sequías y heladas en Puno
- Terremoto en el sur del Perú, 2001
- Terremoto en Arequipa
- Terremoto en Lamas, 2005
- Volcán Ubinas, Moquegua
- Terremoto de Pisco, 2007

### Desastres por la acción del hombre:

- Acción socio-natural
- Antrópico: de origen tecnológico, pueden controlarse o prevenirse
- Complejos: guerras y conflictos sociales.

Los siguientes son ejemplos de desastres y emergencias provocados por la acción del hombre en el Perú:

- Violencia terrorista
- Incendios en Mesa Redonda (Lima), 2002; en la discoteca Utopía, 2003
- Toma de rehenes en la embajada de Japón, por terroristas
- Incendio de Lomo de Corvina (labor en albergues)
- Caída de aviones en la selva
- Enfrentamientos armados en zonas cocaleras.

## 2.5 Fases de los desastres

**Tabla 1. Fases de los desastre**

| Fases                                                                                                                  |                                                                                                                      |                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Preimpacto                                                                                                             | Impacto                                                                                                              | Posimpacto                                                                                                                                             |
| Fase previa de amenaza o alerta.                                                                                       | Es el momento en que ocurre un desastre y hay muertos o heridos y daños materiales.                                  | Es la etapa posterior al rescate.                                                                                                                      |
| <b>Acciones:</b> prevención, mitigación, preparación y alerta.                                                         | <b>Acciones:</b> Rescate, atención inmediata de los afectados.                                                       | <b>Acciones</b> de recuperación, rehabilitación y reconstrucción.                                                                                      |
| <b>Objetivo:</b> Preparar a la comunidad tanto a nivel material como humano.                                           | <b>Objetivo:</b> Asistir la salud física y psicológica de las víctimas y sus familiares.                             | <b>Objetivo:</b> Brindar contención emocional y prevenir secuelas postraumáticas, así como contribuir al restablecimiento del tejido social.           |
| Ej.: capacitación y organización de pobladores de la comunidad en los diferentes niveles, así como en infraestructura. | Los ciudadanos afectados reciben la primera ayuda que inicialmente es dada por los propios miembros de la comunidad. | Comprende el apoyo físico y emocional. Ej.: la intervención de salud mental luego del terremoto de Pisco se inició en la semana que ocurrió el evento. |

## 2.6 Ciclo de los desastres

**Respuesta.** Son las acciones que se realizan durante o en el momento inmediato después de ocurrido el evento adverso; la experiencia ha demostrado que los propios afectados son los que suelen dar la primera ayuda.

**Rehabilitación.** Se da en la fase posterior del desastre. Ocurre generalmente en los 30 primeros días o, dependiendo del tipo de evento, puede durar menos. Su objetivo es restablecer los servicios vitales y el sistema de abastecimiento de la comunidad afectada

**Reconstrucción.** Se da en la fase posterior del desastre. En eventos por fenómenos naturales, como terremotos, es la etapa que se inicia después de los 30 primeros días. Dependiendo del tipo de evento se puede iniciar antes. Su objetivo es reparar y restablecer los sistemas dañados tanto a nivel físico como psicológico.

**Prevención:** Se da en la fase previa del evento adverso y sus acciones están orientadas a evitar que ocurran daños mayores en el momento del impacto.

**Mitigación:** Se da en la fase previa del evento adverso y sus acciones están orientadas a aminorar el impacto. Ej.: el reforzamiento de la infraestructura.

**Preparación:** Se da en la fase previa del evento adverso y sus acciones están orientadas a preparar y organizar las acciones de respuesta. Es importante que los planes incluyan la intervención para recuperar la salud mental

**Alerta:** Se da en la fase previa del evento adverso y sus acciones están organizadas para la notificación formal del inminente peligro, como el aviso a la población cuando se prevé la ocurrencia de un posible desastre. Se utilizan códigos como la alerta verde, amarilla, naranja y roja.

Por ejemplo: la posible erupción del volcán Ubinas llevó a las autoridades de defensa civil a trasladar a toda la población a una zona llamada Cchacchagen, en Moquegua; durante la alerta amarilla y luego naranja, los equipos de salud mental trabajaron con la comunidad albergada en esta zona.

Todas estas acciones se enmarcan dentro del concepto de gestión del riesgo, que implica las acciones de planeamiento, organización, dirección y control de las actividades en todas las fases. Tienen como base el concepto de desarrollo.



Fig. 2: Ciclo de los eventos adversos  
Fuente: OPS.

## 2.7 Amenaza

La amenaza es un factor externo de origen natural o producido por la actividad humana que puede causar daños, siempre y cuando haya personas u objetos expuestos a su acción. Ej.: fenómeno natural (terremoto, erupción de un volcán) o actos negligentes (derrames de materiales peligrosos).

## 2.7.1 Tipos de amenaza

**Tabla 2. Origen y características de las amenazas**

| Origen                    | Características                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Natural</b>         | Son aquellas relacionadas con los fenómenos climáticos y la dinámica geológica y oceánica del planeta, que por sus características intrínsecas tiene el potencial de afectar la vida de las personas y el ambiente. En nuestro país los más frecuentes son los sismos, el fenómeno El Niño, sequías, etc. |
| <b>2. Antrópico</b>       | Producidos por la conducta humana sobre la naturaleza; ponen en peligro la vida e inclusive el futuro de las próximas generaciones e incluyen las acciones humanas negligentes en el uso de la tecnología, la violencia social o eventos complejos como las guerras.                                      |
| <b>3. Socio-naturales</b> | Surgen como reacción de la naturaleza frente a la acción humana perjudicial para los ecosistemas. Las más comunes en nuestro país son las inundaciones y deslizamientos.                                                                                                                                  |
| <b>4. Epidemiológicas</b> | Aumento inusual o aparición de un número significativo de casos de una enfermedad infecto-contagiosa. Incluye a los animales.                                                                                                                                                                             |

## 2.8 Vulnerabilidad

La vulnerabilidad es el conjunto de condiciones a partir de las cuales una comunidad está expuesta al peligro de una amenaza, sea de tipo natural, antrópico o socio natural. Este concepto en la gestión del riesgo es relativo por lo que toma dimensiones y niveles de análisis distintos según sean las condiciones particulares de cada comunidad.

Una población será más vulnerable en la medida que carezca de conocimientos elementales sobre los fenómenos que la amenazan, no los comprenda o no pueda tomar medidas para afrontarlos (PNUD, 2005).

### 2.8.1 Componentes de la vulnerabilidad:

**Exposición:** la intersección de la actividad humana, el uso del suelo y el ambiente construido con los patrones de amenaza.

**Resistencia:** la capacidad de una sociedad y del ambiente construido a resistir el impacto de los eventos.

**Resiliencia:** la capacidad de recuperación de una sociedad.

**Recuperación:** la capacidad de reconstrucción de una sociedad.

**Aprendizaje:** la capacidad de una sociedad de aprender de los desastres ocurridos.

**Adaptación:** la capacidad de una sociedad de cambiar sus patrones de conducta a raíz de la ocurrencia de desastres.



### 2.8.2 Tipos de vulnerabilidad:

La predisposición o susceptibilidad puede ser física, psicológica, económica, política o social (ideológica, cultural, educativa) y geológica.

### 2.9 Riesgo

El riesgo es la probabilidad de peligro para la integridad debido a daños sociales, ambientales y económicos, en un lugar dado durante un tiempo de exposición determinado.

### 2.10 Desarrollo

El desarrollo es el aumento acumulativo y durable de bienes, servicios y recursos de una comunidad, unido a cambios sociales, tendientes a mantener y mejorar la seguridad y la calidad de la vida humana sin comprometer los recursos de las generaciones futuras.

### 2.11 Ciudadanos afectados por la emergencia o desastre



Fig. 3: Atención de los afectados en su comunidad. Lambayeque 1998.

Son las personas que resultan afectadas por un evento adverso, ya sea de forma directa o indirecta por encontrarse en el lugar del desastre, o por haber sido espectadores, incluye también a los trabajadores que atienden a los afectados directos.

#### 2.11.1 Clasificación de los ciudadanos afectados

En 1981 se estableció una clasificación de víctimas según el grado de exposición al evento adverso, así como el impacto que esta persona pudo recibir. Las nuevas propuestas de

gestión del riesgo ha llevado a considerar a los afectados como ciudadanos afectados que tienen el derecho de recibir apoyo inmediato a sus necesidades básicas; ello permitirá que el damnificado no se victimice y perennice con ello su condición.

La búsqueda del restablecimiento de la vida cotidiana lo más pronto posible es lo que debe guiar nuestro actuar, aun cuando las condiciones ambientales, materiales y sociales demoren en ese proceso. Es importante recordar que las crisis vistas como oportunidad para el desarrollo es la mejor opción para superar lo vivido.

En esta perspectiva adaptaremos a nuestra realidad la clasificación de Taylor y Frazer como se muestra en la tabla 3:

**Tabla 3. Nivel de afectación de los ciudadanos**

| <b>Ciudadanos afectados</b><br>Adaptación K. Aliaga (2008) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nivel de afectación</b>                                 | <b>Características</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>I</b>                                                   | Todas las personas que se encontraron afectados directamente por el evento adverso y que vivieron el máximo de exposición.                                                                                                                                                                                      |
| <b>II</b>                                                  | Parientes, amistades de los ciudadanos con afectación nivel I, incluidos los vecinos de la comunidad que por diversas razones no se hallaban en su localidad en el momento del evento.                                                                                                                          |
| <b>III</b>                                                 | Trabajadores de la emergencia o desastre, de las diferentes organizaciones públicas y privadas de la ayuda humanitaria.<br>Taylor y Frazer refieren que “necesitan ayuda para mantener su rendimiento funcional durante algunas operaciones y hacer frente a los posteriores efectos psicológicos traumáticos”. |
| <b>IV</b>                                                  | Comunidad envuelta en el desastre, desde las personas que ofrecen su ayuda de forma altruista hasta quienes sufren pérdidas y robos.                                                                                                                                                                            |
| <b>V</b>                                                   | Personas que sin haber estado envueltas en el desastre directamente han sido observadores y sufren estados de estrés o perturbación por el evento.                                                                                                                                                              |

## 2.12 Asistencia de la salud psicológica

Acciones que se dan en forma individual o grupal, cuya finalidad es ayudar a procesar el evento traumático y prevenir secuelas. No es una intervención psicoterapéutica.

Estas intervenciones serán descritas en los capítulos siguientes y responden a nuestras experiencias de intervención después de ocurridos los eventos adversos, en su mayoría fenómenos naturales.

Para graficar la percepción de los afectados sobre la intervención psicológica presentamos un ejemplo de una encuesta breve realizada a pobladores de un albergue en Lima. Ellos habían sufrido un incendio de grandes proporciones en su comunidad. Estos fueron algunos de los resultados (n = 28):

Expectativas de la población sobre la intervención psicológica

- |                                                                                 |      |
|---------------------------------------------------------------------------------|------|
| - Orientación psicológica, que nos den ánimo e ideas sobre cómo hacer las cosas | 60%  |
| - Que orienten a las mujeres para que ayuden en el refugio                      | 13 % |
| - Que intervengan para que nos den nuestro terreno                              | 13%  |
| - Que trabajen con los traumatizados                                            | 7%   |
| - Que nos ayuden a olvidar                                                      | 7 %  |

Percepción de su actual situación de vida

- |                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| - Responsabilidad del poblador       | 29% |
| - Responsabilidad de las autoridades | 21% |
| - Ambos                              | 39% |
| - Ninguno                            | 11% |

Sus condiciones de vida después del incendio, en el albergue:

- |                 |     |
|-----------------|-----|
| - Han mejorado  | 18% |
| - Han empeorado | 68% |
| - Siguen igual  | 14% |



Figs. 4, 5: Pobladores de Ubina - Moquegua en el albergue de Chacchagen, durante la amenaza del Volcán.

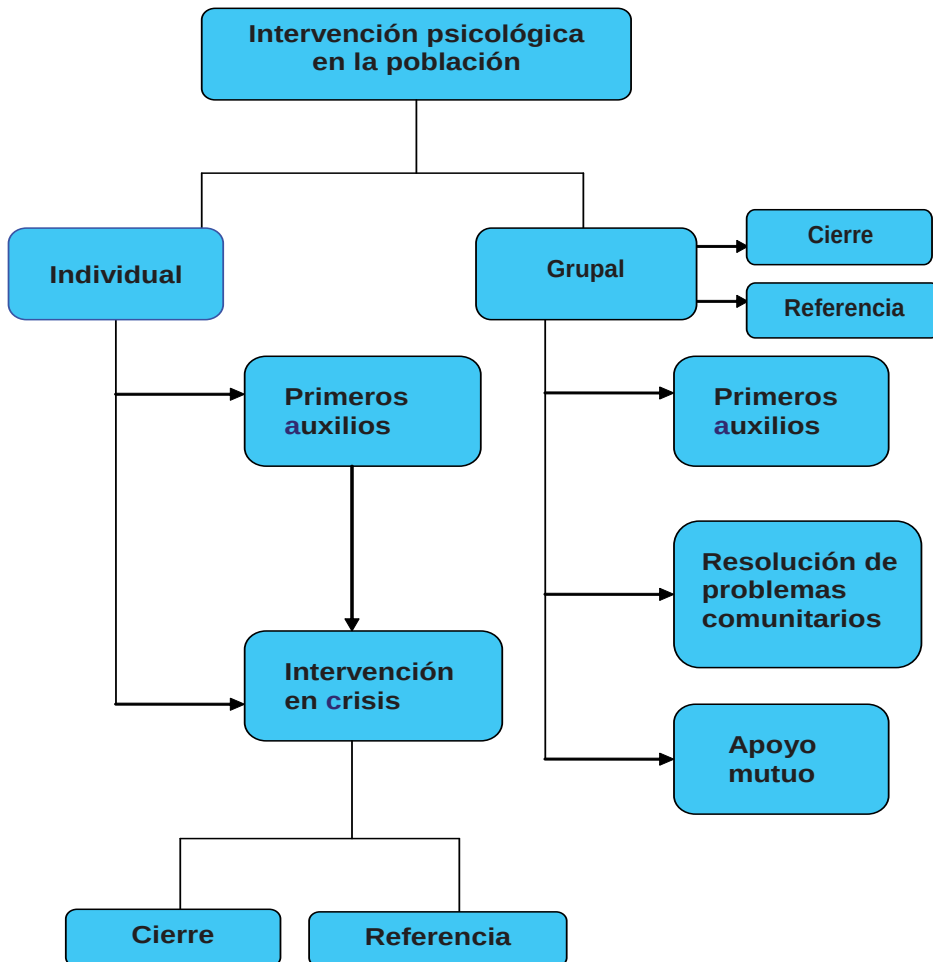


Fig. 6: Esquema de la asistencia de la salud psicológica en emergencias y desastres

### 3. Conclusiones

- ❖ La conducta humana en cada fase del desastre es variable. Para elaborar nuestros programas se requiere conocer los cambios de conducta en las diferentes fases y aplicar los enfoques de ciudadanía y género.
- ❖ El fortalecimiento de la solidaridad en la comunidad genera una cultura de prevención, que ayuda a disminuir las secuelas del desastre y fomenta la rehabilitación y reconstrucción.

## Referencias bibliográficas

Blaikie P.; Cannon T.; David I.; Wisner B.; (1996). *Vulnerabilidad. El entorno social, político y económico de los desastres*. La Red Colombia.

Cervantes L; (2006) *Dinámica grupal. Aportes contemporáneos*. Lima: Fondo Editorial Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Cohen R. (1999). *Salud mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores*. OPS.

Ehrenreich J. (1999). *Enfrentando el desastre. Una guía para la intervención psicosocial. Preparado para trabajadores en salud mental sin fronteras*.

Ministerio de Salud. (2007) Plan de Recuperación Integral de Salud Post Sismo (PRISA). Lima: MINSA.

Moreno P. (2003). *Psicosis de guerra, obsesión por la paz o papel de los profesionales de la salud mental ante un impactante problema de salud, los múltiples efectos de la guerra*. Palma de Mallorca. Disponible en: [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)

Ministerio de Salud. *Plan Sectorial de Prevención y Atención de Emergencias y Desastres del Sector Salud, aprobado por Resolución Suprema N° 009-2004-SA*.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2005). *De la emergencia al desarrollo. La gestión de riesgos climatológicos con un enfoque de desarrollo sostenible*. Lima: Agencia Peruana de Cooperación Internacional.

Puy A., Cortés B. (1998) *Percepción social de los riesgos y comportamiento en los desastres*. En: Argones J. *Psicología ambiental*. Madrid: Ed. Pirámide.



## Capítulo II: Planificación, organización y manejo de los equipos

**Psic. Katuska Aliaga Giraldo**  
kpaliaga@yahoo.com

### 1. Antecedentes

Nuestro país ha vivido diversas emergencias y desastres, el último de gran envergadura ocurrió en la zona sur del país el 15 de agosto de 2007, a las 18 horas con 41 minutos (23:41 hora GMT), cuando se produjo uno de los sismos más fuertes de la década del 2000. El epicentro se localizó a 60 km al oeste de Pisco. Los departamentos más afectados fueron Ica, Huancavelica y Lima. Las provincias de Ica, Chincha y Pisco, las más afectadas por el sismo, tienen en conjunto una población estimada en 635.642 habitantes. El Instituto Nacional de Estadística mencionó que hubo 519 fallecidos y 42 desaparecidos y destrucción de viviendas y edificios públicos. La Oficina General de Defensa Nacional del Ministerio de Salud (MINSA) informó que se atendieron 2.162 heridos hasta el 23 de agosto y al 28 de agosto se habían atendido 1.271 víctimas del sismo en instituciones de salud de Lima, incluido el MINSA, EsSalud, servicios de salud municipales, de las Fuerzas Armadas y Policiales y en el sector privado; también se afectaron los servicios de agua, telefonía, internet y transporte.

También se registraron daños significativos en las provincias de Cañete y Yauyos, en el departamento de Lima, así como las provincias de Castrovirreyna y Huaytará en el departamento de Huancavelica.

### 2. La intervención

#### 2.1 Planificación

Se sabe que las condiciones de pobreza agudizan el impacto de los desastres tanto a nivel económico como social, y no es ajeno a ello el impacto en la salud psicológica de las personas afectadas. Al producirse efectos traumáticos, estos dejan secuelas difíciles de superar que a largo plazo afectan el desarrollo sostenible y, por lo tanto, agudizan el sufrimiento y los niveles de pobreza de la población, y ahondan con ello las diferencias sociales.

La planificación debe realizarse antes de que ocurra el impacto, por lo que es necesario que los planes de contingencia incluyan las acciones que se realizarán para cuidar la salud mental. Los soportes de un plan son: el diseño, la organización, la administración y la evaluación.

Es conveniente que los planes de rehabilitación y reconstrucción tengan en cuenta el desarrollo local, por lo que la intervención de los equipos de salud mental también se deben organizar para estas dos fases. La planificación debe incluir variables culturales, como las costumbres, ritos y religiosidad de los pueblos de nuestro país.

En el sismo originado en Pisco, la primera fase de rehabilitación fue planteada para 60 días y la segunda después de ella, orientada más a acciones de capacitación y asesoramiento técnico de los recursos locales, quienes son los que deben dirigir su propia reconstrucción.

Antes de acudir a la zona, un equipo de psicólogos del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” realizó una capacitación a sus profesionales y no profesionales de salud mental, que se ofrecieron como brigadistas voluntarios de salud mental. Un equipo multidisciplinario definió las actividades de los equipos. La participación se fortaleció con la integración de los equipos de psicólogos de las Direcciones de Salud de Lima Ciudad y Lima Sur.

A continuación se presenta una sistematización de las diversas estrategias ejecutadas durante la intervención.

1. **La intervención.** Se inicio en coordinación con la Oficina General de Defensa Nacional del Ministerio de Salud (OGDN), la que luego de evaluar las necesidades dio la indicación de iniciar las intervenciones de los equipos de salud mental. La organización y el liderazgo del responsable técnico de la intervención es de suma importancia para el buen desarrollo de la misma y para facilitar que los equipos ingresen en el momento más oportuno. La experiencia ha demostrado que la buena voluntad sin coordinación no es una buena ayuda y que ocasiona más confusión en el caos ya existente.

Para un mejor conocimiento de la situación de la salud mental posimpacto se realizó una evaluación de daños y necesidades en salud mental, cuya metodología había sido adaptada recientemente por un equipo de psicólogos colaboradores de la Oficina de Defensa Nacional del MINSA. En estos casos es importante tener datos elementales sobre los efectos del evento en la población, en las estructuras físicas, en los sistemas de salud y en general de los diversos ámbitos del gobierno.

- a) **Los equipos** estuvieron integrados en su mayoría por psicólogos, psiquiatras y también por enfermeras y trabajadoras sociales con especialidad en salud mental, quienes acudían a la zona en brigadas de 12 miembros aproximadamente y permanecían en la zona del desastre por 5 días. En los primeros 30 días, las coordinaciones se hicieron directamente con la OGDN, responsable técnica en esta etapa.
- b) **Actividades asistenciales.** Las estrategias estuvieron dirigidas a dar orientación y apoyo a la población, detectar casos clínicos reactivados por el evento y prevenir secuelas postraumáticas.
- c) **Apoyo psicológico a los trabajadores** locales de salud que fueron afectados. Se trabajaron dinámicas grupales para el manejo del trauma, técnicas para el manejo del estrés, relajación, y manejo de las relaciones interpersonales.



- d) **Acciones de difusión masiva** de mensajes que permita a la población reconocer sus estados emocionales y como manejarlos. Es importante crear mensajes para los siguientes grupos objetivos: adultos, padres de familia (manejo de las reacciones emocionales de sus hijos), maestros (manejo de las reacciones emocionales de sus alumnos), mujeres.
2. **Capacitación en servicio.** Se capacitó a algunos trabajadores con la finalidad de que puedan continuar la atención de la población cuando las brigadas se retiraran. Esto se inicio después del primer mes.
3. **Acciones de gestión.** Como institución representante del Ministerio de Salud, una de nuestras tareas fue fortalecer y coordinar las acciones de los diversos equipos de salud mental de instituciones gubernamentales y no gubernamentales que acudían a la zona para dar apoyo. Estas organizaciones tenían grupos objetivos diversos (niños, adultos, mujeres, albergues, etc.), así como días de asistencia variados (algunos permanecían a tiempo completo, otros solo iban los fines de semana). Se organizó un Comité de Salud Mental con todas las organizaciones que desarrollaban tareas en este rubro; en las reuniones se informaba sobre los hallazgos y las acciones que se estaban realizando, por lo que se pudo sectorizar las zonas de atención para no duplicar acciones con la misma población. Durante el primer mes las reuniones se hicieron con una frecuencia diaria, luego interdiaria y finalmente cada semana hasta el término de la intervención.
4. **El Comité de Salud Mental** era presidido por el coordinador de salud mental de la red local del MINSA con el apoyo del jefe de la brigada de salud mental, este dependía del Comité Operativo de Emergencia de salud y este a su vez dependía para su gestión del Comité Operativo Local, que es la única y máxima autoridad para manejar las acciones. Se espera que sea dirigido por el alcalde como máxima autoridad de la defensa civil. Es importante conocer e integrarse según el nivel que corresponda en los planes locales, regionales o nacionales.



Fig. 6: Pobladores del albergue de Cchachagen - Moquegua, reunidos con sus autoridades.



Fig. 7: Pobladores de Tamburco Abancay durante el proceso de reconstrucción de su comunidad, 1997.

## 2.2 Organización según las fases de un desastre

Las actividades para hacer frente a un desastre o emergencia se organizan de acuerdo con las fases que se muestran en la tabla 1.

**Tabla 1. Fases del desastre y sus actividades**

| Fases del desastre o emergencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Preimpacto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Impacto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Posimpacto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Actividades:</b><br><br>a) Promoción de la salud en la comunidad. Prepara a la comunidad, busca crear actitudes de prevención y promueve la práctica de conductas saludables.<br><br>b) Organización comunitaria. Capacita y ayuda a los líderes y miembros de la comunidad a identificar y reducir sus vulnerabilidades.<br><br>c) Elaboración y difusión de material educativo.<br><br>d) Capacitación de recursos humanos en los diferentes niveles. | <b>Actividades:</b><br><br>a) Primeros auxilios psicológicos a la comunidad mediante el apoyo inmediato a las víctimas y sus familiares.<br><br>b) Evaluación de los daños y necesidades en salud mental.<br><br>c) Soporte a los recursos humanos de salud de la localidad. Aunque son víctimas del evento, mantienen activos muchos de los establecimientos de salud.<br><br>d) Organización de las estrategias según los resultados de la evaluación.<br><br>Desmovilización psicológica a los recursos humanos que atienden el desastre. | <b>Actividades:</b><br><br>La labor psicológica se distribuye en las siguientes fases:<br><br><b>Fase I</b><br>a) Actividades asistenciales: primeros auxilios psicológicos individuales y grupales: <ul style="list-style-type: none"> <li>- promoción</li> <li>- consultoría</li> <li>- capacitación</li> <li>- gestión</li> </ul> Dura aproximadamente uno o dos meses según el tipo de evento.<br><br><b>Fase II</b><br>Programas de rehabilitación orientados al desarrollo. Ej.: generación de nuevas fuentes de trabajo. Su duración es indeterminada. |

## 2.3 Los Objetivos del Milenio, la gestión del riesgo en desastres y su relación con la salud mental

Es importante considerar que actualmente hay una seria preocupación a nivel mundial por el cuidado del ambiente y su efecto en las poblaciones. En las siguientes líneas se intenta establecer un puente entre algunos de los Objetivos del Milenio, la gestión del riesgo en desastre y su relación con la salud mental.

### Promover la igualdad de los sexos y la autonomía de la mujer

Cuando los desastres ocurren, el ambiente individual, familiar y comunitarios experimentan cambios bruscos y se observa que los más vulnerables son las mujeres,

los niños y los ancianos. Estas poblaciones, con la ruptura de la cohesión familiar, quedan expuestas a situaciones de violencia y de inseguridad.

La mujer cumple roles en la organización de la comunidad y constituye un capital social importantísimo; por ejemplo, para satisfacer necesidades básicas de alimentación a través de las ollas comunes, vasos de leche y otros, que son experiencias de organización comunitaria con muchos años de existencia en nuestro país como una estrategia para afrontar la pobreza. Durante situaciones de desastre, las madres de familia demuestran fortaleza, capacidad de organización y espíritu de colaboración.

Las mujeres afrontan con mucha valentía las crisis; sin embargo, las estrategias que plantean las organizaciones que atienden el desastre requieren fortalecerlas con un enfoque de género e incluir la satisfacción de las necesidades propias de las mujeres. Por ejemplo, casi nunca los kits de útiles de aseo prevén las necesidades que implica el ciclo menstrual.

### **Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades**

La intervención de salud mental debe incluir a los grupos de riesgo y no debe dejarse de lado la atención de los enfermos mentales crónicos. Otro grupo de pacientes que requiere atención son los adictos y las personas cuya salud mental ya estaba afectada antes del evento.

### **3. Brigadas de salud mental en situaciones de desastres**

La movilización de recursos humanos requiere tener en cuenta algunas variables fundamentales que permitan el desarrollo de las acciones, tales como el presupuesto requerido durante la intervención, los medios de comunicación (acceso a teléfonos e internet), el envío de técnicos con conocimientos en procedimientos administrativos,



Fig. 8: Brigada de Salud post terremoto en Pisco

epidemiológicos y estadísticos, además de ayuda psicosocial y crisis. Cohen (2009) recomienda considerar los niveles de autoridad y de responsabilidad para todos y cada uno de los miembros de los equipos e incluir el título profesional de los que participan en el programa.

También refiere que es necesario tener los objetivos y límites de responsabilidad bien definidos y conocer las características de los otros equipos que intervienen en las ayudas. Concluye que los servicios de salud mental necesitan interrelacionarse con todos los organismos de ayuda, por lo que es importante que obtengan esta información antes de acudir a la intervención.

Las brigadas son equipos integrados por profesionales y técnicos del campo de la salud mental que en situaciones de desastres ofrecen asistencia a la población afectada a fin de facilitar el procesamiento del trauma. Su labor también es preventiva, pues educan e informan a la población sobre las reacciones del ser humano y la manera de evitar las reacciones y conductas no saludables que pudieran producir incluso mayor daño.

Los consejeros de salud mental en desastres refieren que “al ayudar dando apoyo e intervención, el consejero legitima los elementos sanos de las habilidades del damnificado para la resolución de la crisis. Esto significa que se percibe al afectado como una persona capaz de reorganizar su vida si se le ayuda con empatía, conocimientos y respeto”.

El grupo que conforma la brigada requiere:

- Tener cohesión entre sus miembros y su relación interpersonal requiere ser horizontal.
- Manejar las variables interculturales y la idiosincrasia de la población afectada, para lo cual es importante que los mensajes se elaboren en función de las características de la población afectada.

### 3.1 Conformación de las brigadas de salud mental

Generalmente, las brigadas de salud mental están conformadas por psicólogos y psiquiatras, así como trabajadoras sociales y enfermeras capacitadas en salud mental. En el nivel local están conformados por sus propios recursos humanos capacitados y pueden incluir a los agentes comunitarios que muestren aptitudes, deseo de ayudar emocionalmente, disposición para escuchar a otro y capacidad empática.

### 3.2 Objetivo de las brigadas

- o Brindar soporte emocional o psicosocial a la población y al personal de salud.
- o Dar consultoría a las organizaciones involucradas en la intervención del desastre, durante el tiempo que dure la crisis.

- o Capacitar para dar continuidad a la atención prioritaria de salud mental.
- o Facilitar y administrar las acciones de salud mental con un enfoque de gestión del riesgo, hasta que el personal local retome sus actividades.
- o Realizar acciones de promoción de la salud.

### 3.3 Actividades que realizan

Los equipos desarrollan actividades a nivel individual, grupal y masivo, de acuerdo con las diversas necesidades de los pobladores, grupo etario y género. Es necesario considerar que las acciones de las brigadas tienen una visión integral de la persona y de su condición de salud física y psicológica previas al evento así como de la comunidad.

Una actividad que aun requiere ser analizada y consensuada por los expertos es la relacionada a cómo realizar los reportes epidemiológicos con un enfoque no patológico; la afectación de la salud psicológica no necesariamente llega a configurar un trastorno los cambios responden a un estado transitorio debido a la situación anormal que se vive, sin embargo existe la necesidad de atenderla y visualizarla a través de este tipo indicadores, ya que facilitará una información de calidad para la toma de decisiones y planificación a corto y largo plazo.

### 3.4 Estrategias básicas

Las cuatro estrategias básicas de intervención a través de las brigadas que presentamos se basan en la experiencia del Instituto Nacional de Salud Mental “HD-HN” durante la conducción del Programa Nacional de Salud Mental en su Línea de Acción Salud Mental en Desastres de 1996-2000.



Fig. 9: Pautas técnicas de intervención de salud mental en desastres

**Tabla 2. Estrategias de intervención en un desastre**

| Estrategias de intervención |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Atención</b>             | Acciones con las víctimas del desastre a fin de facilitar el acompañamiento emocional, procesamiento del trauma, expresión emocional y manejo de duelo. Dirigido a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Se realizan acciones con las modalidades de intervención individual y grupal para todos los grupos etarios                            |
| <b>Promoción</b>            | Acciones de educación, información y sensibilización de la población para afrontar la situación, erradicar mitos, informar y brindar directivas para mitigar los daños mediante la promoción participativa y la difusión masiva.                                                                                                                         |
| <b>Consultoría</b>          | Acciones de información, coordinación y asesoría en salud mental para mejorar la calidad de ayuda a las víctimas. Se da consultoría al personal de salud, organizaciones que asisten al desastre, autoridades y líderes locales que lo soliciten. Para el personal de salud que atiende el desastre se realizan acciones de desmovilización psicológica. |
| <b>Capacitación</b>         | Acciones de transmisión de información y desarrollo de habilidades en el personal y promotores de salud locales para la atención de las víctimas al producirse el retiro de las brigadas, lo que garantiza la continuidad de la atención de la salud mental.                                                                                             |

### 3.5 Características del brigadista de salud mental

El personal que realiza esta labor debe cumplir los siguientes requisitos básicos para ser miembro de una brigada de salud mental:

- Ser voluntario.
- Tener entrenamiento en gestión de desastres, intervención en crisis, manejo del duelo y prevención primaria.
- Debe tener un buen estado de salud integral.
- Disposición a tiempo completo.
- Capacidad de rápida adaptación a situaciones cambiantes.
- Pensamiento flexible y proactivo.
- Capacidad de trabajo en equipo y horizontalidad en el trato.
- Buen estado de ánimo.

El poseer estas cualidades facilitará su labor y la de sus compañeros en un escenario de alto estrés, de horarios prolongados e inusuales y de cambios permanentes. Analicemos el por qué de algunas características:

**Proactividad:** Para que intervenga y participe en el análisis de hechos, aporte ideas y esté en constante búsqueda y generación de soluciones ante las dificultades y frustraciones que se presenten durante la situación de emergencia y desastres.

**Empatía, tolerancia y comprensión:** Características que requieren mayor disposición personal y entrenamiento. Estas capacidades le permitirá reconocer el conjunto de necesidades de la persona que sufre, confiar en otros, entender y resolver conflictos.



Fig. 10: Brigadistas en el refugio de Chacchagen, Ubinas, Moquegua



Fig. 11: Brigadistas de salud mental en la Morgue de Lima, posincendio de Mesa Redonda

**Solidaridad:** Es necesario que el brigadista mantenga su disposición para ayudar y que dentro del grupo promueva un clima de unidad entre los miembros del equipo. Es importante resaltar el sentimiento de cordialidad, equidad, justicia, solidaridad y respeto de los derechos del otro que debe tener el brigadista. Por este motivo se requiere que la participación sea voluntaria.

**Actitud humanitaria:** Esta visión se resume en las siguientes observaciones de **Raquel Cohen**:

*"La mayoría de la población no busca ayuda psicológica. En general los individuos no perciben la necesidad de buscar ayuda psicológica. La ayuda psicológica es parte de la ayuda práctica y concreta. Los servicios de salud mental tienen que adaptarse a la comunidad en cuanto al lenguaje, tradición, cultura, religión y valores familiares. Los trabajadores de salud mental deben descartar la actitud clínica. No deben usar "etiquetas patológicas" y recordar que están ayudando a ciudadanos "víctimas", no a pacientes. Los tipos de ayuda deben concordar con la fase post-desastre; inmediata; a corto plazo; a largo plazo. La etapa post-desastre puede proporcionar traumas adicionales, un "segundo desastre".*

Raquel Cohen

Además recomienda que ante el cambio de roles y funciones de los trabajadores de desastre, estos deben:

- Tener conocimiento básico de clínica en salud mental: trauma, crisis, duelo.
- Cambiar actitudes tradicionales: los profesionales participan en forma conjunta con otras especialidades e instituciones.
- Satisfacer necesidades y expectativas imprevistas de trabajadores de otras instituciones, y reaccionar de manera positiva frente a actitudes inesperadas.
- Realizar un trabajo multidisciplinario participativo y colaborativo.



#### 4. Comité hospitalario de emergencias y desastres

En nuestras instituciones es mandato de ley que se constituya un comité hospitalario de emergencias, que elabora los planes de contingencia y organiza las acciones de los trabajadores de la institución para las tres fases de las emergencias y desastres.

La principal responsabilidad del comité hospitalario de emergencias y desastres es conducir la elaboración y ejecución de un plan que integre medidas de gestión del riesgo y respuesta a emergencias y desastres tanto para el frente interno como externo.

##### Integrantes:

| Comité hospitalario de emergencias y desastres |             |
|------------------------------------------------|-------------|
| Integrantes                                    | Cargo       |
| Director del Hospital                          | Presidente  |
| Jefe del Departamento de Emergencia            | Coordinador |
| Jefe del Departamento de Medicina              | Miembro     |
| Jefe del Departamento de Cirugía               | Miembro     |
| Jefe del Departamento de Enfermería            | Miembro     |
| Jefe de Apoyo Administrativo                   | Miembro     |
| Jefe de Mantenimiento y Transporte             | Miembro     |
| Representante del Cuerpo Médico                | Miembro     |
| Representante del Sindicato de Trabajadores    | Miembro     |

En el caso de las instituciones de salud mental se requiere la participación en este comité del jefe del Departamento de Psicología, dada la labor activa que realizan los miembros de esta especialidad y la demanda social existente.

Los psicólogos tienen como tarea la intervención en emergencias y desastres, especialidad que se aboca al comportamiento individual y colectivo de los seres humanos frente a eventos adversos de origen natural o antrópico en cualquiera de sus fases.



## Referencias bibliográficas

- Cohen E.R. (1999). *Salud mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores*. OPS.
- Cohen E.R. (2009). *Planificación y diseño de asistencia psicosocial post- desastre. Guía para el diseño y ejecución de un programa de acción*.
- Coehlo A. (1997) Género: La variable invisible en la evaluación del distrés post desastre. *Desastres y Sociedad. Revista Semestral de la Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina*.
- Colegio de Psicólogos del Perú (2007). *Ley del trabajo del Psicologo y su reglamento*
- Ehrenreich J. (1999). *Enfrentando el desastre - Una guía para la intervención psicosocial*. Preparado para trabajadores en salud mental sin fronteras.
- Ministerio de Salud (2007). *Plan de Recuperación Integral de Salud Post Sismo (PRISA)*.
- Moreno P. (2003). *Psicosis de guerra, obsesión por la paz o papel de los profesionales de la salud mental ante un impactante problema de salud, los múltiples efectos de la guerra*. Palma de Mallorca. Disponible en: [www. psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)
- Ministerio de Salud (2004). *Plan Sectorial de Prevención y Atención de Emergencias y Desastres del Sector Salud, aprobado por Resolución Suprema N° 009-2004-SA*.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2005). *De la emergencia al desarrollo. La gestión de riesgos climatológicos con un enfoque de desarrollo sostenible*. Lima: PNUD.
- Puy A., Cortés B. (1998) Percepción social de los riesgos y comportamiento en los desastres. En: Argonés J. *Psicología ambiental*. Madrid: Ed. Pirámide.



## Capítulo III: El Desastre como evento traumático

**Psic. Yolanda Robles Arana**  
roblesar@terra.com.pe

**Psic. Rosario Guillén Balbín**  
guillenbal@yahoo.es



Fig. 12: Destrucción y pérdida. Pisco 2007

### 1. Introducción

El desastre es un estado de destrucción y de amenaza para los ciudadanos y comunidades, causado por la naturaleza o por el hombre. Muchos de estos eventos son repentinos y por su carácter destructivo generan pérdidas de diverso tipo y son experimentados como traumáticos.

Las pérdidas objetivas personales abarcan diferentes dominios y pueden ser múltiples (Gaborit, 2006; Weinberg y col., 2005; Sullivan y Everstine, 2006). Pueden darse pérdidas de:

- Integridad física por lesiones
- Vidas de personas y seres queridos: familiares, compañeros, vecinos, mascotas
- Viviendas y bienes personales
- Capacidad de satisfacer necesidades de alimentación, vestido e higiene.
- Centros de estudios, trabajo y recreación
- Instalaciones y servicios públicos: redes de agua, gas, electricidad, carreteras, etc.

Las pérdidas objetivas pueden tener las siguientes consecuencias:

- Limitaciones en el autovalimiento debido a traumatismos
- Debilitamiento de roles sociales
- Debilitamiento de redes sociales
- Cambio dramático de la vida cotidiana
- Problemas financieros y ocupacionales
- Problemas legales por pérdida de documentos de identidad o de propiedades
- Desplazamiento forzado de residencia, etc.

Paralelamente pueden emerger las siguientes consecuencias sociales, que contribuyen al aumento del estrés:

- Pánico colectivo
- Violencia delincuencial, por ejemplo, robos y saqueos
- Violencia por condiciones de hacinamiento debido a la falta de vivienda o a escasez de recursos como agua o alimentos
- Violencia doméstica por dificultades en las condiciones de vida
- Abandono familiar, por ejemplo, en situación de pérdidas familiares múltiples
- Pérdida de soporte social, ya sea por reubicación de residencia o por conflictos en las relaciones sociales debido a desconfianza, irritabilidad o aislamiento
- Participación de personas ajenas a la comunidad y sus costumbres, desde rescatistas hasta curiosos.

Ante el evento traumático y el desastre se producen reacciones inmediatas a nivel individual, familiar y comunitario, y reacciones de más largo plazo. Los siguientes factores influyen en la percepción de la situación y en las reacciones individuales ante el desastre (Gaborit, 2006; ISTSS, 2005; Pérez y Vásquez, 2001):

- Tipo y características del evento que causa el desastre. Existe una relación directa entre la intensidad del desastre y el grado en que afecta a las personas. Sus efectos varían según su aparición, extensión en el tiempo, repetición, si es intencional o no y el significado simbólico del agente causante del desastre. En particular, los terremotos, pese a su breve duración tienen un enorme poder destructivo. A esto se suma que están acompañados de réplicas que condicionan una actitud de vigilancia con permanente activación fisiológica que conduce al agotamiento. Otras situaciones, como el terrorismo, pueden durar largo tiempo y crean permanente inseguridad y miedo.
- Características del entorno: infraestructura, organización social, creencias y valores familiares y culturales, estrategias de respuesta al desastre.
- Características de la persona: en la historia previa y la situación vital actual se encuentran condiciones que determinan las reacciones. Entre ellas:
  - La fase evolutiva dentro del ciclo vital. Se encuentra mayor reacción a menor edad.
  - Las condiciones biológicas. Aluden a la vulnerabilidad definida por el temperamento y a los cambios de las estructuras nerviosas provocadas por el trauma, vinculadas especialmente al afecto y la memoria.
  - Las condiciones previas. La exposición anterior a traumas y el padecimiento de algún trastorno mental influyen en la disposición de recursos para hacerles frente.
  - Atribuciones y significado personal del evento. Por ejemplo, la atribución de la causalidad del desastre que puede movilizar culpa o cólera.
  - Estrategias de afrontamiento. Se encuentra mayor capacidad de control en personas con locus de control interno y en la actitud optimista.
  - Disposición de apoyo social. El contar con ayuda influye en la intensidad con que se experimentan los estresores.

Además de estos elementos que producen el trauma se deben considerar otros de índole moral (Sullivan y Everstine, 2006). Durante el evento mismo o en el desastre, el afectado puede desplegar una conducta de la que luego se puede sentir avergonzado o culpable, por ejemplo, al intentar salvar su propia vida sin salvar una pertenencia importante. En ocasiones, el afectado se ve en un dilema para tomar decisiones de valor con repercusiones importantes y que pueden cambiar una vida, por ejemplo, a quién salvar o cuánto exponerse para salvar a alguien. De otro lado, la exposición a la muerte, tanto propia como de otros, produce un cambio en las creencias y valores que dirigen la vida e incluso puede provocar una crisis existencial.

Aproximadamente dos tercios de las personas expuestas al trauma muestran diversas reacciones consideradas esperables, que varían de grado y disminuyen con el tiempo. Alrededor de un tercio desarrolla síntomas que pueden resultar en un desorden agudo de estrés, trastornos afectivos, desorden de estrés postraumático y otros desórdenes de ansiedad. En el lapso de un año después del evento se estima que la prevalencia de los desórdenes alcance el máximo de casos y que disminuyan progresivamente. Cuando los síntomas no desaparecen después de aproximadamente un año es probable que persistan en intensidad (McGinn y Spindel, 2007; Gaborit, 2006).

## 2. Manifestaciones psicológicas

La experiencia de un trauma conlleva una inundación de información emocional: terror, dolor, incertidumbre, que desborda la capacidad de asimilar y elaborar lo sucedido, acompañada del sentimiento de pérdida de control (Villalba y Lewis, 2007). El proceso de resolución del trauma implica completar el procesamiento de dicha información (Mingote y cols. 2001, citando a Horowitz).

La vivencia del trauma constituye una amenaza de aniquilación y la perturbación del orden interno y externo, que se tornan caóticos. Genera sentimientos de pérdida de control sobre sí mismo y el entorno, se percibe y experimenta el mundo como arbitrario, en el que es imposible predecir eventos, lo que produce un estado de indefensión (ISTSS, 2005; Noy, 2004). Salir de este estado implica restaurar el sentimiento de control sobre uno mismo.

Un desastre, en muchos casos, implica un cambio súbito y significativo de la situación de vida de los ciudadanos y de la vida cotidiana, y requiere mecanismos de adaptación (Cohen, 1999). El desastre está asociado a pérdidas traumáticas y como tal a duelos múltiples, intensos y prolongados. Representa una sobrecarga del sistema de afrontamiento y puede producir una crisis personal. Crisis se refiere a un “estado de desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (Slaikeu, 1996). No se refiere al evento sino al estado de la persona, que le demanda asimilación de la situación, adaptación a los cambios y reorganización de su psiquismo y su neurobiología (Cohen, 2008; Ehrenreich, 1999).

Sullivan y Everstine (2006) toman el modelo de Kubler-Ross para definir el patrón secuencial en seis estadios en la reacción natural al desastre: impacto e incredulidad; enfrentamiento a la realidad del evento; modo de sobrevivencia traumática hasta que el evento pase o el desastre disminuya; conciencia de la multiplicidad de pérdidas experimentadas; aceptación y reconstrucción. El proceso puede ser facilitado con un soporte adecuado.

Se han descrito fases de la respuesta psicológica al evento (McGinn y Spindel, 2007, Gaborit, 2006, Cohen, 1999), como se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1. Fases de la respuesta psicológica**

| 1. Inmediata, durante o al término del evento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2. De 72 horas a varias semanas después del evento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 3. Mediata. Puede considerarse a partir del tercer o cuarto mes                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Las personas tienen la vivencia de terror por el evento traumático y por el riesgo de muerte. Deseo y temor de conocer la realidad y la magnitud del desastre. Confrontación con diferentes pérdidas.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>La mayoría de personas recupera su capacidad de afrontamiento y entre 20 y 50% pueden continuar con signos significativos de angustia, dependiendo de los recursos personales y de la magnitud de los daños sufridos. (Horowitz, 1976, cit. por Gaborit). La tristeza y desmoralización se hacen más presentes (Carlson, 1997, cit. por Gaborit).</p>                                                                                                                                                                   | <p>Para la mayoría de personas el estado de crisis ha sido resuelto. Continúa el proceso de duelo.</p>                                                                      |
| <p>Generalmente se producen dos estados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Shock, en el que la persona sufre el impacto y reduce su capacidad de reacción, e</li> <li>- Hiperactivación o ansiedad, en que la persona puede realizar acciones de sobreesfuerzo para sobrevivir o ayudar a los demás, por ejemplo, sobrepasando sus fuerzas físicas.</li> </ul> <p>Pueden aparecer reacciones como: Perturbaciones de la memoria, estados de confusión, angustia e irritabilidad (Titchener y otros, 1976, cit. por Gaborit; Slaikeu, 1996).</p> | <p>Generalmente se manifiesta en dos formas de actuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitación del contacto con la realidad traumatizante, con diversas manifestaciones: Amnesia, despersonalización, insensibilidad afectiva, evitación de situaciones relacionadas, estados disociativos.</li> <li>- Experimentación del evento traumático acompañado de: Pensamientos e imágenes intrusivas, ansiedad, reactividad fisiológica ante el recuerdo, hiperactividad, agresividad y pesadillas.</li> </ul> | <p>Es posible que se presenten algunas manifestaciones esperadas de desmoralización o cólera ante demoras o percepción de injusticia con respecto a la ayuda prometida.</p> |

Algunas personas enfrentan la indefensión a través de la disociación y entonces separan o fragmentan la sobrecarga de información afectiva para disminuir en algo el dolor. En el extremo, la reexperimentación traumática intenta mantener el sentido de unidad ante el caos interno (Nov, 2004; Cohen, 2008). Algunas personas que sufren profundamente durante un desastre ocultan su sufrimiento por años, niegan sus síntomas o los atribuyen a otras condiciones; estas defensas pueden ayudar temporalmente durante la fase inmediata al desastre, pero su persistencia termina siendo perniciosa. En estas circunstancias es importante el apoyo del afectado en creencias religiosas o mitos familiares o comunitarios acerca del evento y de las pérdidas, para crear un sentido de seguridad y estabilidad para enfrentar el caos (Sullivan y Everstine, 2006).

Se ha descrito el estado de sobrevivencia en el que la persona está focalizada en mantener la vida, y que le permite “hacer lo que es necesario hacer” en las circunstancias extremas del desastre; este es un estado transitorio (Sullivan y Everstine, 2006). Asimismo, en la segunda etapa puede aparecer el llamado síndrome del sobreviviente. Sus manifestaciones son: culpa y vergüenza por sobrevivir frente a la muerte de otros; disminución de la sensibilidad física y de la respuesta emocional; reexperimentación de la amenaza de muerte como imágenes y recuerdos del desastre; ideación o actos suicidas; alteración del sueño y del apetito; pérdida de la fe en valores, creencias y personas, que sostenían el sentimiento de identidad y el sentido de la vida.

Una situación particular que requiere especial consideración es la muerte traumática de un familiar o conocido. La muerte de un ser querido es una de las experiencias más dolorosas a las que una persona se puede enfrentar y demanda un proceso de duelo; su ocurrencia definitivamente cambia la vida de los sobrevivientes en la familia. Esta circunstancia se torna sumamente difícil cuando la muerte se produce por medios violentos y se encuentran los cuerpos muy dañados. Es mucho más difícil cuando la persona querida es declarada desaparecida; una muerte sin el cuerpo concreto que permita la expresión del dolor impide el cierre del proceso del duelo (Sullivan y Everstine, 2006).

Las manifestaciones psíquicas posteriores al evento traumático más frecuentemente identificadas se presentan en la siguiente tabla (ISTSS, 2005; McGinn y Spindel, 2007, Gaborit, 2006, Cohen, 1999).

**Tabla 2. Manifestaciones psíquicas más frecuentes**

| Cognoscitivas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Afectivas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Somáticas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Interpersonales                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Confusión</li> <li>➤ Desorientación</li> <li>➤ Disminución de la atención</li> <li>➤ Alteración de la memoria</li> <li>➤ Preocupaciones excesivas</li> <li>➤ Pensamientos intrusivos</li> <li>➤ Recuerdos no deseados</li> <li>➤ Imágenes repetidas</li> <li>➤ Indecisión</li> <li>➤ Preguntas recurrentes acerca del por qué del evento.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Miedo</li> <li>➤ aflicción</li> <li>➤ Tristeza</li> <li>➤ Cólera</li> <li>➤ Baja autoestima</li> <li>➤ Pérdida de autoconfianza</li> <li>➤ Vergüenza por la situación de indefensión</li> <li>➤ Desesperanza</li> <li>➤ Desesperación</li> <li>➤ Desinterés</li> <li>➤ Sentimiento de haber sido engañado o traicionado</li> <li>➤ Sentimiento de impotencia y de pérdida de control sobre la vida</li> <li>➤ Sentimiento de que la vida no vale la pena</li> <li>➤ Culpabilidad por las pérdidas, por la forma de reaccionar o por sobrevivir</li> <li>➤ Resentimiento porque la ayuda esperada no llega</li> <li>➤ Irritabilidad</li> <li>➤ Asustarse fácilmente</li> <li>➤ Autodenigración.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dificultad para dormir</li> <li>➤ pesadillas</li> <li>➤ Cambios en el apetito</li> <li>➤ Cambios en el interés sexual</li> <li>➤ Cefaleas</li> <li>➤ Tensión</li> <li>➤ Fatiga</li> <li>➤ Palpitaciones</li> <li>➤ Náuseas</li> <li>➤ Dolores diversos</li> <li>➤ Inquietud motora</li> <li>➤ Asustarse fácilmente</li> <li>➤ Nerviosismo</li> <li>➤ Otros síntomas Somáticos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dependencia</li> <li>➤ Pasividad</li> <li>➤ Desconfianza</li> <li>➤ Conflictos</li> <li>➤ Retraimiento</li> <li>➤ Aislamiento</li> <li>➤ Hipercrítica</li> <li>➤ Sentirse rechazado o abandonado</li> <li>➤ Hipercontrol de la conducta de otros.</li> </ul> |

No obstante la cualidad del trauma y del desastre, puede generarse un movimiento hacia la salud (Benyakar y Collazo, 2005). Se han identificado efectos positivos posibles (Pérez y Vásquez, 2001, siguiendo a Tedeschi y Calhoun):

- Cambios en la autopercepción: mayor confianza en sí mismo para resolver problemas.
- Cambios en las relaciones interpersonales: mayor unión familiar, apertura para expresar sentimientos.
- Cambios en la filosofía de vida: en la escala de valores.



Es necesario mantener una visión interactiva y sistémica de la conducta individual durante la experiencia traumática y el desastre: la conducta de uno de los miembros de la familia o del sistema afecta, influye, motiva, activa o controla la conducta de otras personas. Por ello, es necesario conocer las creencias y mitos que se relacionen con el trauma y que determinan la conducta de sus miembros (Sullivan y Everstine, 2006).

Asimismo, es importante considerar que la vivencia del trauma y sus manifestaciones tienen particularidades para determinados grupos de personas y genera necesidades especiales: niños, adultos mayores, enfermedades crónicas, problemas mentales crónicos y discapacitados (NIMH, 2002; Cohen, 2008).

### 3. Factores protectores y de riesgo para la salud en situaciones de desastre

En situaciones de desastre se ha encontrado una asociación positiva entre las siguientes características personales y la rápida recuperación (Gaborit, 2006; Kobasa y Madi, cit. por Pérez y Vásquez, 2001):

- Sentido de autoeficacia. Actitud de asumir retos y de valorar más los cambios que la estabilidad.
- Control percibido. Noción de control personal sobre el curso de los acontecimientos. Aceptar cierta dosis de incertidumbre en la vida.
- Nivel de autoestima. Compromiso con uno mismo, con lo que se es y hace, y con los demás. Valoración de aspectos personales al compararse con otros.
- Esperanza y optimismo. Percibirse como sobrevivientes del desastre. Tendencia a recordar más los hechos positivos y a ignorar los negativos.

De otro lado, la autculpa y los mecanismos defensivos de negación y evitación aumentan el riesgo de problemas futuros. Las personas que no resolvieron el estado de crisis desarrollan síntomas que duran meses o años: ansiedad, fobias, depresión, estados de estrés postraumático, creciente utilización de estimulantes y depresores (tabaco y alcohol), que son equivalentes somáticos de los problemas emocionales. Asimismo, presentan exacerbación de problemas emocionales y conductuales preexistentes (Gaborit, 2006).

Se han identificado los siguientes factores de riesgo asociados con el desastre y personales, que incrementan la vulnerabilidad para presentar reacciones de estrés más serias (ISTSS, 2005; McGinn y Spindel, 2007; Mc Farlane, 2005):

- Peligro de perder la vida o daño físico
- Pérdida de familiares, del vecindario y comunidad
- Exposición a heridas, cuerpos o muertes horribles
- Violencia y destrucción humana o ambiental extremos
- Pérdida del hogar o de bienes valorados
- Pérdida de comunicación o del apoyo de personas importantes para el afectado
- Demandas emocionales intensas

- Fatiga, condiciones climáticas, hambre o privación del sueño, extremos
- Exposición prolongada al peligro, pérdida o presión emocional o física
- Exposición a la contaminación tóxica: gas, químicos, radiactividad y agentes biológicos
- Dificultades financieras
- Personas con otras experiencias traumáticas; enfermedades o problemas psicológicos crónicos; pobreza, desempleo y discriminación crónicos; estresor vital o presión emocional reciente o anterior; bajo ajuste social previo
- Características personales como locus de control externo y modo de afrontamiento centrado en lo emocional.

En general se han reconocido las siguientes reacciones que por su intensidad y duración necesitan atención especializada (ISTSS, 2005; NIMH, 2002):

- Reexperimentación intrusiva: recuerdos terroríficos, pesadillas, flashbacks
- Intentos de evitar recuerdos perturbadores mediante el abuso de alcohol o sustancias
- Aplanamiento afectivo y sensación de vacío
- Hiperactividad prolongada expresada en ataques de pánico, de rabia, de agitación e irritabilidad
- Pérdida del sentido de la vida y de la esperanza; riesgo suicida
- Disociación
- Reacciones de duelo complicadas
- Somatizaciones
- Regresiones
- Descontrol de la cólera
- Síntomas persistentes o agravados que no se han aliviado con las medidas iniciales
- Dificultades importantes en la vida familiar, laboral o social.

Ehlers y Clark (2000), (citados por McGinn y Spindel, 2007) señalan que ciertas condiciones aumentan el riesgo de desarrollar el estrés postraumático y destacan la relación directa entre los recuerdos del trauma y las estrategias de afrontamiento con las expectativas. Éstas son:

- Considerar el trauma como un evento que produce un cambio irreversible en las vidas
- Sobregeneralización del miedo a situaciones de vida normales
- Personalización del evento
- Sobreestimación de la posibilidad de experimentar otras catástrofes futuras
- Interpretaciones culpabilizadoras sobre la conducta desplegada durante el desastre
- Dificultades en la memoria del evento.

## Referencias bibliográficas

- Benyakar, Mordechai, Collazo, Carlos. Psychological interventions for people exposed to disasters (2005). En: Juan José López-Ibor, George Christodoulou, Mario Maj, Norman Sartorius y Ahmed Okasha (eds.). *Disasters and mental health*. Wiley and Sons.
- Cohen, Raquel (1999). *Salud mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores*. OPS.
- Cohen, Raquel. Lecciones aprendidas durante desastres naturales: 1970-2007. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2008; 25(1):109-117.
- Ehrenreich, John (1999). *Enfrentando el desastre. Una guía para la intervención psicosocial*. Preparado para Trabajadores en Salud Mental sin Fronteras.
- Gaborit, Mauricio. Desastres y trauma psicológico. *Pensamiento Psicológico* 2006; 2(7).
- International Society for Traumatic Stress Studies (2005). *Mass disasters, trauma and loss*.
- Mc Farlane, Alexander (2005). Psychiatric morbidity following disasters: epidemiology, risk and protective factors. En: Juan José López-Ibor, George Christodoulou, Mario Maj, Norman Sartorius y Ahmed Okasha (eds.). *Disasters and mental health*. Wiley and Sons.
- McGinn, L., Spindel, C. (2007) Disaster trauma. En: Frank Dattilio y Arthur Freeman (eds). *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention*. 3a. ed. New York: The Guilford Press.
- Mingote, José, Machón, Begoña, Isla, Irene, Perris, Alicia y Nieto, Isabel. Tratamiento integrado del trastorno de estrés post-traumático. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista internacional de Psicoanálisis* 2001; 8 (7).
- National Institute of Mental Health. 2002. *Mental health and mass violence: evidence-based early psychological intervention for victims/survivors of mass violence. A workshop to reach consensus on best practices*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office. NIH publication No. 02-5138.
- Noy, Shabtai. The traumatic process: conceptualization and treatment. *Traumatology* 2004; 10; 211
- Pérez, Pau y Vásquez, Camelo. Reconceptualizar la psicología del trauma desde los recursos positivos: apuntes para una visión alternativa. *Interpsiquis* 2001. 2.
- Slaikue, K (1996). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México: Ed. Manual Moderno.
- Sullivan D. y Everstine, L. 2006. *Strategic interventions for people in crisis, trauma and disaster*. New York: Taylor & Francis Group.
- Villalba, José y Lewis, Lucy. Children, adolescents and isolated traumatic events: counseling considerations for couples and family counselors. *The Family Journal* 2007; 15; 31.
- Weinberg, Haim, Nuttman-Shwartz, Orit y Gilmore, Martha. Trauma groups: an overview. *Group Analysis* 2005; 38; 187.



## Capítulo IV: Asistencia individual: primeros auxilios psicológicos

**Ps. Elizabeth Vargas D'Uniam**

*evargasduniam@gmail.com*



Fig. 13: Aplicando los primeros auxilios psicológicos en la loza deportiva de San Andrés

### 1. Generalidades

Todo ser humano ante una situación de peligro real o imaginaria, responde con miedo. Es una respuesta biológicamente natural, que nos protege como especie y ha permitido nuestra sobrevivencia. El miedo evita que cometamos actos imprudentes, nos permite evaluar la situación de urgencia y nos prepara para la lucha o para la huida. En términos generales podemos decir que sentir miedo es bueno y hasta beneficioso, pero cuando el miedo es desproporcionado y sale fuera de nuestro control puede producir “ceguera psicológica,” es decir, nos incapacita para evaluar el peligro en forma real y escoger la mejor alternativa para enfrentarlo o evitarlo.

Diversos autores describen el comportamiento humano antes, durante y después de situaciones de desastre y cuadros patológicos y no patológicos a veces asociados, como el miedo y el pánico (Pérez de Tudela, 1989), el síndrome de lucha o escape (Fonnegra, 1989; Serpa, 1989), el síndrome de desastre (Vengoechea, Sepúlveda, Padilla, 1989), el estrés (Sessions, 1990), y el desorden de estrés postraumático (APPA, 1994), entre otros. Comúnmente, el pánico se presenta cuando la persona siente que está atrapada, que es imposible escapar o que efectivamente las vías de escape se encuentran cerradas o que estas colapsan. Ejemplo, cuando el aire fresco es escaso como en el caso de los incendios, la persona puede sentir asfixia.

Otro factor que puede provocar una reacción de pánico puede ser el ver a familiares o amigos cercanos morir de manera violenta o con serias amputaciones traumáticas.

La Asociación de Psiquiatría Americana (1970) publicó un *Manual de primeros auxilios psicológicos en casos de catástrofes* el cual fue traducido y adaptado en el Perú por el psiquiatra Baltazar Caravedo en él se describen diversos tipos de reacciones clásicas a los desastres y se exponen los principios básicos que se deben tener en cuenta para la ayuda a las personas perturbadas emocionalmente.

Las Naciones Unidas, a raíz de la declaración de los años 1990-1999 como el decenio internacional para la reducción de los desastres naturales, ha permitido demostrar que los desastres no sólo afectan la economía e infraestructura de un determinado país o zona geográfica, sino que comprometen la estructura social de las comunidades afectadas, así como la salud física y mental de sus habitantes.

La Cruz Roja Americana desarrolla el concepto que “no se necesitan profesionales o especialistas en las comunidades para tratar las urgencias psicosociales causadas por un desastre, si se cuenta con una brigada de personas sensibilizadas con las necesidades emocionales de las víctimas que puedan escuchar e interactuar con otros a su alrededor, así como crear un ambiente de seguridad y esperanza” (Prewitt, 2001). El apoyo se basa no solo en ciertas técnicas sino también en nuestra relación con otros seres humanos. La autora señala que es una intervención de primera instancia en situaciones de crisis, como los desastres.

En caso de emergencias o desastres, las brigadas son las primeras en acudir al lugar de los hechos y brindar los primeros auxilios psicológicos, al igual que la asistencia médica.

Seguidamente se proporciona una guía para los agentes comunitarios, promotores de salud y otros profesionales.



Fig. 14: Asistiendo en cualquier lugar que nos necesiten.

## 2. Primeros auxilios psicológicos

### 2.1. Definición

Es la intervención psicológica inmediata, al igual que la asistencia física, por aquellos que tienen el primer contacto con la persona afectada. En este tipo de intervención es esencial que en los primeros momentos no se apliquen técnicas que intenten reconstruir y volver a la normalidad.

### 2.2. Objetivos

- Restablecer la capacidad de afrontamiento de la persona afectada, y proteger su integridad física y emocional.
- Evaluar la presencia de conductas autodestructivas para reducir la mortalidad.
- Proporcionar apoyo y facilitando la expresión de emociones.
- Promover el soporte familiar.
- Establecer contactos con otras instituciones como recursos comunitarios de ayuda más accesibles (Ejemplo: asilos, albergues, lugares protegidos)

### 2.3. Tiempo

- Minutos u horas.

### 2.4. Lugar

- Ambientes comunitarios (iglesias, hospitales).
- Ambientes de trabajo.
- Línea telefónica.



Figs. 15, 16 y 17: Ambientes comunitarios

### 3. Principios generales de los primeros auxilios psicológicos

Para proporcionar la mejor atención a una persona afectada, el brigadista necesita tener presente los siguientes principios generales:

- **Aceptar el derecho de toda persona a tener sus propios sentimientos.**

No culpar o ridiculizar a una persona por sentir lo que siente. Su tarea es ayudarla a superar su sentimiento, no decirle cómo debe sentirse. Cada persona ha tenido ciertas experiencias únicas que pueden afectar fuertemente sus sentimientos en relación con los acontecimientos que han ocurrido.

- **Aceptar las limitaciones de la persona afectada como reales.**

No esperar que la persona afectada vuelva a actuar normalmente casi de inmediato, ya que su capacidad para superar sus sentimientos está perturbada.

Consejos como: “todo está en su mente”, “olvídense del pasado”, “recupérese” no tienen lugar en los primeros auxilios psicológicos.

- **Evaluar la capacidad de la persona afectada tan exacta y rápidamente como sea posible.**

Evaluar el estado psicológico de la persona afectada y buscar la existencia o no de respuestas disociativas frente al trauma como por ejemplo: shock psicológico, amnesia, desrealización, despersonalización; así como las habilidades y otros recursos que pueda utilizar. Puede ayudarlo a iniciar el camino hacia la reorganización de su mundo. Averiguar con sutileza qué sucedió y permitirle responder a su manera.

Averiguar si la persona afectada se preocupa por su familia o amigos y brindarle información acerca de dónde, cuándo y cómo podría tener contacto con ellos.

- **Aceptar sus limitaciones al ayudar a otras personas.**

Una razonable y sincera apreciación de sí mismo es parte muy importante de su preparación para prestar los primeros auxilios psicológicos. Si un brigadista de primeros auxilios está emocionalmente “herido” tendrá grandes limitaciones para ayudar a otros con dificultades emocionales. Es necesario conocer sus propias debilidades lo suficientemente bien como para afrontarlas rápidamente en un momento de crisis.



#### 4. Actitudes y acciones del brigadista de primeros auxilios psicológicos



Fig. 18: Brigada de salud mental preparándose para intervenir.

##### Al llegar a la escena

- Debe identificarse ante las personas presentes, decir su nombre e institución a la que pertenece.
- Debe buscar fuentes rápidas de información para saber qué sucedió. Esto debe hacerlo en segundos y para ellos sus fuentes son:
  - ❖ Lo que dicen las personas en la escena.
  - ❖ Lo que muestra la escena.
  - ❖ Lo que dicen parientes, conocidos o curiosos.
- Mantener una actitud serena frente a las personas afectadas aunque se encuentren lesionados muy gravemente; esto ayuda a las personas a animarse, experimentar seguridad, confianza, mantenerse tranquilas y aceptar la ayuda.
- Brindar indicaciones bien orientadas a las personas curiosas para colaborar en la atención de una emergencia; sin embargo, al identificar un peligro inminente se les debe solicitar que se retiren y advertirles sobre los riesgos que pueden correr y que de una u otra forma podrían alterar la atención de la persona afectada. Recuerde, los curiosos pueden beneficiar o perjudicar su trabajo; siempre brinde indicaciones claras.
- Clasificar rápidamente, lo cual permitirá determinar la prioridad de la atención médica o psicológica de la persona afectada. El estado de conciencia de la persona le ayudará a agilizar, planificar y desarrollar los procedimientos apropiados para su atención; debe dar precedencia a lo que en ese momento pueda agravar su condición o amenazar su vida.

## 5. Recomendaciones básicas para los primeros auxilios psicológicos

**Enfóquese en el problema.** Manténganse en la catarsis emocional de lo que implica el problema.

**Valore las áreas más afectadas.** Conductual, afectiva, somática, interpersonal, cognitiva.

**Identifique la pérdida.** Se debe entender cuál fue la pérdida y qué significado tiene para la persona afectada.

**No confronte ni interprete.** No rechace nada de lo que la persona afectada diga hasta establecer un vínculo de confianza y haber explorado todas las opciones.

**Motive para que sea más propositivo.** Si el pensamiento de la persona afectada es muy negativo, móvelo a la acción sencilla y clara y refuerce pequeños logros.

**Fortalezca el deseo de vida.** Es necesario enfocar la parte que toda persona tiene para querer vivir, aun con alto riesgo suicida. Si el afectado expresa que no hay nada por lo que quiera vivir, hay que decirle que imagine qué le detendría cometer dicho acto. Intente crear un deseo inmediato de vida. Plantee alguna actividad para más tarde y para el día siguiente.

**No entre en debate ni discuta.** No conteste a reacciones como: “Déme usted una razón para vivir”. Evite comentarios idealistas.

**Sugiera opciones posibles.**

**No dé consejos directos.**

**Preguntas claves:**

¿Cuáles son sus ideas relacionadas con su dificultad o problema?

¿Qué ha hecho usted para mejorar esta situación?

¿Qué es lo que ha impedido solucionar el problema?

¿Tiene usted alguien que le ayude a solucionar su problema?

**Sea paciente.**

**Al final pida los datos.**

**Establezca un compromiso de búsqueda de ayuda.**

## Esquema de primeros auxilios psicológicos

(Adaptación de la técnica de solución de problemas de: D´Zurilla y Goldfried 1971)

| Procedimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Ejemplo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1. Establecer contacto psicológico.</b></p> <p>Es la empatía o “sintonización” con los sentimientos y necesidades de una persona durante su crisis.</p> <p>Hay que escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica con nosotros.</p> <p>Se invita a la persona a hablar y a escucharse sobre lo sucedido (los hechos) y dar cuenta de sus reacciones (sentimientos y actitudes) ante el acontecimiento, y establecer lineamientos reflexivos y sentimientos encontrados.</p> | <p><b>Brigadista:</b> Buenos días, Cuénteme ¿qué le sucede?</p> <p><b>Persona afectada:</b> Me siento desesperada, he perdido mi casa ¿Qué voy a hacer? ¡Esto es un castigo de Dios! ¡Esto no puede estar pasando! (llanto manifiesto) ¡No sé cómo voy a salir de esto!</p> <p><b>Brigadista:</b> Comprendo y me imagino cómo se siente usted. ¿Qué le parece si me habla de lo ocurrido?</p> |
| Qué hacer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Qué no hacer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escuchar de manera atenta.</li> <li>- Reflejar sentimientos y hechos.</li> <li>- Comunicar aceptación.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contar la historia de uno mismo.</li> <li>- Ignorar sentimientos o hechos.</li> <li>- Juzgar, regañar o parcializarse.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                    |

| Procedimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Ejemplo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>2. Analizar las dimensiones del problema</b><br/>Esta indagación se enfoca en tres áreas:</p> <p>a) <b>Presente:</b> hace referencia a “¿qué sucedió aquí?, ¿cómo te sientes ahora?, ¿qué piensas sobre este terremoto?, (Ej. la muerte de un ser querido, el despido, el maltrato doméstico, el abandono del cónyuge, el descubrimiento de una infidelidad, la discusión con un hijo adolescente, etc.)</p> <p>b) <b>Pasado inmediato:</b> remite acontecimientos que condujeron al estado de crisis, implica preguntas como: “¿A quién atribuye que haya sucedido este terremoto?, ¿qué fue lo que provocó este terremoto?, ¿dónde se encontraba usted cuando ocurrió este terremoto?, ¿cómo ocurrió este sismo?”.</p> <p>c) <b>Futuro inmediato:</b> Se enfoca hacia cuáles son los eventuales riesgos para la persona y prepararse para las soluciones inmediatas. ¿Qué sucedería si usted se queda en su casa? ¿Qué ha pensado hacer ahora? ¿Dónde piensa usted pasar la noche? ¿Se ha dado cuenta que se han rajado las paredes de su casa con el sismo y pueden caerse en cualquier momento?</p> | <p><b>Brigadista:</b> ¿Qué piensa usted sobre este terremoto? ¿A qué lo atribuye?</p> <p><b>Persona afectada:</b> Yo creo que este terremoto es un castigo de Dios, no puede ser que esto haya pasado.</p> <p><b>Brigadista:</b> Es conveniente que veamos que este terremoto es un evento poco común. Es completamente normal y comprensible cómo se siente usted ahora ante un sismo de esta magnitud. ¿Dónde piensa usted pasar la noche?</p> <p><b>Persona afectada:</b> No lo sé, no tengo casa, no tengo dónde vivir, el terremoto la destruyó completamente.<br/>Mis cosas también están destruidas, me quedé sin nada.<br/>A mi esposo y a mi hijito los han llevado al hospital porque están graves.</p> <p><b>Brigadista:</b> Es necesario que veamos con precisión lo que sucede y buscar soluciones inmediatas y también soluciones para después.</p> |
| Qué hacer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Qué no hacer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plantear preguntas abiertas.</li> <li>▪ Llevar a la persona a una mayor claridad.</li> <li>▪ Evaluar conductas autodestructivas y evitar la mortalidad.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Excederse en preguntas cerradas.</li> <li>▪ Hablar de otros temas ajenos al problema.</li> <li>▪ Ignorar las señales de peligro.</li> <li>▪ Racionalizar el problema.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| Procedimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Ejemplo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>3. Sondear posibles soluciones</b></p> <p>Con la participación de la persona afectada se identifican las soluciones alternativas y se analizan los pro y los contra, así como los obstáculos para alcanzarlas, tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después. Esto implica “acompañar” a la persona afectada en crisis a generar alternativas seguido de otras posibilidades.</p> <p>Se facilita información sobre los mecanismos de respuesta ante una crisis, sobre alternativas de manejo inmediato e información sobre instituciones públicas y de apoyo en la comunidad.</p> | <p><b>Brigadista:</b> Comprendo el dolor que está sintiendo por haber perdido su casa, pero tomemos en cuenta que su esposo e hijo están siendo atendidos en el hospital gracias a su decisión oportuna; usted está con vida y sólo con vida podemos encontrar soluciones. ¿Qué cree que podemos hacer para solucionar esta situación?</p> <p><b>Persona afectada:</b> No lo sé, no se me ocurre nada.</p> <p><b>Brigadista:</b> Ahora es conveniente conservar la calma para pensar mejor y ver las cosas con mayor claridad.</p> <p>Veamos cuál es la mejor alternativa para pasar estos días: ir donde un familiar, donde un vecino, quedarse en el hospital acompañando a su esposo e hijo, ir a un albergue.</p> <p>Posteriormente podremos hablar sobre la manera de obtener los medios para que usted pueda reconstruir su vivienda.</p> |
| Qué hacer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Qué no hacer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alentar la lluvia de ideas.</li> <li>- Trabajar de manera directa por etapas.</li> <li>- Establecer prioridades.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permitir la visión de pasar por un túnel.</li> <li>- Dejar obstáculos sin examinar.</li> <li>- Permitir una confusión de necesidades.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| Procedimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Ejemplo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>4. Ejecución de la acción concreta</b></p> <p>Implica ayudar a la persona afectada a ejecutar alguna acción concreta. Si está muy afectada su capacidad de decisión, se asumirá un papel directivo, se adoptarán las decisiones del caso y se comprometerá en ello a otra persona familiar o responsable; si está menos afectado, el rol es el de facilitador y se brindará información conveniente. Se debe estimular cualquier paso de la persona afectada que se aproxime a la meta de solución del problema. Si el caso lo amerita se recomendará terapia para crisis.</p> | <p><b>Brigadista:</b> ¿De todas las alternativas que hemos visto, cuál cree usted que es la que esté más accesible para que pueda llevarla a cabo y saber dónde pasar la noche?</p> <p><b>Persona afectada:</b> Ir a alojarme a la casa de mi abuelita, allí me acogerán.</p> <p><b>Brigadista:</b> Me parece muy buena elección.</p> |
| Qué hacer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Qué no hacer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avanzar paso a paso.</li> <li>- Establecer metas específicas de corto plazo.</li> <li>- Confrontar cuando sea necesario.</li> <li>- Ser directivo cuando el caso lo amerite.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intentar resolverlo todo en el momento.</li> <li>- Tomar decisiones de largo plazo.</li> <li>- Mostrarse inseguro y hacer promesas.</li> <li>- Abstenerse de tomar decisiones cuando parezca que es necesario.</li> </ul>                                                                    |

| Procedimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Ejemplo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>5. Cierre de la sesión</b></p> <p>Implica extraer información y establecer un procedimiento que le permita un seguimiento para verificar el progreso de la ayuda. El seguimiento puede suceder mediante el encuentro posterior, personalmente, por teléfono o correo electrónico. El objetivo es, ante todo, completar el circuito de retroalimentación o determinar si se lograron o no las metas de los primeros auxilios psicológicos: el apoyo recibido, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo.</p> | <p><b>Brigadista:</b> ¿Cómo se siente ahora que vemos las cosas con más claridad?</p> <p><b>Persona afectada:</b> Me siento más tranquila.</p> <p><b>Brigadista:</b> ¿Qué le parece si nos encontramos nuevamente mañana por la tarde para ver cómo están evolucionando las cosas?</p> <p><b>Persona afectada:</b> Estoy de acuerdo.</p> |
| Qué hacer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Qué no hacer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acordar un segundo encuentro.</li> <li>- Evaluar los pasos de acción.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dejar detalles en el aire o asumir que la persona afectada continuará la acción de plan por sí mismo.</li> <li>- Dejar la evaluación a alguien más.</li> </ul>                                                                                                                                  |

## Práctica de los primeros auxilios psicológicos

### Primer caso

**Instrucción:** En el siguiente caso, aplique los cinco pasos de los primeros auxilios psicológicos mediante el juego de roles:

**Refiere (con voz temblorosa):** “¡Por favor ayúdeme!, ¡No sé qué voy a hacer, me he quedado sola, he perdido a mi familia (llanto incontinente), siento que el corazón se me va a salir y que todo el cuerpo me tiembla y no lo puedo controlar!... ¡No los pude ayudar, ya que cuando quise entrar a la iglesia para ver qué pasaba con ellos, se derrumbó todo!... esto es una pesadilla, no puedo creer que esté sucediendo, esto es un castigo de Dios por tanto pecado en el mundo! ... ¡Dios mío, aplaca tu ira... no sé a dónde ir, ni qué voy a hacer... no voy a poder seguir viviendo con este dolor que siento (llanto) no tengo una razón para vivir...”

### Segundo caso

**Instrucción:** En el siguiente caso, aplique los cinco pasos de los primeros auxilios psicológicos mediante el juego de roles:

**Refiere (con voz temblorosa):** “¡Lo que me está pasando es terrible,... hay mucha gente a mi alrededor gritando, llorando, heridos y yo no sé qué hacer con tanta desgracia (llanto)... lo que me angustia es no saber nada de mi familia,... no funciona el teléfono, me estoy imaginando que cuando llegue a casa todos van a estar muertos,... es algo que no voy a poder soportar (llanto),... esta incertidumbre me está matando! ¡Ayúdeme!...”

### Tercer caso

**Instrucción:** En el siguiente caso, aplique los cinco pasos de los primeros auxilios psicológicos mediante el juego de roles:

**Refiere (llanto):** “¡He visto cómo le ha caído la pared encima a una señora con su hija! ... ¡Esto no es posible! ¡no está ocurriendo! ... ¡Quiero desaparecer para no seguir viendo tanto sufrimiento! ... ¡Siento mucho miedo, no sé qué hacer, me siento sola y desprotegida, no sé a dónde ir, ni quién me puede ayudar!... ¡Estoy confundida! (llanto)”.

#### **Cuarto caso**

**Instrucción:** En el siguiente caso, aplique los cinco pasos de los primeros auxilios psicológicos mediante el juego de roles:

**Refiere (llanto con gritos desesperados):** “¡Por favor, ayúdeme, durante el terremoto todos hemos salido corriendo de la iglesia, luego se apagó la luz, yo estaba con mi mamá y mi hija, no las encuentro!... ¡Por favor ayúdeme a buscarlas, tengo que encontrarlas!... ¡Esto no puede ser!... ¡Me voy a volver loca de la angustia de no saber qué les ha pasado!... ¡Me siento tan confundida!... ¡No quiero pensar que pueden haber muerto! ... (llanto)”

#### **Quinto caso**

**Instrucción:** En el siguiente caso, aplique los cinco pasos de los primeros auxilios psicológicos mediante el juego de roles:

**Refiere:** “¡Tengo mucho miedo, la Tierra no para de moverse! ... ¡Dios mío, ¿por qué nos castigas así?! ... ¡Es la destrucción de la Tierra!... ¡Quiero ir a mi casa que queda en San Andrés, pero la gente grita que se está saliendo el mar y todos corren de un lado hacia otro, me confunden y no sé qué hacer! ... ¡Ayúdeme, no quiero morir sola!... (llanto)”.

### **Esquema de primeros auxilios psicológicos** (Adaptación de la técnica de solución de problemas de: D´Zurilla y Goldfried 1971)

#### **Procedimiento**

##### **1. Establecer contacto psicológico**

| <b>Qué hacer</b>                                                                                                                                       | <b>Qué no hacer</b>                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Escuchar de manera atenta.</li><li>- Reflejar sentimientos y hechos.</li><li>- Comunicar aceptación.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Contar la historia de uno mismo.</li><li>- Ignorar sentimientos o hechos.</li><li>- Juzgar, regañar o parcializarse.</li></ul> |



## 2. Analizar las dimensiones del problema

| Qué hacer                                                                                                                                                                                                   | Qué no hacer                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plantear preguntas abiertas.</li> <li>- Llevar a la persona a una mayor claridad.</li> <li>- Evaluar conductas autodestructivas y evitar la mortalidad.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Excederse en preguntas cerradas.</li> <li>- Hablar de otros temas ajenos al problema.</li> <li>- Ignorar las señales de peligro.</li> <li>- Racionalizar el problema.</li> </ul> |

## 3. Sondear posibles soluciones

| Qué hacer                                                                                                                                                            | Qué no hacer                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alentar la lluvia de ideas.</li> <li>- Trabajar de manera directa por etapas.</li> <li>- Establecer prioridades.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permitir la visión de pasar por un túnel.</li> <li>- Dejar obstáculos sin examinar.</li> <li>- Permitir una confusión de necesidades.</li> </ul> |

## 4. Ejecución de la acción concreta

| Qué hacer                                                                                                                                                                              | Qué no hacer                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avanzar paso a paso.</li> <li>- Establecer metas específicas de corto plazo.</li> <li>- Confrontar cuando sea necesario o amerite.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intentar resolverlo todo.</li> <li>- Asumir compromisos de largo plazo.</li> <li>- Mostrarse inseguro y hacer promesas.</li> <li>- Abstenerse de tomar decisiones cuando parezca que es necesario.</li> </ul> |

## Procedimiento

### 5. Cierre de la sesión

| Qué hacer                                                                                                                 | Qué no hacer                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acordar un segundo encuentro.</li> <li>- Evaluar los pasos de acción.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dejar detalles en el aire o asumir que la persona afectada continuará la acción del plan por sí mismo.</li> <li>- Dejar la evaluación a alguien más.</li> </ul> |

## Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales*, DSM-IV.

Coldeportes. Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres (1992). *Prevención y atención de desastres en escenarios deportivos y recreativos*. Bogotá.

Cortes Trujillo, Engels Germán (1993). Aspectos comportamentales. Cartilla antibomba: Comportamiento ante un atentado terrorista. *Diario La Prensa*, Bogotá.

Cruz Roja Colombiana (1990). *Manual de primeros auxilios*. Bogotá.

Fonnegra, Isa (1989). La tragedia de Armero: *abordaje terapéutico de los pacientes terminales*. Colombia.

Fuerzas Armadas de Colombia (1989). *Manual de primeros auxilios*. Bogotá.

Pérez de Tudela, C. (1989). Comportamiento humano ante las catástrofes. *Revista MAPFRE Seguridad* 1989; 9 (36).

Salvat Ed. (1987). *Manejo de urgencias domésticas*. Madrid.

Serpa, L. (1989). *Comportamiento social ante un desastre*. Colombia.

Sessions, Jean (1990). Managing stress in dog teams on searches. *Response, the Journal of Search, Rescue and Emergency* 1990; 10.

Vengoechea, J, Sepúlveda, J., Padilla, J. (1989). *Consecuencias psicopatológicas y tratamiento de pacientes médico quirúrgicos de la tragedia de Armero, intervención en crisis*, Colombia.

## Capítulo V: Intervención en crisis en situación de desastre

**Ps. Yolanda Robles Arana**

*roblesar@terra.com.pe*

**Ps. Rosario Guillén Balbín**

*guillenbal@yahoo.es*



Fig.19: La crisis y la necesidad de apoyo

### 1. Introducción

La intervención en crisis es un “proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a sobrevivir un suceso traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas, daño físico) se minimiza y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones de vida) se maximiza” (Slaikau, 1996). Es un proceso de intervención activa, directiva, breve, de aplicación inmediata. Se resalta la oportunidad de la intervención no sólo para resolver el estado de crisis sino para prevenir dificultades posteriores mediante dos modalidades: primeros auxilios psicológicos y terapia para crisis. En situaciones de desastre, debido al gran número de afectados, se enfatiza la estrategia de restablecimiento y restauración del funcionamiento con técnicas específicas.

Las intervenciones de salud mental deben concordar con las fases del proceso psicológico en desastres y con las situaciones cambiantes del desastre y de la reconstrucción, como se muestra en la tabla 1 (Cohen, 2008; Ehrenreich, 1999; McGinn y Spindel, 2007; Slaikau, 1996; Ruiz, 2003).

**Tabla 1. Intervenciones de salud mental en desastres y las fases del proceso psicológico**

|                              | 1. Inmediata, durante o al término del evento                                                | 2. De 72 horas a varias semanas después del evento                                                                                             | 3. Mediata. Puede considerarse a partir del tercer o cuarto mes                                                                                     |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Situación de crisis</b>   | Crisis aguda                                                                                 | Crisis aguda - crisis subaguda                                                                                                                 |                                                                                                                                                     |
| <b>Sujetos y medios</b>      | Asistencia para aquellos con angustia aguda, dificultades de funcionamiento, pérdidas graves | Intervenciones individuales y grupales para personas con reacciones esperables, con altos niveles de estrés y en mayor riesgo                  | Seguimiento de las personas inicialmente detectadas en riesgo y detección de casos con manifestaciones de depresión, ansiedad, estrés postraumático |
| <b>Objetivos</b>             | Reducir el estrés<br>Estimular el funcionamiento adaptativo                                  | Estimular el funcionamiento adaptativo<br>Procesar de manera natural las emociones<br>Continuar la resolución de la crisis<br>Mejorar recursos | Restaurar el equilibrio emocional y el funcionamiento adaptativo                                                                                    |
| <b>Tipos de intervención</b> | Primeros auxilios psicológicos integrados a la atención de otras necesidades                 | Intervención en crisis<br>Uso de diversas técnicas                                                                                             | Tratamiento especializado                                                                                                                           |

Las intervenciones de salud mental deben tener en cuenta la jerarquía de necesidades humanas, de acuerdo con el modelo de Maslow (ISTSS, 2005; NIMH, 2002; IFRC 2001):

- Necesidades fisiológicas: alimentación, descanso.
- Necesidades de seguridad: física, salud, privacidad, empleo, familia, recursos.
- Necesidades de afiliación: amor, intimidad, amistad, afecto.
- Necesidades de reconocimiento: confianza, respeto, éxito.
- Necesidades de autorrealización: creatividad, espontaneidad, aceptación de hechos, resolución de problemas.

Las necesidades fisiológicas y de seguridad son las que demandan atención inicial: ubicarse en un lugar físicamente seguro; recibir atención de salud si hubiera traumatismos o enfermedad; atención de alimentación, agua, abrigo, aseo, descanso; vestido. La siguiente necesidad, no menos urgente, se refiere al contacto con familiares, saber su situación, afrontar juntos el desastre; interesarse por amigos y conocidos. Las restantes necesidades son cubiertas progresivamente: informarse acerca de lo sucedido, establecer prioridades personales y familiares; resolver los problemas creativamente, aceptar los hechos y las pérdidas.

Últimamente se ha introducido el concepto de salud en desastres (Shultz y col.), que sigue el mismo modelo de jerarquía de necesidades, con tres claves de intervención que son efectivas tanto para los encargados de manejar el desastre como para la intervención con los afectados: seguridad máxima, funcionamiento óptimo y actuación efectiva.

## 2. Principios y estrategias de la intervención en crisis en desastres

Existen diversos modelos y propuestas de intervención de salud mental como componente del proceso de recuperación y reconstrucción tras la experiencia de un desastre (NIMH, 2002; Gutiérrez y col., 2000; Doherty, 1999; Cohen, 1999, 2008; Jones, 1999; Elrod y col., 2006; Noy, 2004; Ehrenreich, 1999; Curling, 2005; Benyakar y Collazo, 2005; Benveniste, 2000; Sullivan y Everstine, 2006).

Cohen (1999) propone la consejería de crisis postdesastre, con tres objetivos definidos:

- Restaurar capacidades en el afectado, a través de la comprensión y alivio del malestar emocional y la desorganización cognitiva;
- Reordenar y organizar el mundo, mediante la recuperación del sentido de capacidad y esperanza; y
- Asistir a los afectados para que tengan acceso a los programas de ayuda en la comunidad.

Ehrenreich (1999) propone la técnica de intervención en crisis para ayudar a la persona a recuperar el control sobre la situación, en tres fases:

- Identificar y clarificar elementos de la crisis, problema o situación.
  - o Reunir información sobre los hechos y la preocupación de la persona.
  - o Evocar sentimientos, pensamientos y reacciones ante la situación, contacto y respetando las defensas.
  - o Identificar creencias y sentido de la situación para el afectado.
  - o Formular el problema, sus dominios y el significado para el afectado.
  - o Focalizar las necesidades y prioridades inmediatas.
- Desarrollar estrategias para solucionar problemas.
  - o Evaluar las habilidades de afrontamiento.
  - o Ayudar a generar alternativas, planes y acciones.
- Movilizar a las personas para que actúen sobre ellas.
  - o Alentar el manejo activo y desalentar la pasividad.

Foa, Hearst-Ikeda y Perry, proponen una intervención conductual para el tratamiento del trauma que combina técnicas que se desarrollan en cuatro o cinco sesiones e incluyen: psicoeducación, entrenamiento en relajación, exposición imaginaria o en vivo y reestructuración cognitiva (Gray y Brett, 2005). De otro lado, algunos investigadores no recomiendan una sesión única temprana de intervención psicológica (Bisson, 2003).

De manera general, la intervención en crisis en desastres preferentemente debe guiarse por los siguientes **principios**:

- Jerarquización de las necesidades humanas en general y de las necesidades del individuo particular, con focalización en lo actual.
- Oportunidad; la intervención se debe realizar lo más cercanamente a la experiencia traumática y de acuerdo con las diferentes fases del desastre.
- Reconocimiento de la recuperación de la mayoría de afectados en la fase inmediata al desastre.
- Relatividad cultural del individuo, familia y comunidad, incluidos creencias, expectativas y valores sobre el desastre, sus causas, consecuencias y ayuda a recibir.
- Proximidad.
- Inmediatez.
- Simplicidad al utilizar métodos y técnicas breves y sencillos, de modo flexible y creativo.
- Unidad al reestructurar e integrar las experiencias vividas, confusas y caóticas.

Entre las **estrategias**, como medios amplios para conseguir la resolución de la crisis, se consideran las siguientes:

- Fomento de la autoeficacia y sentido de control sobre la propia vida. Ante la quiebra del control del entorno, el fortalecimiento del control interno estimula la recuperación. Evitación de la dependencia y pasividad, para superar la posición de víctima y participar en la solución de problemas. Restauración de la autoestima.
- Información sobre diversos temas para reducir la incertidumbre y el estrés y generar sentimientos de competencia. Incluye información sobre recursos en la comunidad.
- Normalización de reacciones. Información sobre las respuestas esperables y transitorias al trauma, como ansiedad, pesadillas e irritabilidad, lo que permite integrar afectos y prevenir creencias de que los daños y discapacidades sean permanentes. El estrés disminuye al comprender la normalidad de las reacciones.
- Exteriorización de pensamientos y sentimientos para disminuir el estrés y dotar de sentido al desastre.
- Estimulación del afrontamiento eficaz.
- Estimulación de la resiliencia.
- Apoyo a la unidad familiar.
- Fortalecimiento de redes sociales y restablecimiento de contactos con personas e instituciones.
- Detección de personas con mayor riesgo de presentar síntomas.

En las intervenciones, las siguientes **recomendaciones** pueden aumentar el potencial restaurador y sanador de las técnicas que se empleen:

- Asistir en la evaluación y comprensión del impacto del trauma.
- Asistir en la comprensión y aceptación de los cambios originados por el desastre.
- Inculcar esperanza.
- Considerar la importancia de plantearse objetivos o tareas para cada día por vez.

- Estimular la participación en actividades significativas.
- Estimular la participación en actividades o rituales que permitan asimilar el evento o realizar el duelo por las pérdidas.
- Detectar de manera temprana mecanismos de afrontamiento no sanos: uso de alcohol, drogas, somatizaciones.
- Convocar a un familiar o persona de apoyo en caso de considerarse necesario, por ejemplo, ante posiciones muy desesperanzadas y sin ganas de vivir.
- Crear un ambiente de seguridad en la relación con el consejero.
- Reforzar el papel de sobreviviente y más bien desalentar el rol de víctima.
- No interferir con las defensas psicológicas que ayudan a las personas a aliviar la experiencia traumática. Específicamente en el caso de negación de un aspecto de la realidad del desastre, se debe acompañar y no presionar para que enfrente la situación.

### 3. Técnicas

Un primer componente de la intervención es la evaluación del afectado en crisis, a través de la entrevista. Esta cubre la evaluación del daño psicológico causado, el impacto del daño en los patrones de vida cotidianos y el impacto en la percepción del mundo y de la vida (Sullivan y Everstine, 2006). Otro enfoque de la evaluación es provisto por Slaikeu (1996), quien establece cinco dimensiones: somática, emocional, cognoscitiva, interpersonal y conductual.

Considerando múltiples aportes, en general, las técnicas a tomar en cuenta para la intervención en crisis incluyen las siguientes (véase el Anexo 1). Cabe señalar que algunas de ellas también forman parte de los recursos para las intervenciones psicoterapéuticas especializadas.

- Técnicas de relajación: respiración, visualización, relajación muscular (Ehrenreich, 1999; Villalba y Lewis, 2007).
- Catarsis. Permite la expresión y la descarga de emociones negativas como el miedo, cólera, pesar y culpa relacionados con los múltiples cambios y pérdidas, y brinda la posibilidad de reconocer la normalidad de estos afectos y de integrarlos (Cohen; Sullivan y Everstine, 2006).
- Información. La información clara es importante porque disipa la confusión e incrementa la posibilidad de sentirse en control de la situación. Hay que proveer información sobre la naturaleza del evento traumático, sus manifestaciones y sus consecuencias objetivas, pues esta información puede ser desconocida para el afectado. También hay que informar sobre la naturaleza de las reacciones personales y sociales, para que los afectados comprendan la normalidad de ellas en una situación de desastre, e informar sobre las ayudas disponibles en la comunidad. En la sesión se debe decidir cuidadosamente el momento para clarificar e informar.
- Psicoeducación. Consiste en proporcionar información a los afectados, generalmente a un grupo dirigido por un trabajador de salud, acerca de las reacciones ante el desastre y los mecanismos para afrontar la situación, lo que a la vez permite compartir experiencias y recursos de afrontamiento entre los participantes.

- Reestructuración cognitiva. Identificación y evaluación de las creencias que generan y mantienen el estado de crisis, en especial las creencias que sobreestiman la amenaza y subestiman la capacidad personal para afrontarla, y su modificación; el objetivo es ayudar a la persona a transitar desde la posición de víctimas pasivas hacia la de sobrevivientes activos.
- Técnicas de exposición imaginaria. Tiene por objetivo cambiar los pensamientos y emociones perturbadores por otros más positivos a través de la imaginación de situaciones.
- Técnica de resolución de problemas. Existen diferentes propuestas. Westefeld y Heckman-Stone (2003) proponen el modelo integrado de resolución de problemas en diez pasos para la intervención en crisis. Otras como la de Goldfried, D'Zurilla y Nezu modificada por Meijers (2007) plantea siete pasos.
- Técnicas de manejo de la cólera. El objetivo es ayudar al afectado a entender y aceptar los naturales sentimientos de ira ante las pérdidas y frustraciones, y expresarlos de manera adecuada.
- Técnicas de resolución del duelo. Se conocen diferentes recursos para ayudar en la resolución del duelo por la pérdida de una persona u objeto, considerando la necesidad de cerrar la situación. Entre ellas: escribir una carta, fantasía guiada, silla vacía, juego de roles. De existir conflictos movilizados por la muerte de una persona, generalmente como resultado de una relación conflictiva previa, se observan sentimientos mezclados de cólera y culpa, y es necesario ayudar en su resolución (Sullivan y Everstine, 2006).
- Técnicas narrativas, orientadas a aumentar el sentido de control (Westefeld y Heckman-Stone, 2003). Pérez y Vásquez (2001), proponen el modelo narrativo-construccionista para el tratamiento de las reacciones traumáticas del afectado. El objetivo es normalizar y legitimizar sus reacciones. Tras escuchar una narración detallada de la historia traumática, se ayuda al afectado a reconceptualizar sus síntomas reinterpretándolos como signos de recuperación. Se pretende introducir, junto con la información respecto al trastorno y sus bases psicobiológicas, un sentido de esperanza, y dotar de significado a lo que le ocurre al afectado de manera que pueda construir una nueva narrativa de sus síntomas basada en lo positivo en lugar de lo negativo. Comprende nueve fases.
- Testimonios. Originalmente presentada por Cienfuegos y Monelli en 1983 para acceder y procesar recuerdos traumáticos, y transformarlos en una estructura narrativa coherente. Se brinda asistencia en la reconstrucción de los recuerdos y emociones asociadas (Curling, 2005). Contar la propia historia ayuda a integrar diferentes partes de la experiencia.
- Reporte del estrés del incidente crítico (CISD: critical incident stress debriefing) propuesto por Mitchell en 1983, desde la perspectiva del condicionamiento del miedo; se desarrolla en una sola sesión de cinco pasos, se aplica a grupos e individuos; técnica de eficacia en debate (Ehrenreich, 1999; Smith y Suda, 1999; Jordan, 2002; Gray y Brett, 2005).
- Consejo para crisis. Everly Lating y Mitchell en 2002, propusieron un modelo de intervención individual de una a tres sesiones con los siete pasos propuestos por Roberts para el trabajo grupal del reporte del estrés del incidente crítico (CISD) (Jordan, 2002).
- Técnicas expresivas para aliviar la intensa emocionalidad y la necesidad de expresarla. Cantar, dibujar, bailar (Jones, 1999).



- Desensibilización y reprocesamiento por movimiento de los ojos (EMRD: eye movement desensitization and reprocessing), propuesta por Shapiro en 2000, que ha recibido serios cuestionamientos (Newgent y col., 2006).
- Desactivación (defusing). Orientada a la disminución del impacto intrusivo de experiencias pasadas movilizadas por el desastre (Dahlen, 1999).

Pérez y Vásquez (2001), proponen una guía de aconsejamiento, que contiene directrices para el mejor manejo de la sesión:

- Escucha activa
- Actitud corporal que facilite la comunicación
- Saber callar
- Facilitar la expresión de emociones sin permitir el descontrol
- No tener miedo a preguntar
- Aclarar y ordenar ideas para resolver la confusión
- No decir lo que debe hacer el afectado
- Saber esperar
- Aceptar sin juzgar
- Hacer pequeños cambios
- Reconocer las repercusiones del relato en el consejero y controlar reacciones
- Confidencialidad.

#### 4. Intervención en crisis de una sola sesión

Teniendo en cuenta los efectos del desastre en la infraestructura y servicios de salud, y los eventuales desplazamientos de los afectados, es posible que sólo pueda realizarse un único encuentro con el afectado. En ese sentido, se presenta una guía para la intervención en crisis de sesión única. Se puede seguir la misma estructura para la intervención en mayor número de sesiones. La intervención sigue el modelo de terapia multimodal para crisis, propuesta por Slaikeu (1996) y basada en Lazarus. El modelo tiene un enfoque teórico ecléctico y supone la combinación de varias estrategias y técnicas. Es una intervención de breve duración, focalizada, activa e inmediata.

##### 4.1 Objetivos

Objetivo general:

- Ayudar psicológicamente a resolver la crisis provocada tanto por la experiencia traumática del evento como por el estrés generado por el estado de desastre.

Objetivos específicos:

Estos se plantean de manera sincronizada con las necesidades del afectado, las fases de la crisis y el desastre, y el foco de la intervención. Puede ser uno o varios de ellos.

- Aliviar el estrés.
- Restablecer el ajuste personal.
- Incrementar recursos personales y uso de ayudas.

- Procesar el trauma.
- Elaborar y manejar el duelo.
- Prevenir problemas posteriores.

#### 4.2 Acceso al afectado

Existen varios mecanismos para establecer contacto con el afectado, ya que la percepción de la necesidad de ayuda psicológica puede variar ampliamente:

- Solicitud del propio afectado.
- Derivación por tamizaje de una instancia de salud.
- Captación del afectado a través del contacto con los líderes de la comunidad.
- Búsqueda en la comunidad o en la institución (centro de salud, iglesia, escuela, centro laboral) e identificación de afectados con mayor vulnerabilidad: personas con un familiar muerto o desaparecido, personas que estuvieron atrapadas.
- Identificación de afectados con manifestaciones de perturbación más duraderas o más intensas.

#### 4.3 Dimensiones de la valoración e intervención

La evaluación del estado del afectado permite obtener información sobre su funcionamiento para orientar la intervención. Es un proceso que se da a lo largo de la intervención, con mayor énfasis en la parte inicial del contacto. Se realiza escuchando el malestar del afectado y formulando preguntas específicas. Estas mismas áreas son tomadas como referencia para las tareas de resolución de la crisis. Slaikeu (1996) propone las siguientes áreas (CASIC):

- Somática. Identificar y valorar cambios y molestias en el funcionamiento corporal, nuevo o reactivado: alteraciones del sueño y del apetito, fatiga, tensión muscular. En el caso de una lesión o pérdida física personal, conocer su significado.
- Afectiva. Identificar y valorar los estados anímicos y afectos negativos dominantes o transitorios asociados con las condiciones del desastre, especialmente ansiedad, irritabilidad, tristeza, pesar, culpa, vergüenza, desesperanza. Asimismo, los positivos como confianza, seguridad, tranquilidad, amor. Indagar por los sentimientos durante el evento traumático.
- Cognitiva. Identificar y valorar los tipos y contenidos predominantes de los pensamientos relacionados con el desastre: pensamientos automáticos, pensamientos intrusivos, creencias, recuerdos, suposiciones, esquemas, fantasías, expectativas, evaluación de la realidad. Incluir las metas vitales perturbadas por el desastre porque permite conocer su significado para el afectado.
- Interpersonal. Identificar las actitudes y dificultades de relación hacia personas del entorno familiar y social próximo: aislamiento, dependencia; personas y redes de apoyo.
- Conductual. Identificar las actividades que han sido afectadas y las que están preservadas. Identificar las estrategias de afrontamiento ensayadas y, en particular, la negación y evitación; hiperactividad, pasividad.

Asimismo, al considerar una dimensión temporal se deben evaluar:

- Factores pretraumáticos: de riesgo y de resiliencia para enfrentar la crisis, y considerar el estado y personalidad previa al desastre;
- Factores traumáticos: condiciones objetivas del evento traumático y la vivencia del trauma, y
- Factores postraumáticos: efectos objetivos y percibidos del trauma.

La valoración del estado del afectado permite jerarquizar las necesidades más inmediatas con el fin de definir el objetivo y el foco de la intervención.

#### 4.4 Tareas para la resolución de la crisis

De manera general, en respuesta a la valoración de la crisis, se consideran cuatro tareas o componentes para la resolución de la crisis (Slaikeu, 1996; Aliaga y col., 2008). Estas tareas pueden ser simultáneas y cada una incluye actividades para el afectado y estrategias y técnicas terapéuticas.

##### 4.4.1 Protección de la integridad física

- Se refiere a la preservación de la vida y mantenimiento de la salud.
- Garantizadas la satisfacción de las necesidades fisiológicas y de seguridad física, se brinda ayuda para el manejo de las molestias físicas encontradas: técnicas de autocontrol emocional como la respiración, relajación; consejo conductual para tratar dificultades del sueño, apetito o fatiga.

##### 4.4.2 Identificación y expresión de afectos

- La asimilación de la inundación emocional que supone la vivencia del trauma, sus efectos y las pérdidas asociadas requiere la identificación y expresión de los sentimientos y afectos.
- La estrategia es preguntar acerca de los sentimientos sobre diferentes aspectos del evento traumático y del desastre. La catarsis ayuda a expresar sentimientos contenidos. A veces no se expresan los sentimientos por miedo o vergüenza, por lo que delicadamente hay que animar a hacerlo.
- Ofrecer información sobre los sentimientos esperables en situaciones de desastre y considerar que esas reacciones son normales puede ayudar a su expresión. Asimismo, informar sobre la influencia de las emociones en el funcionamiento global.
- Los sentimientos funcionan como claves para identificar las situaciones ambientales o el significado atribuido, que afligen al afectado. Los sentimientos predominantes, como se ha indicado, son la depresión y tristeza asociadas a la vivencia de pérdida, la ansiedad a la amenaza y el peligro, y la cólera o ira con la injusticia.
- En este proceso la escucha activa es fundamental.

##### 4.4.3 Dominio cognoscitivo de la experiencia

- La inundación emocional y la percepción de pérdida de control sobre la situación demandan restablecer el sentido de dominio. Una vía es la comprensión de los mecanismos por los cuales el evento genera una crisis y los mecanismos para salir de ella. Esta tarea tiene los siguientes tres focos, que pueden ser abordados independientemente o en conjunto.

- Comprensión basada en la realidad del evento traumático y en sus consecuencias. Conocer lo que pasó y por qué es necesario para la superación de la crisis, lo cual puede ser un proceso doloroso. Implica la descripción de los hechos como los percibió y recuerda el afectado, que incluye el entorno de la experiencia de crisis: estado previo inmediato, vivencia del evento traumático, efectos inmediatos y fuentes de estrés posteriores. Brindar información concreta sobre los sucesos y consecuencias son importantes.
- Comprensión del significado del evento traumático y sus consecuencias para el afectado. Para ello es necesario descubrir o establecer la relación entre el incidente y las creencias que sobre éste y sus consecuencias tiene el afectado e identificar los objetivos vitales previos y actuales amenazados o destruidos y la autoimagen. Asimismo, los aspectos personales (rasgos, conflictos, frustraciones) y experiencias del pasado que puedan relacionarse con la experiencia de crisis. Todo ello conduce a la comprensión de la naturaleza y significado de las reacciones.  
Se basa en la identificación de las creencias sobre el evento y sus efectos, de las creencias sobre la aparición de la crisis misma y sobre su recuperación, y en la identificación de creencias perturbadoras. Asimismo, en la detección de limitaciones de afrontamiento y habilidades previas. Se apoya en gran medida en la reflexión.
- Reestructuración o reemplazo de cogniciones, imágenes, planes y sueños afectados o destruidos por el desastre. A partir del significado del evento y de sus consecuencias, así como de la comprensión de las reacciones se busca la asimilación e integración de la vivencia actual con la configuración personal. La reestructuración positiva es la clave del potencial de crecimiento en la crisis. Se apoya en la reflexión, en técnicas narrativas y en la reestructuración cognitiva.

#### 4.4.4 Ajustes conductuales e interpersonales necesarios

- Se refiere a la implementación de los cambios necesarios en el desempeño de diferentes funciones y en las relaciones con los demás, en los diferentes roles. Las estrategias se deben focalizar en cómo enfrentar y manejar la realidad para completar el sentimiento de dominio, que influirá en la superación de la crisis y en el crecimiento personal.
- Es necesario establecer jerarquías de los problemas que requieren atención. En algunas situaciones será menester convocar a algunos miembros de la familia o comunidad. En otras, se apoyará la reflexión sobre los cambios requeridos en cada área y la manera de implementarlos, y se estimulará la creatividad del afectado. La técnica de resolución de problemas es muy importante y se asignarán tareas si es necesario.

#### 4.5 Técnicas y procedimiento

Las técnicas se adecuan al foco de la sesión o de la intervención. Se privilegia la expresión de afectos y pensamientos, la provisión de información, las técnicas orientadas a reducir el estrés como la relajación, la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva de creencias.

La intervención en una única sesión tiene cinco fases y su secuencia no es rígida.

**I fase: Introducción**

El objetivo se centra en el establecimiento de la relación de colaboración. El brigadista se presenta e informa sobre el procedimiento con una actitud cálida.

**II fase: Planteamiento y valoración del problema**

El objetivo es definir el problema, a través de la escucha activa de la vivencia actual del afectado. Incluye la evaluación del funcionamiento CASIC del afectado, que puede ser complementado con datos recogidos por medio de instrumentos. Con base en la información se establece una jerarquización de los problemas para el foco o tareas ejes de la sesión.

**III fase: Elaboración de la crisis**

El objetivo es asimilar la experiencia traumática y fortalecer los recursos. La exploración e interrelación de los factores que inciden en la aparición de la crisis, previos, del trauma mismo y posterior, de una parte, y la recuperación de los recursos y descubrimiento de opciones, de otra, son aspectos medulares de la recuperación de la crisis.

**IV fase: Futuro inmediato**

El objetivo es definir cursos de acción inmediatos para resolver los problemas priorizados y actualizar los recursos necesarios. Se revisan las metas a corto plazo y los ajustes necesarios en las áreas de funcionamiento seleccionadas o priorizadas. Se introducen técnicas específicas orientadas a reducir la ansiedad y a resolver problemas. Se brindan sugerencias con respecto al autocuidado.

**V fase: Cierre**

Se brinda un resumen comprehensivo de la generación de la crisis o del problema y su resolución. Se formulan las medidas siguientes, derivaciones y seguimiento, según el caso.

Cuando el caso lo requiera, ya se trate de obtener más información, tomar mayores decisiones o formular recomendaciones, se entrevista a un familiar. De ser posible es conveniente contar con registros de la atención.

## Referencias bibliográficas

1. Aliaga K., Guillén R., Quispe F., Robles Y., Solís R., Valencia E. y Vargas E. (2008). *Guía de práctica clínica para la intervención psicológica en crisis*. Lima: Colegio de Psicólogos.
2. Barnaby B. (2007). *Mas allá del secreto*. Barcelona: Ediciones Robinbook.
3. Benveniste D. Intervención en crisis después de grandes desastres. *Trópicos: la Revista de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas* 2000; 8 (1).
4. Benyakar M. y Collazo C. Psychological interventions for people exposed to disasters (2005). En: Juan José López-Ibor, George Christodoulou, Mario Maj, Norman Sartorius y Ahmed Okasha (eds). *Disasters and mental health*. Wiley and Sons.
5. Bisson J. Single-session early psychological interventions following traumatic events. *Clinical Psychology Review* 2003; 23(3): 481-499.
6. Cohen R. (1999). *Salud mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores*. OPS.
7. Cohen R. Lecciones aprendidas durante desastres naturales: 1970-2007. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2008; 25(1): 109-117.
8. Curling P. Using testimonies as a method of early intervention for injured survivors of the bombing of the UN Headquarters in Iraq. *Traumatology* 2005; 11; 57.
9. Dahlen P. Follow up counseling after disaster: working with traumatic dreams toward healing. *Traumatology* 1999; 5; 28.
10. Davis M., Robbins E. y McKay M. 1985. *Técnicas de autocontrol emocional*. Martínez Roca.
11. Doherty G. Towards the next millennium: disaster mental health - learning from the past and planning for the future. *Traumatology* 1999; 5; 1.
12. Ehrenreich J. (1999). *Enfrentando el desastre. Una guía para la intervención psicosocial*. Preparado para Trabajadores en Salud Mental sin Fronteras.
13. Elrod C., Hamblen J. y Norris F. Challenges in implementing disaster mental health programs: State program directors' perspectives. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 2006; 604; 152.
14. Gray M. y Litz B. Behavioral interventions for recent trauma: *Empirically informed practice guidelines*. *Behav Modif*. 2005; 29; 189.
15. Gutiérrez L. y Vera I. (2000). Ponencia: *El papel del psicólogo en los desastres*. Conferencia virtual sobre teoría y práctica de las ciencias sociales en situaciones de riesgos catastróficos. Dirección General de Protección Civil de España. Centro Europeo de investigación social de situaciones de emergencia (CEISE).
16. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2001). *Psychological support: best practices from Red Cross and Red Crescent Programs*.
17. International Society for Traumatic Stress Studies. (2005). *Mass disasters, trauma and loss*. Disponible en internet.
18. Jones J. Mental health intervention in the aftermath of a mass casualty disaster. *Traumatology* 1999; 5 (7).

19. Jordan K. Providing crisis counseling to New Yorkers after the terrorist attack on the World Trade Center. *The family Journal* 2002; 10; 139.
20. McGinn L., Spindel, C. (2007) Disaster trauma. En: Frank Dattilio y Arthur Freeman (eds.). *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention*. 3. ed. New York: The Guilford Press.
21. Meijers J. (2007). Problem solving and crisis intervention. En: Frank Dattilio y Arthur Freeman (eds.). *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention*. 3. ed. New York: The Guilford Press.
22. National Institute of Mental Health (2002). *Mental health and mass violence: evidence-based early psychological intervention for victims/survivors of mass violence. A workshop to reach consensus on best practices*. NIH publication No. 02-5138. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
23. Newgent R., Paladino D., Reynolds C. Single session treatment of nontraumatic fear of flying with eye movement desensitization reprocessing: pre and post-September 11. *Clinical Case Studies* 2006; 5; 25.
24. Noy S. The traumatic process: Conceptualization and treatment. *Traumatology* 2004; 10; 211.
25. Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Manejo de cadáveres en situaciones de desastres*. Serie Manuales y Guías sobre Desastres, N° 5.
26. Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*. Serie Manuales y Guías sobre Desastres N° 7.
27. Pérez P., Vásquez, C. Reconceptualizar la psicología del trauma desde los recursos positivos: apuntes para una visión alternativa. *Interpsiquis* 2001. 2.
28. Ruiz A. (2003). Apoyo psicológico en desastres. En: *Gerencia de desastres en Cuba*. Disponible en: [www/cardin.uwimona.edu.jm](http://www/cardin.uwimona.edu.jm).1104. Consultado en diciembre de 2007.
29. Ruiz J., Cano, J. (1999). *Manual de psicoterapia cognitiva*. Ed. R & C. Disponible en: <http://www.meddics.com>.
30. Shultz J., Allen A., Bustamante H. y Espinel Z. *Safety function action for disaster responders. Training module guidebook*. Disaster and Extreme Event Preparedness (Deep Center), Florida Department of Health.
31. Slaikou K. (1996). *Intervención en crisis*. Manual para práctica e investigación. México: Ed. Manual Moderno.
32. Smith P., Suda, K. Mowrer's two factor model: applications to disaster mental health services. *Traumatology* 1999; 5; 26.
33. Sullivan D., Everstine, L. (2006). *Strategic interventions for people in crisis, trauma and disaster*. New York: Taylor & Francis Group.
34. Villalba J., Lewis, L. Children, adolescents and isolated traumatic events: Counseling considerations for couples and family counselors. *The Family Journal* 2007; 15; 31
35. Westefeld J., Heckman-Stone, C. The integrated problem-solving model of crisis intervention: Overview and application. *The Counseling Psychologist* 2003; 31; 221.





## Capítulo VI: Intervención grupal con adultos en la comunidad

**Psic. Katuska Aliaga Giraldo**

*kpaliaga@yahoo.com*



Fig. 20: Acciones preventivo promocionales durante el Fenómeno del Niño en 1998 en Ferreñafe La Libertad, el equipo de salud mental con la comunidad afectada.

### 1. Consideraciones generales

En situaciones de desastres, las técnicas grupales son significativamente efectivas. Pueden variar de modalidad dependiendo del objetivo de la intervención, del grupo seleccionado, del escenario de la intervención, del número de miembros y la frecuencia de las intervenciones. Puede ser implementado en diversos grupos etarios y grupos de la comunidad.

Nuestra experiencia de asistencia en diversos eventos adversos con las brigadas de salud mental nos ha permitido resultados favorables con las técnicas grupales y nos ha dado la posibilidad de asistir a un número mayor de afectados. En las intervenciones grupales se potencian los siguientes soportes emocionales:

- Fortalecimiento de la cohesión del los participantes
- Generalización de experiencias
- Resolución de problemas
- Fortalecimiento de la solidaridad, compartir vivencias del evento y los diversos significados y sentimientos que se están generando por la experiencia traumática (vergüenza, culpa, cólera, etc.)
- Resurgimiento de la esperanza a través del fortalecimiento de su autoeficacia
- Restablecimiento de las redes sociales de la comunidad u organización.

## 2. Grupos objetivos:

- Poblaciones cautivas (colegios, albergues, refugios, grupos con necesidades especiales, etc.)
- Agrupaciones comunitarias espontáneas u formalmente constituidas (club de madres, club del vaso de leche, comités vecinales, etc.).

## 3. Tipos de técnicas grupales:

- 3.1 Primeros auxilios psicológicos grupales.
- 3.2 Grupo para resolución de problemas en comunidad.
- 3.3 Actividades recreativas y deportivas con la comunidad.
- 3.4 Grupo de ayuda mutua.



Fig. 21: Brigadista realizando intervención grupal con niños en Pisco



Fig. 22: Brigadista con dos madres de familia en Pisco

### 3.1 Primeros auxilios psicológicos grupales

Los primeros auxilios psicológicos grupales son reuniones con miembros de una comunidad; se forman grupos espontáneos, donde los brigadistas se acercan y ofrecen su ayuda. Se requiere conocimiento previo del número y características del grupo, por ejemplo: si son damnificados de un albergue temporal y se conocían antes, condiciones de privacidad, si son vecinos agrupados alrededor de una olla común, si son profesores de un colegio, etc.

#### 3.1.1 Objetivos

- Ayudar a los ciudadanos afectados a transitar de la situación de “víctima” a sobreviviente o, mejor aún, a ciudadano afectado.
- Procesar el trauma y modificar la situación de desorganización inmediata provocada por el desastre.

### 3.1.2 Características del desarrollo de los primeros auxilios psicológicos grupales

#### 3.1.2.1 El escenario

Número de personas: Es variable, pueden ser grupos pequeños o inclusive grupos grandes con 20 personas afectadas. Intervienen dos brigadistas uno dirige la sesión y el otro actúa de apoyo, observa y ofrece contención física, colabora).



Fig. 23, 24: Diversos escenarios para el desarrollo de los primeros auxilios psicológicos. Lambayeque 1998

#### 3.1.2.2 Procedimiento:

##### Paso 1: Convocatoria

Los Brigadistas de salud mental buscan a los grupos objetivos. En casos de desastres, la población generalmente no acude a los servicios de salud mental porque perciben que sus necesidades primarias son otras y postergan los aspectos emocionales. Sin embargo, cuando los equipo de ayuda se presentan existe muy buena receptividad, principalmente cuando son desastres o emergencias por fenómenos naturales. No obstante, cuando la intervención se ha realizado después de un conflicto social puede no hallarse la misma receptividad.

##### Conformación del grupo

Una vez conformado el grupo es importante tener en cuenta aspectos como:

1. La confidencialidad
  - Que el grupo esté conformado por personas que compartieron la misma experiencia o que haya un factor que los homogenice. Ej.: un grupo de maestros de una escuela o un grupo de vecinos de una localidad.
  - Que no se use ningún medio de registro como grabaciones de audio o video, fotos, etc.

- Que no haya ningún tipo de interrupciones una vez iniciada la reunión; esta dura aproximadamente dos horas.
- Cuidar la privacidad lo mejor que se pueda.

En condiciones de desastres se requiere acondicionar los lugares y buscar la mayor privacidad posible. Si es posible, un espacio cerrado y aislado de ruidos distractores, con buena ventilación e iluminación. Muchas veces se realiza en campos abiertos; lo importante es buscar la mayor comodidad para los participantes.

## **Paso 2: Presentación**

- a) Los brigadistas se presentan únicamente por el nombre y hace mención de su profesión.
- b) Se pide a los participantes que se presenten también solo con su nombre.
- c) Se explica el objetivo de la reunión. Por ejemplo se puede decir: “Somos el equipo de psicólogos que acudimos a la zona debido a los recientes acontecimientos ocurridos en esta localidad, deseamos brindarles apoyo emocional y para ello es necesario conversar sobre los eventos ocurridos”.
- d) Luego se mencionan las condiciones para el desarrollo del apoyo: “Lo que vamos a tratar es estrictamente voluntario y confidencial”. Luego se menciona que: “Si alguno de los presentes no se siente cómodo para participar, puede dejar de hacerlo en este momento y será comprendido por todos”.

Si alguno de los integrantes desiste en participar, el brigadista de apoyo lo acompañará a salir y le dará palabras de soporte y comprensión por su decisión y acordará con él una reunión individual posterior a la sesión. El brigadista que dirige la sesión, mientras tanto, da al grupo palabras de comprensión y respeto por su decisión.

- e) Una vez que retorna el brigadista de apoyo, se inicia la reunión y se invita a los participantes para que espontáneamente inicien el relato de los hechos. Se hará notar que será un intercambio de vivencias sobre cómo han afrontado el momento y se mencionará que al finalizar se realizará un ejercicio de relajación.

## **Paso 3: Relato de los hechos**

1. Se pregunta: ¿Quién desea contar lo que pasó? Si alguno de los participantes inicia y muestra emociones de tristeza con llanto, lamentaciones o cólera, no interrumpa. Pídale a esa persona que después de unos momentos le cuente qué fue lo que le pasó. El brigadista de apoyo se acercará y lo sostendrá firmemente por los hombros con sus manos. Luego estimule a que continúe.
2. Terminado ese momento pregunte e invite a los participantes: ¿Quién más desea contarnos lo que pasó? Si se produce un silencio, pregunte a alguien directamente:

¿Y usted, qué estaba haciendo al momento del terremoto, le pasó lo mismo que a él (ella)? Procure que la mayor parte, sino todos, relaten los hechos por los que pasaron u observaron.

3. Continúe estimulando la participación: ¿A alguien más le pasó algo similar, ¿qué hizo en esas circunstancias? Si alguien no se siente animado a expresarse, no presione, respete el silencio.
4. Se proporciona sostén psicológico al revelar y compartir emociones relacionadas con la experiencia vivida.
5. Promueva la conversación ordenada entre los miembros del grupo y la contención emocional entre ellos mismos, se describen percepciones, pensamientos y emociones de este momento.
6. Si observa que ya participó la mayoría y el resto prefiere permanecer en silencio continúe con el paso 4.

#### **Paso 4: Expresión de los sentimientos o las emociones sentidas**

1. Empatice con los participantes; use frases como: “Qué difíciles han sido los momentos que han pasado”.
2. Luego pregunte al grupo: ¿Cómo se sintieron mientras pasaban esos momentos, qué sensaciones sentían en su cuerpo? ¿Sintieron algo que nunca antes habían sentido?
3. Si nadie responde, pregunte a uno de los que ha observado más participativo: ¿Cómo se sintió usted mientras ocurría el desastre?
4. Después del relato pregunte: ¿Alguien más sintió lo mismo o tuvo una experiencia diferente?
5. Prosiga con: ¿Cuál fue el momento más difícil durante el ...?

#### **Paso 5: Reacciones manifestadas (conductas, atribuciones, mitos y creencias que se han desarrollado a partir del evento)**

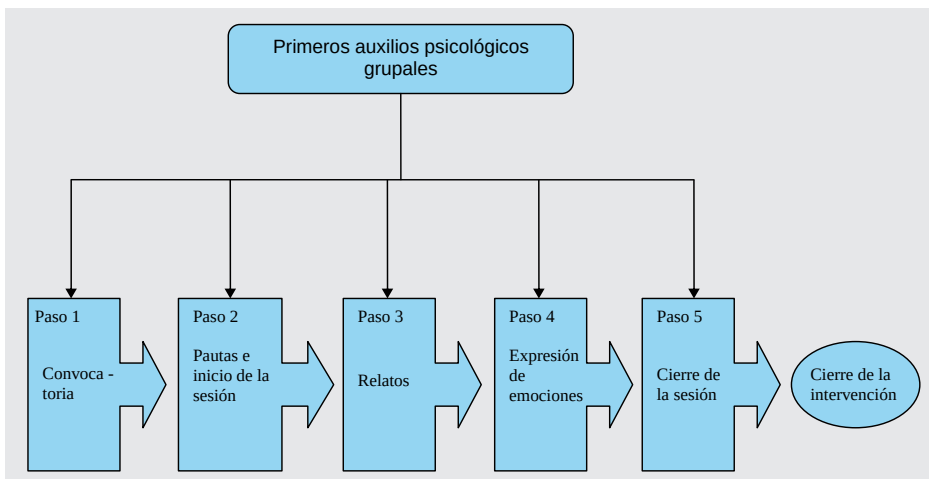
1. Estimule la relación entre la razón y la emoción ¿Cuál piensan que fue el peor momento que vivieron?  
Trate de identificar las reacciones a las preguntas:  
¿Qué hicieron cuando estaba ocurriendo el ...?  
¿Por qué creen que ha pasado todo esto? ¿Qué dice nuestros conocidos, por que ha ocurrido el ...?  
¿Alguien desea contarnos algo más sobre ... (ej. el terremoto)?

2. El Brigadista evalúa las respuestas psicofisiológicas, cognitivas, emocionales y motoras del estrés.

### Paso 6: Cierre de la reunión

1. Comente que todas las reacciones emocionales y físicas que han presentado son normales en situaciones de crisis. Estimule la participación y el apoyo mutuo así como la generación de alternativas propias para superar el evento traumático.
2. Realizar acciones psicoeducativas acerca de las manifestaciones del estrés a corto y mediano plazo, se proporcionan estrategias para afrontarlo y se demuestra cómo usarlas.
3. Comunique que antes de terminar van hacer un ejercicio de relajación. Dígales que es necesario que traten de aprenderlo para que lo puedan repetir y motívelos a la práctica explicándole los beneficios. Informe donde permanecerá luego en caso de que alguien desee hablar con usted.
4. Pida a todos cerrar sus ojos. Que permanezcan en silencio en la posición de relajación. Que respiren suave pero profundamente. Aplique el procedimiento de elección. (Véanse los anexos).
5. Si usted lo desea, despídase dando la mano a cada uno, haga comentarios como: “poco a poco todo estará mejor”; “es importante volver a hacer las cosas que antes hacían, lo más pronto posible”, etc.
6. Si observó que alguno de los participantes necesita recibir ayuda adicional, aproxímese a él para acordar una entrevista o pregúntele si tiene algo que decir que no pudo o no quiso decir en el grupo.

***¡No ofrezca aquello que no podrá cumplir!***



### 3.2 Grupo para resolución de problemas en la comunidad: la asamblea

El reestablecimiento de las redes sociales en la comunidad es de vital importancia, ya que la comunidad sufre un serio daño en su tejido social después de un desastre. Por ello es importante identificar a los líderes de la comunidad (algunos surgen después del evento espontáneamente) para iniciar nuestras intervenciones, pero también para darles soporte a ellos, ya que también tienen fuertes demandas.

Las brigadas de salud mental identifican, coordinan y promueven que los líderes desarrollen sus actividades con un enfoque de desarrollo y no asistencialista. Es conveniente capacitarlos en la identificación de las conductas que pueden presentarse entre los miembros de su comunidad después de un desastre, así como en las fases subsiguientes, y los lugares donde pueden pedir apoyo emocional.

#### 3.2.1 Objetivos:

- Buscar y compartir información exacta sobre la asistencia que se está ofreciendo y posibles recursos.
- Disolver los rumores mediante la búsqueda de información para disipar dudas.
- Motivar a los miembros de la comunidad para que sean activos y no dependan de otros.
- Involucrar a los miembros de la comunidad en la toma de decisiones que le afecten.
- Utilizar la técnica de solución de problemas
- Regresar al trabajo y que el funcionamiento familiar se restablezca tan pronto como sea posible.
- Participar en respuestas de la comunidad al desastre.
- Aceptar ayuda externa de forma organizada y equitativa para todos los afectados.

#### 3.2.2 Procedimiento:

- 1) Se convoca a una asamblea solo de líderes para que organicen sus propuestas para la comunidad.
- 2) Luego, los líderes de la comunidad convocan a una asamblea a los miembros de la comunidad con la finalidad de evaluar la situación del día a día.
- 3) Durante la asamblea se identifican los logros y dificultades de la convivencia, se solicitan propuestas de solución, se realizan acuerdos y asignación de tareas y después se informa sobre las actividades realizadas.
- 4) Se utiliza la técnica de solución de problemas cuando sea necesario organizar tareas y evaluar las ventajas y desventajas de las alternativas de solución, ello invitará a que todos los miembros de la comunidad se involucren y se sientan hacedores de las soluciones.
- 5) Los líderes deben conocer y transmitir el mensaje sobre la importancia de organizarse para gestionar las ayudas para el corto plazo pero también para el largo plazo.

### 3.2.2.1 Pasos de la técnica de solución de problemas: las 5 E

**Especifique** el problema en forma de pregunta y localice qué áreas de la comunidad están comprometidas.

**Elabore** una lluvia de ideas.

**Evalúe** las ventajas y desventajas de las ideas y elimine las que tienen menos posibilidades.

**Elabore** estrategias con las respuestas seleccionadas; para ello, junte las que tienen aspectos comunes y organícelas en orden de prioridad para aplicarlas.

**Evalúe** los resultados y preséntelos a su comunidad como un logro de todos.

### 3.3 Organización de actividades recreativas y deportivas

El juego, la espontaneidad y el disfrute estimulan la creatividad y promueven conductas adaptativas y el vínculo entre los participantes, además, mejoran el estado de ánimo y facilitan la disminución de la tensión muscular. Incorporar actividades lúdicas en un ambiente natural entre los adultos contribuirá a mejorar la autoestima, liberar el estrés y estimular la capacidad organizativa.

Objetivo: Fortalecer espacios de recreación y deportivos como estrategias de manejo del estrés para estrechar lazos de confianza y el retorno a las actividades de la vida diaria. Ej. una ginkana, un partido amistoso de fútbol o voleibol, etc.



Figs. 25, 26, 27: Actividades recreativas en la comunidad en Chacchagen  
Cortesía de la Psic. J. Pintado.



### 3.4 Grupo de autoayuda

Los equipos de salud mental promueven la implementación de los grupos de autoayuda después de haber dado los primeros auxilios psicológicos grupales. Se identificará si existe un número significativo de pobladores con consecuencias similares de afectación por el evento que necesiten la continuación de sus espacios de conversación. Por ejemplo, un grupo de viudas, grupo de discapacitados, etc.

Se les convoca y se propone la idea. De haber aceptación, se identifica a los agentes de la comunidad que podrían ser los líderes en esta tarea y se les orienta sobre la importancia de escucharse mutuamente y compartir el objetivo de buscar soluciones a diversos problemas que pueden aparecer, de analizar las ventajas y desventajas de las decisiones que tomen, y el beneficio que implica compartir la experiencia de cada uno de los participantes. Por ejemplo, se les conversa sobre cómo hablarle sobre la muerte a sus hijos cuando pregunten o cómo enfrentarse a la vida ahora que ya no está el esposo etc.

Las brigadas de salud mental identifican, coordinan y promueven que los miembros busquen solucionar sus dificultades con un enfoque de desarrollo y no asistencialista.

Es conveniente orientarlos en la identificación de las conductas que pueden presentarse después de un desastre y cuáles son los lugares donde pueden pedir apoyo emocional, así como en las fases de un desastre. Se les enseña la técnica de solución de problemas. El tiempo máximo de existencia del grupo lo establece el mismo grupo.

#### 3.4.1 Objetivos:

- Ayudar mutuamente a los vecinos afectados que transitan por situaciones similares a expresar y solucionar problemas propios de su nueva condición de vida.
- Favorecer la organización y generación de estrategias para afrontar las situaciones actuales de vida provocada por los desastres.

#### 3.4.2 Características del desarrollo del grupo de autoayuda

Número de personas: grupo de personas afectadas.

Al inicio se identifican dos líderes entre los participantes, uno dirige y el otro interviene dando contención emocional (enseñar a sostener firmemente de los hombros y pasar un vasito con agua o un pañuelo para que se seque las lágrimas si fuera necesario); luego pueden ir rotándose voluntariamente los roles. Se tendrá en cuenta lo siguiente:

- No se debe usar ningún medio de registro como grabaciones de audio o video, fotos, etc.
- Una vez iniciada la reunión, esta puede durar aproximadamente 2 horas; es conveniente que no haya ningún tipo de interrupciones.
- Cuidar la confidencialidad y privacidad lo mejor que se pueda.

- La participación es libre, espontánea.
- El grupo es abierto, es decir, que en el camino se pueden incorporar nuevos miembros, con el único requisito de que tengan el mismo tipo de consecuencia por el que se formó el grupo de autoayuda. También se pueden retirar.

#### **4 Recomendaciones para reducir el estrés**

- o Reconozca sus propios sentimientos. Los sentimientos fuertes después de un desastre son casi universales.
- o Sea tolerante con las reacciones de las otras personas. Tenga paciencia, no permita que la desesperanza y desmoralización le invadan.
- o Hable a otros sobre sus sentimientos, pues ello le ayudará a aliviar el estrés y ayuda a darse cuenta que otras víctimas comparten sus sentimientos. No está solo.
- o Cuide de sí mismo: descanse lo suficiente. Coma. Beba agua clorada. Tome tiempo libre para hacer algo que disfrute. Haga actividad física tanto como sea posible, como correr o caminar.
- o Aprenda ejercicios de relajación y úselos regularmente. Los ejercicios de respiración y relajación muscular combinados pueden usarse con grupos grandes en ambientes cerrados o abiertos, después de los primeros auxilios psicológicos. Cuando existan condiciones es preferible que los participantes se acuesten sobre el suelo en petates o sobre la hierba en fila o en círculo. Pueden participar grupos grandes (20 a 25 personas) según condiciones espaciales.

## Referencias bibliográficas

Aragónés J. (1998). *Cognición ambiental. Psicología ambiental*. Ed. Pirámide.

Ehrenreich J. (1999). *Enfrentando el desastre - una guía para la intervención psicosocial*. Preparado para trabajadores en salud mental sin fronteras.

Kaplan Harold, Sadock Benjamín. (1996). *Terapia de grupo*. 3. ed. Ed. Médica Panamericana.

Lima, B., Gaviria M. (1989). *Desastres; consecuencias psicosociales de los desastres. La experiencia latinoamericana*. Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental "Simón Bolívar.

Montaño R. (2006). Grupos de autoayuda: una cultura de espacios sociales de sostén para el trabajo grupal y la ayuda mutua. En: Cervantes L. *Dinámica grupal. Aportes contemporáneos*. Lima: Fondo Ed. de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Salud mental en emergencias y desastres. Aspectos mentales y sociales de las poblaciones expuestas a factores estresantes extremos*.

Proyecto DESAPER. (1997). *Dinámicas participativas*. Calgary.

Schaefer C. (2005). *Terapia de juego con adultos. Manual moderno*. México, DF.



## Capítulo VII: Intervención en crisis con niños y adolescentes

**Psic. Militza Álvarez Machuca**  
*psicologia1980@hotmail.com*

**Psic. Liliana Vilchez Gálvez**  
*lvilchezg@hotmail.com*

### 1. Generalidades

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2006) definió atender la recuperación psicoafectiva de los niños, niñas y adolescentes afectados por emergencias y desastres (terremotos, etc.), en el marco de su mandato en el contexto de la Convención de los Derechos del Niño y Adolescente, que así lo exhorta desde su preámbulo: “Los síntomas que aparecen son reacciones normales en circunstancias anormales y estos deben ser atendidos rápidamente”. Atender prioritariamente a los niños, niñas y adolescentes es hacer efectiva la prevalencia de sus derechos. Estos se recuperan si son atendidos rápidamente, por el contrario, si se piensa que “no sienten, no entienden”, se comete un error gravísimo que los deja expuestos a temores y culpas que podrían ser rápidamente desvirtuados.

El desastre requiere una respuesta inmediata, coordinada y efectiva para satisfacer las necesidades básicas, médicas, y emocionales a fin de lograr una recuperación de la población infantil y juvenil afectada. Estos eventos pueden ser aterradores para los adultos pero son traumáticos en el caso de ellos. Durante una emergencia o desastre, a veces las familias tienen que dejar atrás su casa y su rutina diaria, lo que provoca confusión y ansiedad.

Las reacciones pueden variar de individuo a individuo; existen reacciones comunes normales ante el evento, algunas pueden aparecer inmediatamente y otras se retrasan horas, días, semanas y hasta meses después. Generalmente, las reacciones están relacionadas con la edad y son específicas. Los niños, niñas y adolescentes experimentan una serie de reacciones y de sentimientos en respuesta a una emergencia o desastre y necesitan atención especial para satisfacer sus necesidades. Los dos indicadores más comunes de estrés son los cambios en la conducta y la regresión.

Ante esta problemática la intervención tiene dos modalidades:

- Dar los primeros auxilios emocionales diseñados para ayudar de manera inmediata a los niños, niñas y adolescentes, con la finalidad de restaurar su equilibrio y adaptación psicosocial.
- Brindar una intervención especializada para las emergencias psiquiátricas.

El presente manual tiene como propósito intervenir sobre los primeros auxilios emocionales, cuyos objetivos son:

- Detener el proceso agudo de descompensación psicológica, aliviando las manifestaciones sintomáticas y el sufrimiento a través de la expresión de sentimientos e ideas por medio de diferentes vías (verbal, gráfica y lúdica).
- Estabilizar al individuo y protegerlo del estrés adicional, reduciendo los sentimientos de anormalidad, facilitando la asimilación e integración del suceso a través de la evaluación de las pérdidas sufridas, los recursos con que cuenta y la proyección hacia el futuro.
- Restaurar las funciones psíquicas y readaptar a los niños, niñas y adolescentes a las nuevas condiciones tan rápido como sea posible.
- Evitar complicaciones adicionales, promoviendo el fortalecimiento y reactivación de las redes sociales de apoyo a la familia y comunidad.

Por lo tanto, las técnicas que se presentan buscan establecer encuentros por grupos a fin de brindar un momento de desahogo y descarga emocional colectiva. Se ha demostrado su utilidad porque generan confianza y crean espacios de intercambio de experiencias, expresión de sentimientos y búsqueda de alternativas de afrontamiento. El trabajo de grupos puede desarrollarse sobre algunos colectivos ya existentes u otros que se creen ad hoc, como consecuencia de la emergencia o desastre. En los grupos se dan los siguientes procesos:

- Posibilidad de exteriorizar las emociones y verbalizarlas, así como el reconocimiento de sentimientos.
- Análisis objetivo de la realidad.
- Desarrollo de la capacidad de auto reflexión y toma de consciencia, así como la búsqueda e integración de soluciones.
- Recuperación de la esperanza (cuando se puede saber de la mejoría de otros).
- Aprendizaje interpersonal y apertura a diferentes formas del pensamiento (aprendiendo de unos y enseñándole a otros). Se comparten necesidades y problemas, así como se generalizan experiencias.
- Fomento del espíritu de solidaridad y apoyo mutuo.



Fig. 28: Trabajar en grupo es un elemento catalizador en toda situación de emergencia y desastre

Hay que tener presente que después de un desastre, los niños, niñas y adolescentes tienen miedo de que: a) el evento se repita; b) alguien se lesione o se muera; c) se separe la familia; d) se queden solos.

Luego de un evento catastrófico, la población infanto-juvenil puede desarrollar un trastorno adaptativo como resultado de experimentar, ser testigo o participar en un evento traumático sobrecogedor (que produce miedo). Los padres deben estar alerta a estos cambios para así solicitar ayuda de un profesional de la salud mental. Por tal razón, adjuntamos un listado de indicadores de anormalidad:

- Cuando rehúsa regresar a la escuela y exhibe una conducta de apego extremo, y sigue a la madre o al padre por la casa.
- Presenta miedos persistentes relacionados con la catástrofe (p. ej., miedo de que vuelva a repetirse el terremoto, de que se caiga la casa o que se salga el mar).
- Tiene disturbios del sueño, como pesadillas o grita mientras duerme.
- Se orina en la cama, por varios días después del evento.
- Falta de concentración.
- Problemas de conducta (se porta mal, de manera no típica en la escuela o en la casa).
- Se queja de malestares físicos (dolores de estómago, dolores de cabeza, mareos) para los que no se encuentra la causa aparente.
- Aislamiento de la familia y de los amigos.
- Irritabilidad e indiferencia.
- Disminución de actividades sociales.

## 2. Cómo viven la crisis los niños, las niñas y los adolescentes

### 2.1 Algunas capacidades y sus características

#### 2.1.1 En el pensamiento

Se dan cuenta de las cosas que pasan a su alrededor, pero las entienden de manera diferente según la edad. Por ejemplo:

**Antes de los 6 años** piensa que las cosas están vivas. Puede creer que el huracán puede volver y perseguirlo. Piensa que las cosas tienen que ver con algo que hizo (sentirse culpable). Puede darse cuenta de lo que ve, pero no entender que las cosas podrían ser diferentes (no logra entender “el futuro” como algo posible; el tiempo no significa lo mismo que para los adultos). Necesita reproducir el mundo en el juego para poder entenderlo.

**Entre los 7 y los 12** tiene mayor comprensión de lo que le rodea, pero sigue teniendo una forma diferente del adulto para entender el futuro y lo que “podría ser” y necesita jugar para entender el mundo.

**Después de los 12** ya comprende casi como el adulto el concepto de futuro, pero puede no darse mucha cuenta de las limitaciones que pone la realidad.

### 2.1.2 En lo social

- Expresan sus sentimientos de manera más espontánea.
- Son muy sensibles a los afectos o sentimientos que expresan los adultos en forma verbal pero sobre todo no verbal (gestos, tonos de voz, etc.).
- Mientras más pequeño sea, depende mucho de la gente mayor para experimentar sus emociones (si su mamá se asusta, también lo hará).
- Necesita la seguridad que le da estar cerca o contar con su papá o mamá.
- Mientras más apoyo social tenga (escuela, iglesia, directiva, etc.) se siente que vale más y se siente mejor.

### 2.1.3 En lo emocional

Los niños, niñas y adolescentes dependen de rutinas diarias: se despiertan, se levantan, desayunan, se van a la escuela y juegan con sus amigos. Cuando las emergencias o desastres interrumpen esta rutina, se tornan ansiosos. Buscarán la ayuda de sus padres o la de otros adultos y la forma cómo reaccionen los padres o las figuras representativas les darán la clave para actuar. Si reaccionan alarmados, sentirán más miedo porque asimilan el miedo como una señal de peligro real. Si se muestran agobiados por un sentimiento de pérdida, sentirá su pérdida con más fuerza.

Los temores pueden surgir de su imaginación y los padres o familiares deben tomar estos sentimientos en serio. Un niño, niña o adolescente que siente miedo, tiene miedo. Las palabras o las acciones de los padres pueden darle tranquilidad. Cuando el padre le hable, debe asegurarse de presentarle un cuadro realista que a su vez sea manejable. Los sentimientos de temor y miedo son saludables y naturales en los adultos y en los niños, niñas y adolescentes, pero el adulto debe tener el control de la situación.

Cuando los padres o familiares estén seguros de que el peligro ha pasado, deben concentrarse en las necesidades emocionales de sus hijos e hijas y preguntarles en qué están pensando y qué es lo que más les preocupa. La participación de todos en actividades de la familia para recobrase del evento les ayudará a sentir que su vida retornará a la normalidad.

A continuación se presentan las reacciones normales de los niños, niñas y adolescentes, determinados grupos de edad y se proveen las técnicas para facilitar la expresión del estrés resultante de una situación de emergencia o desastre. Es importante brindar orientación que los ayude a reducir sus miedos.

## 2.2 Sugerencias útiles para lidiar con las reacciones

### ➤ Edad preescolar (1 a 5 años)

Cuando se enfrentan a una situación sobrecogedora, tal como una emergencia o desastre, los niños y niñas de estas edades frecuentemente se sienten desvalidos y experimentan intenso miedo e inseguridad por su impotencia para protegerse a sí mismos. Muchos carecen de las destrezas verbales y conceptuales necesarias para



lidar efectivamente con el estrés que ocurre súbitamente. Las reacciones de los padres y de sus familias a menudo los afectan fuertemente.

Sus reacciones típicas son:

- Se orina en la cama
- Teme a la oscuridad o a los animales
- Muestra dependencia (apego a los padres)
- Siente terror en las noches
- Pierde el control de la orina o de las heces, o tiene estreñimiento
- Presenta dificultad en el habla (p. ej. tartamudea)
- Presenta disminución o aumento del apetito
- Lloro o grita por ayuda
- Se paraliza (p. ej. parece una estatua) o corre sin dirección
- Presenta temblores
- Tiene expresiones faciales de terror
- Teme que le dejen solo
- Teme a los extraños
- Presenta confusión.

#### ➤ **Edad escolar (6 a 11 años)**

En los niños y niñas de edad escolar predominan los miedos y las ansiedades. Pueden surgir temores o miedos imaginarios que no parecen tener relación con el desastre. Sin embargo, algunos se concentran en los detalles y desean hablar de éstos continuamente. Estas reacciones pueden interferir con otras actividades.

Sus reacciones típicas son:

- Se chupa el dedo pulgar
- Se irrita fácilmente
- Lloriquea
- Muestra apego exagerado
- Se comporta con agresividad en la escuela o en la casa
- Compite con los hermanos más jóvenes por la atención de los padres
- Tiene terrores nocturnos, pesadillas y temor a la oscuridad
- Evita ir a la escuela
- Se aísla de su grupo
- Le falta interés y muestra pobre concentración en la escuela
- Tiene conducta regresiva
- Tiene dolores de cabeza u otros malestares físicos
- Se muestra depresivo
- Teme al clima
- Muestra inseguridad.

#### ➤ **Preadolescencia (12 a 14 años)**

Las reacciones de este grupo son de especial significado. Estos deben saber que sus miedos son apropiados y que otros los comparten. La ayuda debe dirigirse a reducir las tensiones, ansiedades y los posibles sentimientos de culpa.

Sus reacciones típicas son:

- Tiene alteraciones en el sueño (dificultad para iniciar el sueño, se despierta en la noche)
- Tiene disturbios en el apetito (incremento o disminución del mismo)
- Muestra rebeldía frente a los padres o figuras de autoridad
- Se niega a hacer las tareas
- Tiene problemas en la escuela (p. ej. peleas, aislamiento, pérdida de interés, conducta dirigida a llamar la atención)
- Presenta problemas físicos (p. ej. dolores de cabeza, problemas intestinales, asma, dolores leves en cualquier parte del cuerpo, erupciones en la piel)
- Pierde interés en las actividades sociales de su grupo.

### ➤ **Adolescencia (15 a 18 años)**

Un desastre puede estimular los temores relacionados con la pérdida de sus familias y los temores asociados con sus cuerpos. Amenaza su proceso natural de despegue de la familia por la necesidad de unión familiar en ese momento. Las emergencias o desastres interrumpen las relaciones con sus grupos y sus vidas en la escuela.

A medida que los niños y niñas crecen, sus respuestas a los traumas comienzan a parecerse a las reacciones de los adultos (tienen una combinación de algunas reacciones infantiles mezcladas con reacciones de adultos). Los adolescentes pueden mostrar conductas más arriesgadas que lo normal (descuido personal, uso de drogas, etc.). Estos podrían sentirse agobiados por las emociones y quedar incapacitados para discutirlos con sus familias.

Sus reacciones típicas son:

- Dolores de cabeza y otros malestares físicos
- Depresión
- Confusión o concentración pobre
- Actuación pobre
- Conducta agresiva
- Aislamiento y distracción
- Cambio de grupo o de amigos
- Síntomas psicossomáticos (por ejemplo, erupciones en la piel, problemas intestinales, asma)
- Incremento o disminución del apetito
- Problemas en el sueño (por ejemplo, se despierta en la noche, no puede dormir, etc.)
- Agitación o disminución del nivel de energía
- Indiferencia
- Conducta irresponsable o delincuente
- Reducción de la lucha contra el control de los padres.

### **2.3 ¿Por qué algunos niños y adolescentes se ven más afectados?**

Existen diferentes factores de riesgo, es decir, condiciones que hacen que los niños estén más propensos a desarrollar reacciones ante la crisis. Los más importantes son:

- Falta de apoyo social cuando se da el evento. Sobre todo, falta de apoyo de los padres o madres.
- Amenaza contra la vida o gran destrucción de las propiedades.
- Angustia del padre o de la madre o incapacidad para hacer su función de padre o madre después del evento.
- Darse cuenta o pensar que la vida de los adultos significativos para él o ella estaba amenazada.
- Falta de comunicación con su papá o mamá sobre lo que siente y piensa mientras vive la crisis.
- Exposición significativa y directa a un evento amenazante.
- Problemas emocionales anteriores al evento.

## 2.4 Necesidades de los niños y niñas y adolescentes que viven una crisis

Cuando las personas adultas pasan por una situación que les genera crisis tienen la necesidad de contar y volver a contar lo que les pasó. Hacer esto les ayuda a asimilar la experiencia. Por su parte, tienen la necesidad de volver a reproducir de manera activa, en el juego, las cosas que les sucedieron o que vieron. Esto equivale a contarlos una y otra vez. En este juego, los niños y niñas en especial, suelen hacer una o dos cosas:

- Repetir lo que sucedió para vivirlo con algún control y así asimilarlo (el niño o niña es quien domina el juego, o bien lo pone como le habría gustado que sucedieran las cosas).
- Sacar sus sentimientos en el juego.

También, por medio del juego, aprenden nuevas formas de enfrentar los peligros o bien de entender el peligro. Si no logra hacerlo por sí mismo, el adulto puede participar en el juego y dar ejemplo, a manera de juego, de nuevas alternativas o formas de enfrentar el peligro. Entonces, el juego ayuda a superar la crisis porque el niño o niña experimenta control de la situación, puede poner un final satisfactorio, se siente libre para expresar y liberar los sentimientos negativos que tiene y encuentra una nueva forma de ver el evento que le generó la crisis.

Además de jugar, tienen otras necesidades cuando enfrentan una crisis. Entre ellas podemos mencionar:

- **Seguridad**, en la forma de apoyo y acompañamiento de su papá, mamá y otras personas adultas significativas, que le pueden explicar el peligro y cómo enfrentarlo.
- **Estabilidad**, volver a tener una rutina, un horario, hacer las cosas cotidianas que antes hacía con la familia y comunidad.
- **Amor**, especialmente cuando ha pasado por una situación difícil hay que expresarle amor con gestos y palabras. Pero, ¡no solo cuando esté en crisis!
- **Comunicación**, de nuevo, no sólo cuando esté en crisis. Cuando ha vivido una situación difícil es importante que pueda compartir sus miedos, sentimientos, necesidades con las de los adultos significativos para él o ella, y también conocer las necesidades de los adultos.

- **Aceptación y comprensión**, es decir, poder expresar sus sentimientos tanto positivos como negativos (tristeza, agresividad, miedos). Por ejemplo, en vez de decirle “no llores”, “no seas miedoso, si no pasa nada”, le ayuda más que le digamos “te sientes triste, por eso estás llorando”, “parece que eso te da miedo, pero aquí estoy contigo”, “te veo bien enojado, ¿quieres que hablemos de eso?”.
- **Cambiar sus pensamientos y creencias equivocadas** sobre lo que pasó, conocer y desarrollar ideas y explicaciones más adecuadas, por ejemplo: “cada vez que haya lluvia con truenos, se va a inundar y nos vamos a morir todos”, se puede corregir con la explicación “es cierto que hubo una inundación, pero es más bien raro que eso suceda y podemos tomar estas medidas para protegernos”.

## 2.5 Cómo los adultos pueden apoyar a los que han vivido una crisis

Como brigadista, cuando trabaje con los padres y madres de los niños y niñas tenga en mente lo siguiente:

- Los papás, las mamás, la gente de la directiva, el sacerdote, los maestros, las profesoras, los pastores o líderes religiosos y los otros adultos de la comunidad son un recurso para los niños y niñas.
- Hay que tratar con mucho respeto a las personas adultas responsables del niño o niña, no imponerles nuestras ideas, sino más bien compartir las nuevas ideas e información.

## 2.6 Cómo procesar el duelo

En los desastres muchas cosas se pierden: se destruyen casas, árboles, siembras; se pierden bienes, muebles y vidas humanas. Ante las pérdidas, el ser humano, en cualquier etapa de desarrollo, tiene una reacción emocional que difiere de una a otra persona, dependiendo de la magnitud de las pérdidas, del significado que lo perdido tenga para el sujeto, de la personalidad y de las circunstancias en que esta ocurre, etc. Los niños, niñas y adolescentes que carecen de la fortaleza de ánimo y la templanza que se va ganando con las experiencias de la vida son particularmente vulnerables a las situaciones de pérdidas. De ahí que una de las primeras situaciones a ser elaboradas en una guía destinada a promover la recuperación emocional de los niños, niñas y adolescente víctimas de situaciones de emergencia o desastres deben ser las pérdidas.

Las dinámicas destinadas para trabajar la pérdida tienen como finalidad permitir elaborar la situación emocional de desencanto y angustia que le generan no solo aquellas pérdidas catastróficas (como cuando pierden a sus padres, hermanos o familiares, amigos o vecinos, su hogar, su escuela); sino también aquellas que ante los ojos de un adulto parecen intrascendentes, como la pérdida de pequeños juguetes o un animalito. Muchas veces, estas cosas tienen un valor o significado especial para un niño o niña o adolescente, por lo que puede afectarle mucho.

Los niños, niñas de edad escolar (6 a 11 años) pueden entender los cambios o las pérdidas permanentes.

### 3. Metodología y pautas generales de actuación

Debe organizarse el tiempo de los niños, niñas y adolescentes para que superen el duelo y vuelvan a la normalidad. Se debe favorecer la socialización mediante la relación con otros niños en grupos.

Las técnicas lúdicas, expresivas, plásticas y dinámicas son un instrumento de primer orden para el trabajo con niños. Los menores se proyectan a través del juego, los dibujos, la escritura, escenificaciones y títeres. Se reestructuran los acontecimientos impactantes para que encuentren una lógica temporal; la reconstrucción de lo sucedido permite definir claramente causas y efectos para que queden libres de falsas culpas.

Los brigadistas, sean trabajadores de la salud o agentes comunitarios necesitan instrumentos concretos para trabajar con los niños, niñas y adolescentes. La narrativa de cuentos es otro recurso muy utilizado, así como crear canciones y preparar escenificaciones y teatro de títeres con los personajes de los cuentos. Los títeres ayudan a los niños y jóvenes a proyectarse y hablar a través de ellos, expresándose de una manera más libre.



#### 3.1 Primeros auxilios psicológicos para niños y adolescentes

Brindar primeros auxilios psicológicos para niños y adolescentes requiere las siguientes tareas:

- Realizar contacto psicológico: invitar a las personas a hablar, escuchar los hechos y los sentimientos, mostrar interés por comunicarse, tocar y abrazar de manera física.
- Analizar el problema: examinar el pasado, presente y futuro inmediato de las personas. El objetivo de este segundo paso es conocer cuáles son los conflictos o problemas que necesitan manejarse de forma inmediata y cuáles pueden dejarse para después.
- Analizar las posibles soluciones: averiguar qué es lo que las personas han intentado hacer hasta ahora, qué es lo que pueden o podrían hacer y proponer nuevas alternativas.

- Ejecutar la acción concreta: ayudar a las personas a realizar una acción concreta para manejar la crisis. Es dar el mejor paso próximo según la situación.
- Dar seguimiento: especificar un procedimiento para que el brigadista y las personas estén en contacto en un tiempo posterior.



Fig. 29: El compartir experiencias después de un evento adverso disminuye el impacto emocional

### 3.2 Orientaciones para la aplicación de las técnicas

Siga las instrucciones que aparecen a continuación para lograr los objetivos propuestos para cada técnica:

1. Lea detenidamente el contenido de cada técnica antes de aplicarla y asegúrese de contar con el material necesario.
2. El contenido brinda los conocimientos necesarios para prepararse sobre el tema; conózcalos e interprételos para aplicarlos de la mejor manera posible.
3. Están desarrolladas para trabajar con niños, niñas y adolescentes desde los 4 años hasta los 18 años; al aplicarlas se deberá tener en cuenta la conformación grupal.
4. Las técnicas disponen de material que apoya el desarrollo de la misma. Revíselo y conozca su uso, según se explica en el procedimiento.

No es necesario ser especialista, pero sí tener preparación básica en salud mental y experiencia en intervención en emergencias y desastres y sus diferentes fases. Fundamentalmente brinda primeros auxilios psicológicos a niños, niñas y adolescentes inmediatamente después de ocurrido el evento; además de propiciar una cultura de prevención.

De la adecuada aplicación que se dé a estas técnicas depende que se cumplan los objetivos planteados en cada una.



Fig. 30: El juego es un elemento protector en la recuperación emocional en situaciones de emergencias y desastres

### 3.3 Técnicas

Las técnicas que a continuación se presentan están destinadas para trabajar la recuperación emocional en la fase de impacto, en la que se brindan los primeros auxilios psicológicos, como también para la fase de reconstrucción. Estas técnicas en conjunto tienen una duración aproximada de tres horas.

Se describen las herramientas de soporte emocional necesarias según las edades, se brindan elementos teóricos y prácticos del tema y se parte del conocimiento de las amenazas naturales en nuestro entorno y la manera como debemos enfrentarlas. Cabe mencionar que el lenguaje a utilizarse debe estar de acuerdo con la edad y cultura de los sujetos abordados.

#### Presentación general de las técnicas

##### Objetivo

- Generar un ambiente de amistad y confianza.

##### Aplicación

- Grupos de 8 a 20 niños.

##### Brigadistas

- 2 brigadistas como mínimo.

##### Duración

- 15 minutos.

##### Procedimiento

Los brigadistas saludarán de forma animada y afectuosa a los niños, niñas y adolescentes los invitarán a acercarse y que formen un círculo. Luego de esto, preguntarán a los niños, niñas y adolescentes cómo han estado.

A continuación se describen las técnicas a seguir en una sesión, desde el inicio hasta el final.

### 3.3.1 Técnica 1: Dinámica la moneda

#### Objetivo

- Que los niños y niñas tengan un espacio para compartir juntos.

#### Aplicación

- Grupos de 8 a 20 niños.

#### Brigadistas

- 2 brigadistas como mínimo.

#### Duración

- 10 minutos.

#### Materiales

- Una moneda u otro objeto que se pueda lanzar y que tenga dos lados bien identificables.

#### Procedimiento

- Los brigadistas motivarán al grupo para participar en el juego.
- Se solicita que cada participante diga uno o dos y que recuerde su número.
- Con el número asignado se forman dos filas, una frente a la otra.
- El brigadista lanza una moneda y si cae boca arriba, los de la fila uno deberán reírse a carcajadas y los de la fila dos deben quedarse serios. Si cae boca abajo, los de la fila dos se ríen y los de la fila uno se quedan serios. Quien se equivoca pasa a lanzar la moneda al aire.

### 3.3.2 Técnica 2: Dinámica del movimiento

#### Objetivo

- Facilitar la manifestación y el desahogo emocional (individual y colectivamente) a través del cuerpo.

#### Aplicación

- Grupos de 8 a 20 niños

#### Brigadistas

- 2 brigadistas como mínimo

#### Duración

- 50 minutos.

#### Materiales

- Bolas suaves
- Vasijas
- Piezas de tela que se estiren y encojan y no se rompan con facilidad.



### Procedimiento

- Ejercicio de calentamiento: Se pide a los participantes que comiencen caminando por el lugar y luego muevan todo su cuerpo para calentar los músculos. Se les modelan algunos movimientos para que los sigan.
- Se les indica realizar los movimientos que deseen, expresando sus sentimientos del momento. Se les proporcionan recursos como bolas suaves, vasijas, piezas de tela elástica, para entrar en interacción entre ellos. El brigadista observa para conocer el estado de ánimo de los niños, niñas y su desahogo.
- Se les pide dividirse en grupos pequeños y que cada grupo elija un sentimiento que quiera representar con movimientos. Se observa si el grupo se apoya mutuamente o si cada quien mantiene una dinámica individual.
- Al final se sientan todos en un círculo para compartir cómo se sintieron durante la actividad.

Nota: si no se contara con el material indicado para esta actividad, puede sustituirse por otro tipo de expresión corporal de sentimientos, como “las estatuas” o “el escultor”, en donde cada niño o niña moldea en el cuerpo de un compañero sus propios sentimientos o los del otro.



### 3.3.3 Técnica 3: Elaboración del dibujo

#### Objetivo

- Facilitar la expresión de las emociones y vivencias internas vividas en los momentos de los sucesos traumáticos mediante el dibujo libre; recordar y despedirse de lo que perdieron durante el desastre.

#### Aplicación

- Grupos de 8 a 20.

#### Brigadistas

- 2 brigadistas como mínimo.

#### Duración

- Aproximadamente de 60 minutos.

## Materiales

- 50 hojas de papel bond A4
- 20 cajas de crayolas o colores x 12 unidades
- 20 lápices Mongol N° 2.



Fig. 31: El dibujo es un instrumento de ayuda para la proyección de las experiencias vividas

## Procedimiento

- El brigadista se presentará al grupo. Seguidamente repartirá a cada uno las hojas, las crayolas y el lápiz.
- Se les pide a los niños que escriban su nombre y edad en cada hoja de papel (en letras pequeñas para que no ocupen toda la hoja). Si los niños no saben escribir, los miembros del Cuerpo de Protección Emocional (CPE) lo harán por ellos.
- Inmediatamente se solicita a cada niño o niña que dibujen lo que perdieron.
- Los integrantes del CPE deben numerar los dibujos en el orden en que fueron dibujados, con el objeto de estudiar más tarde el procesamiento del material gráfico.
- Conforme los niños y adolescentes dibujan, los integrantes del CPE los observan, pasando por detrás de ellos constantemente para así detectar a los niños que presentan síntomas resaltantes al momento del dibujo (por ejemplo, solo usa color negro, caóticos, solo rayones, solo genitales, omite las manos o dedos y dibuja la cabeza sin detalles.). Se colocan detrás del niño o adolescente (en cuclillas o sentado).
- Cuando el niño haya terminado, se le puede preguntar qué dibujó. Si el niño no contesta, no importa, puede hacer otro dibujo y el terapeuta sigue haciéndole la misma pregunta en el subsiguiente dibujo.
- El brigadista debe mantener en todo momento una actitud cálida y de respeto hacia el niño, y evitar hacer comentarios.
- Al terminar. Todos los niños regresan las crayolas y los integrantes del CPE guardan los dibujos y se cercioran de que tengan nombre y edad. Esto es importante para posteriormente estudiar estos e identificar a los niños que de acuerdo con los indicadores criterio necesitan ayuda especializada.



- Finalmente, el brigadista orienta a los niños, niñas y adolescentes qué hacer con su dibujo para despedirse de su pérdida. Algunas sugerencias:
    - Enviarlos al cielo en forma de humo, quemando los dibujos (si eligen esto, hacerlo juntos)
    - Romperlos y dejarlos ir en el río
    - Enterrarlos junto a un arbolito, etc.
- Se termina la actividad diciendo a los niños, niñas y adolescentes que podemos conservar en nuestra memoria el recuerdo de lo que hemos perdido y que es normal que al recordarlo a veces nos pongamos tristes.

#### 3.3.4 Técnica 4: Juego con plastilina

##### Objetivo

- Que los niños, niñas tengan una idea clara y objetiva del fenómeno y sus causas, lo cual les ayuda a asimilarlo.

##### Aplicación

- Grupos de 8 a 20 niños.

##### Brigadistas

- 2 brigadistas como mínimo.

##### Duración

- 45 minutos.

##### Materiales

- Plastilina suficiente según la cantidad de niños y niñas y adolescentes.

##### Procedimiento

- Se divide a los niños, niñas y adolescentes en grupos y se les pide que moldeen con la plastilina una representación de lo que originó el desastre.
- Luego cada grupo pasa a explicar su trabajo y al final el brigadista hace una síntesis de lo trabajado.

### **3.3.5 Técnica 5-A:** **Relajación para niños de 4 a 10 años**

#### **Objetivo**

- Tener un momento de relajación para aliviar tensiones que hayan resultado del desahogo.

#### **Aplicación**

- Grupos de 8 a 20 niños.

#### **Brigadistas**

- 2 brigadistas como mínimo.

#### **Duración**

- Aproximadamente 20 minutos.

#### **Procedimiento**

- Reunir a los niños y las niñas y pedirles que hagan una rueda.
- Luego decirles que empiecen a caminar por el lugar en el que se encuentran, siempre manteniendo la rueda
- Decirles que comiencen a hacer movimientos con su cuerpo de forma rápida y con fuerza, moviendo los brazos, las piernas, saltando, estirándose, etc.
- Esperar uno o dos minutos y decirles poco a poco que vayan haciendo los movimientos más lentamente hasta llegar a hacerlos muy despacio.
- Decirles que sus cuerpos se van volviendo pesados, muy pesados, que no van a poder moverse.
- Cuando se detengan, que vayan sentándose lentamente hasta que queden acostados.
- Una vez acostados, decirles que sus cuerpos continúan estando pesados, muy pesados.
- Ninguno podrá moverse porque deben imaginar que sus cuerpos no tienen fuerzas para hacerlo.
- Finalmente, indicarles que piensen que sus cuerpos empiezan a sentir mucho calor.
- Esperar un minuto, terminar el ejercicio contando de 1 a 3 y pedirles que abran los ojos.

### **3.3.6 Técnica 5-B:** **Relajación para niños a partir de 11 años**

#### **Objetivo**

- Tener un momento de relajación para aliviar tensiones que hayan resultado del desahogo.

#### **Aplicación**

- Grupos de 8 a 20 niños

#### **Brigadistas**

- 2 brigadistas como mínimo.

### **Duración**

- Un promedio de 20 minutos.

### **Procedimiento**

Posición básica:

- Sentada en una silla
- Cabeza agachada
- Ojos cerrados
- Espalda contra el espaldar de una silla
- Piernas abiertas
- Brazos y manos descansando sobre las piernas
- Pies fijos en el suelo (bien asentados).

**Paso 1.** Trabajar con la sensación de pesadez.

- 1a. Pensemos en nuestro brazo izquierdo, solamente en nuestro brazo izquierdo.
- 1b. Sentimos que nuestro brazo está muy pesado, completamente pesado, está pesadísimo (esto se repite dos veces más).

**Paso 2.** Trabajar con la sensación de calor.

Digo: mi brazo derecho está caliente, está calientísimo (se repite dos veces más).

**Paso 3 Trabajar con la sensación de frío.**

Siento que mi brazo derecho está frío, muy frío, completamente frío (se repite dos veces más).

**Paso 4. Trabajar con la circulación de la sangre.**

- 4a. Imaginemos que nos hacemos chiquitos, muy chiquitos, muy chiquititos. Imaginemos que entramos en los hoyitos de nuestra nariz. Ahora siento la respiración, la oigo cómo sube, cómo baja; siento cómo entra y sale el aire; lo veo, lo oigo, lo siento.
- 4b. Imaginemos que somos pequeñitos que entramos en el cuerpo; que estamos frente al corazón; vemos que se encoge, que se ensancha, pensemos en sus latidos; lo veo, lo oigo, lo siento.
- 4c. Reactivar: “contaré de 1 a 3 para que abran sus ojos y se reactiven completamente: 1..., 2..., 3...”.

### **3.3.7 Técnica 6:**

#### **Aprendiendo sobre desastres**

### **Objetivo**

- Lograr que tengan información sobre los desastres, que identifiquen el cambio en su vida y comunidad.

### **Aplicación**

- Grupos de 8 a 20.

### **Brigadistas**

- 2 brigadistas como mínimo.



Fig. 32: Las experiencias personales favorecen el aprendizaje grupal

### **Duración**

- Aproximadamente 45 minutos.

### **Materiales**

- 20 hojas de papel periódico.
- Papelógrafo
- 10 lápices Mongol N° 2
- 4 cajas de colores x 24 unidades
- 4 estuches de plumones delgados x 12 unidades
- Tajador
- Figuras de elementos básicos en una comunidad.



### **Procedimiento**

- El brigadista debe brindar información sobre desastres, sus fases y sobre los factores de riesgo y factores protectores (vulnerabilidad y mitigación) de la comunidad.
- El brigadista debe pedir a los participantes que identifiquen los factores de riesgo (vulnerabilidad) y protectores (mitigación) de su localidad, a través de una lluvia de ideas.
- El brigadista debe tener el dibujo de una casa en un papelógrafo Técnica 1: para que sea visualizada por los participantes, quienes deberán integrar a modo de collage los recursos con los que cuentan y los que necesitan.
- El brigadista hará un resumen del tema tratado y promoverá medidas de protección y de seguridad a nivel familiar y de la comunidad.

### **3.3.8 Técnica 7:**

#### **Dinámica el cuerpo**

### **Objetivo**

- Que los niños, niñas expresen cómo se sintieron durante la sesiones.

### **Aplicación**

- Grupos de 8 a 20.

### **Brigadistas**

- 2 brigadistas como mínimo.

### **Duración**

- Aproximadamente 20 minutos.

### **Materiales**

- 20 hojas de papel periódico.
- Fotocopias de la hoja de evaluación “el cuerpo”.

### **Procedimiento**

A cada participante se le entrega un dibujo (según su género) y allí tiene que escribir lo siguiente:

- A la par de los oídos  
Dos cosas que escuchó de algún participante que no olvidará nunca.
- A la par de la mano:  
Una cosa que hizo en el curso y que no quiere volver hacer.
- A la par del pie en el balde:  
Una metida de pata del coordinador o de la coordinadora.
- A la par de la cabeza:  
Tres ideas principales que te han quedado.
- A la par de los ojos:  
Dos cosas que vio en el cursillo que le han impresionado mucho.
- A la par del corazón:

Algo que le causó mucha alegría.

- A la par del otro pie:  
Una cosa que pondrá en marcha cuando llegue a su comunidad.

Cuando todos terminan, se leen algunas hojas en voz alta o se intercambian. También se pueden responder las hojas por grupos.

### 3.3.9 Técnica 8: El árbol y el viento

#### Objetivo

- Que los niños, niñas sientan el apoyo que los adultos les brindan, y que éstos a su vez se sientan en su papel de protectores.

#### Aplicación

- Grupos de 8 a 20.

#### Brigadistas

- 2 brigadistas como mínimo.

#### Duración

- Aproximadamente 20 minutos.

#### Procedimiento

- Se colocan los adultos en un círculo cerrado, lo más cerca unos de otros. Se pedirá a los niños y niñas que uno por uno (respetando a los que no lo quieran hacer) vayan pasando al centro del círculo.
- Se dará la indicación al niño o niña que está en el centro que cierre sus ojos (si eso no le incomoda) y que lentamente comience a balancearse, simulando ser un árbol movido por el viento. A los adultos se les indica que su tarea consiste en ser una barrera que no deje caer al arbolito, para lo cual deben estar listos para detenerlo cuando venga hacia ellos en el momento del balanceo.
- Al final se reflexiona sobre cómo se sintieron los árboles y cómo se sintieron los adultos del círculo.

### 3.3.10 Despedida

#### Objetivo

- Cerrar el proceso de trabajo con el grupo y establecer el compromiso para ayudar en la reconstrucción de su comunidad.

#### Aplicación

- Grupos de 8 a 20 niños.



**Brigadistas**

- 2 brigadistas como mínimo.

**Duración**

- 15 minutos.

**Procedimiento**

- El brigadista convocará a los padres y madres de los participantes para que asistan al cierre de la jornada y compartirá con ellos la experiencia vivida.
- El brigadista se despedirá de manera cordial y afectuosa, y agradecerá su participación en la jornada.
- Si fuera posible, según los recursos de la comunidad o de lo que se dispone, se puede hacer una pequeña celebración de despedida en la que participen y colaboren los padres y madres junto con sus hijos.

## Referencias bibliográficas

Álvarez Poveda Clara Inés. (2003). *Los niñ@s en la gestión del riesgo, cartilla del educador*. Armenia, Quindío, Colombia: ECHO Oficina de Ayuda Humanitaria de la Unión Europea.

Geocities. (2000). *La sinergia en las terapias de autoayuda*. Disponible en: <http://www.geocities.com/retorno2000/hipotesisc.htm>. Consultado el 15 de julio de 2002.

Pataki Gorge E., Stone Jame L., Le Viness Joseph. (2001). *Guía de consejería de crisis para niños y familias en casos de desastres*. Nueva York: OMH Office of Mental Health.

Rodríguez Escobar Javier. (2002). *Intervención psicológica en emergencias y desastres. El cuidador psiquiátrico*. Sevilla. Disponible en: <http://www.cuidadorpsiquiatrico.com/articulos/intpsi.htm>. Consultado el 15 de julio de 2002.

Vílchez G. Liliana, Gupio M. Gloria. (2006). *Fortaleciendo mis emociones; guía para agentes comunitarios*. Lima: INSM "Honorio Delgado Hideyo Noguchi.

Rivera Molina Gary. *Primeros auxilios psicológicos; guía práctica*.

Red para la Infancia y la Adolescencia. Asociación de Capacitación de la Adolescencia Investigación para la Salud Mental. *Manual de intervención en situaciones de desastre*.

## Capítulo VIII: Preparación y autocuidado del personal de las brigadas

**Psic. Katiuska Aliaga Giraldo**

*kpaliaga@yahoo.com*



Fig. 33: Brigada Psicológica integrada por el equipo local y nacional.  
Chacchagen Moquegua

### 1. Introducción

Los desastres generan una serie de demandas, dependiendo de sus características; algunos irrumpen violentamente, otros lentamente y el nivel de destrucción puede afectar a las personas, los bienes, los servicios, la ecología o a todos ellos. Al superar la capacidad de respuesta de la comunidad afectada, los servicios de atención primaria son los que inicialmente brindan la primera ayuda integral. De esta manera, el personal local de salud se convierte en el “equipo de primera respuesta” hasta que llega el personal especializado; posteriormente continúa realizando esta tarea bajo la dirección del Comité Operativo de Emergencia (COE).

### 2. La preparación antes de salir al escenario del desastre

Es importante que los directivos y jefes de brigadas tengan planes de acción previamente establecidos para ajustarlos al evento ocurrido. Los jefes de brigadas deben contar con la información necesaria de la zona de intervención para preparar a sus equipos y proporcionarles datos sobre las condiciones ambientales, clima, cantidad calculada de los destrozos, amenazas persistentes, equipo que requieren, donde se alimentarán y descansarán, cómo conseguirán agua y víveres, cómo se trasladarán, días de permanencia, etc.

### Recomendaciones generales:

- o De ser posible, se mostrarán fotos o videos y mapas de localización.
- o Si alguien desea retirarse no se debe forzar su permanencia.
- o Hay que evaluar si el brigadista consume algún tipo de medicamentos por problemas crónicos de salud y la conveniencia de su participación en ese momento.
- o Siempre es oportuno recordar que existen muchas formas de prestar apoyo.



Figs. 34, 35: Salas del Hospital de Pisco una semana después de ocurrido el terremoto

Es conveniente que los miembros que integran los equipos de primera respuesta o brigadas de trabajadores de emergencias y desastres sean personas capacitadas y de preferencia voluntarias, que gocen de un buen estado de salud física y mental. Que hayan hecho suyo el concepto de autocuidado de la salud en su vida diaria.

### 3. Perfil del brigadista

El trabajador de salud en general posee vocación de servicio, tesón y también ha desarrollado habilidades para trabajar bajo presión, pero no está necesariamente preparado para ser socorristas y atender el escenario que presenta un desastre. Ello requiere capacitación.

Los estudios y observaciones de especialistas señalan que los brigadistas deben tener el siguiente perfil:

- Ser personas idealistas, con mucho tesón
- Tener alta tolerancia al estrés
- Tener resistencia para trabajar bajo presión en situaciones críticas
- Adaptarse al cambio con facilidad
- Estar orientado a la acción
- Saber generar ambientes de mucha camaradería
- Ser desconfiado con aquellos que no se identifican como miembro de su grupo.

#### 4. Estrés en la labor del brigadista

Afrontar las demandas en situaciones de emergencia es altamente estresante y puede ocasionar consecuencias postraumáticas difíciles de superar. La exposición a eventos de vida y muerte, a veces en forma masiva, puede tener implicancias en el centro de salud y en la vida personal, lo que inclusive puede provocar dilemas existenciales (hemos escuchado a colegas preguntarse durante las intervenciones: ¿Y dónde estaba Dios cuando ocurrió esto! ¿Por qué la vida es así?, ¿qué están pagando?), de ahí que una acción preventiva antes, durante y después de la intervención es de suma importancia.

El tener que afrontar situaciones altamente críticas y tomar decisiones en situaciones inestables puede convertir a un trabajador debidamente capacitado en un ciudadano afectado oculto; el riesgo es mayor probablemente para quien que no esté capacitado.

Es frecuente que en situaciones de desastres el personal esté expuesto a los siguientes estresores:

- o Demandas complejas y múltiples, según el grado de afectación y tipo de desastre.
- o Incremento significativo de las horas de trabajo y de sus actividades.
- o Infraestructura dañada o incluso colapsada, en cuyo caso el personal debe asistir a los damnificados.
- o Su centro de labores puede estar ubicado muy cerca o muy lejos del lugar del desastre; en el primer caso, al ser vecino de la localidad es un ciudadano afectado en nivel I o II del desastre. En el segundo caso, necesitará trasladarse en condiciones difíciles y a veces peligrosas; en ambos casos necesitará dejar a su familia y la posibilidad de apoyo que él pueda darle.
- o Las órdenes que reciba pueden ser cambiantes debido al proceso de permanente evaluación y organización, lo que demanda adaptarse rápidamente a situaciones diversas.

John. H. Ehrenreich (1999) cita a Lourdes Ladrado-Ignacio y Antonio P. Perlas, quienes hacen la siguiente diferencia entre ser víctima o ser sobreviviente: “El tema más básico en la intervención psicosocial después de los desastres es transformar a aquellos afectados de víctimas a sobrevivientes. Lo que diferencia una víctima de un sobreviviente es que el primero se siente sujeto a una situación en la que no tiene control sobre su ambiente o sobre sí mismo, mientras un sobreviviente ha recobrado un sentido de control y es capaz de cumplir con las demandas de cualquier dificultad que lo confronta. Una víctima es pasiva y dependiente de otras; un sobreviviente es capaz de tomar un papel activo en los esfuerzos para ayudar a su comunidad y a sí mismo para recuperarse del desastre.

#### 5. Autocuidado de los equipos

El trabajo en desastres implica acciones complejas y variadas, en un escenario que cambia constantemente; a ello se suma el impacto que los mismos acontecimientos puedan tener en los rescatistas o brigadistas. Taylor y Frazer señalan: “Necesitan ayuda para mantener su rendimiento funcional durante algunas operaciones y hacer frente a los posteriores efectos psicológicos traumáticos”.

## 5.1 Testimonios

A continuación se presentan testimonios de profesionales de la salud que asistieron en una brigada a la morgue central de Lima para reconocimiento de cadáveres:

*“Tenía temor de ingresar a la morgue, pensaba cómo iba a reaccionar si encontraba a algún conocido, además yo nunca antes había ingresado”.*

*“Cuando me dijeron: “Está asignado al equipo, tiene que asistir”, tuve miedo, recordé cuando tuve que ir a reconocer a mi hermano que murió en un accidente, hace 8 años; sin embargo, me dije: es mi obligación, qué puedo hacer; yo no quería ir”.*

Tanto los brigadistas de salud mental como los trabajadores damnificados se sienten afectados por la situación de crisis, por lo que es necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- o El brigadista de salud mental que acude a la zona de emergencia o desastre debe ir con la seguridad de que su familia está protegida y que las actividades cotidianas estarán organizadas durante su ausencia.
- o En la zona de intervención puede aparecer agotamiento emocional relacionado con la fuertes demandas que tienen que asistir, incluso pueden enfrentar cuadros de horror que los lleve a involucrarse aun cuando tengan amplia experiencia profesional. Por ejemplo, en el año 2001, un equipo de psicólogos brindó soporte psicológico a los familiares de las víctimas del incendio de Mesa Redonda. La tarea consistía en acompañar (física y emocionalmente) a cada familiar en el reconocimiento del cadáver de su familiar. Las escenas eran indescriptibles y el dolor vivenciado durante el reconocimiento irreplicable; en aquella ocasión, aún cuando la preparación para la intervención fortaleció a los brigadistas, la realidad superó de lejos las experiencias previas.
- o El cansancio físico por las prolongadas horas de trabajo en situaciones inestables y las condiciones ambientales donde se desarrolla la labor son otros de los factores con los que se enfrentan; por ello necesitan tomarse en cuenta a sí mismos, alimentarse, tomar agua, descansar oportunamente y pedir soporte a sus compañeros. Esto garantizará un buen apoyo a su equipo de brigadistas y una mejor atención a las personas que lo necesiten.

El acto de cuidar de uno mismo requiere el inicio de una compleja serie de conductas, que se insertan de modo habitual en la vida diaria de la persona:

- La toma de conciencia del propio estado de salud.
- Deseo consciente de satisfacer las propias necesidades de autocuidado.
- Pensar en la posibilidad de realizar una conducta de autocuidado.
- Analizar el pro y los contras de las alternativas.
- Tomar una decisión acerca de la situación de salud.
- Diseñar un plan o procedimiento.
- El compromiso de implementar y continuar con el plan.

Testimonio de un auxiliar de un establecimiento de salud luego del terremoto de su localidad:

*“Estoy muy cansado, mi casa también se ha caído y no hay nadie para que reciba las ayudas que nos dan a los damnificados, mis hijos están encargados, yo no puedo ir porque estamos aquí en el hospital con inamovilidad, somos varios así, a veces me da cólera ¡a mí quién me ayuda!”*

Testimonio de un técnico de un establecimiento de salud durante el fenómeno del Niño en su localidad:

*“La gente no reconoce todo nuestro esfuerzo, cada vez nos exige más, como si no les estuviéramos ayudando. Yo ya no puedo más, estoy muy cansado, solo descansamos para dormir y hasta comemos mal”.*

- o Para las intervenciones será necesario modificar las rutinas de práctica clínica, ya que la situación es inestable. Los tiempos de intervención individual pueden variar de 10 minutos a 1 hora, según las necesidades y recursos humanos disponibles y el momento de la intervención. Puede que se tenga que recurrir a un espacio abierto y con la mínima privacidad, por ello es importante que los brigadistas conversen con sus pares acerca de las situaciones, hallazgos realizados y aquellos aspectos que resultaron difíciles de abordar.
- o Es importante que utilizar métodos prácticos y ser flexibles en estas circunstancias. La experiencia demuestra que hay necesidad de ser muy creativo, pues los tiempos, espacios, materiales y recursos muchas veces se improvisan.



Fig. 36: Atención Individual Ica



Fig. 37: Intervención en la escuela con niños de un albergue Moquegua

## 5.2 Creencias irracionales que pueden afectar la labor del brigadista

Los brigadistas pueden tener creencias de desaprobación, cuestionamientos sobre la existencia de Dios u otras de índole religiosa o creencias grandiosas sobre la propia importancia, que lo llevan a comprometerse en un comportamiento heroico pero irresponsable (aparentemente para ayudar a otros). Estas se manifiestan en las siguientes expresiones:

- “Hacer bien el trabajo es más importante que expresar las emociones”.
- “Mostrar mis emociones es sinónimo de debilidad”.
- “Si me muestro débil no soy bueno para esto y por lo tanto lo perderé definitivamente”.
- “Seré condenado por mis pares y eso es terrible para mí”.
- “¿Cómo pudo Dios dejar que esto pasara?”

## 5.3 Extenuación

La extenuación es un síndrome que puede aparecer cuando el brigadista o trabajador de desastres es expuesto a un alto nivel de estrés, con poco cuidado de su salud. Los jefes de brigada y todos los miembros del equipo deben estar alerta para identificar estas señales en los miembros de su equipo:

### Señales de extenuación:

- Pérdida de entusiasmo
- Disminución de la eficiencia
- Percepción del entorno como amenazante, “con demandas injustas” o con desconfianza
- Irritabilidad, rabia, cólera
- Crítica a los compañeros o a las personas que asiste
- Sentimientos de impotencia
- Miedo
- Deseo de estar en un lugar seguro
- Cinismo
- Uso excesivo de alcohol, café y tabaco
- Síntomas somáticos (por ejemplo, dolores de cabeza, perturbaciones gastrointestinales)
- Dificultades para dormir
- Fatiga permanente
- Descuido de la propia seguridad y necesidades físicas (por ejemplo, mostrar un estilo “macho” de no necesitar dormir o descansar).

## 5.4 Técnicas cognitivo conductuales usadas en situaciones de crisis con el personal

- o Técnicas de exposición (Skinner)
- o Técnicas de autocontrol emocional (Berstein)
- o Reestructuración cognitiva (Beck- Ellis)
- o Auto diálogo (Michenbaun)



- o Técnicas de dramatización (Adaptadas de Moreno)
- o Técnicas de visualización encubiertas
- o Técnicas paradoxales
- o Resolución de problemas y negociación
- o Organización del tiempo libre
- o Visualización: utilizar imágenes placenteras para evitar pensar en los horrores del desastre y la imposibilidad de hacer todo lo que debe hacerse
- o Ejercicios de respiración y relajación muscular progresiva
- o Educación sobre necesidades de descanso
- o Educación sobre el valor de los “ejercicios de soporte” periódicos
- o Actividades recreativas
- o Estrechar los lazos de camaradería y confianza
- o Conocimiento de la alimentación apropiada para situaciones de estrés.

### 5.5 Soporte psicológico para los trabajadores de salud en desastres

Se ha estudiado que los equipos de respuesta calificados, además de la preparación técnica profesional, reconocen y hacen uso de técnicas psicológicas antes de la intervención, así como luego de ella, a fin de disminuir las reacciones emocionales reactivas y desadaptativas que puedan aparecer postintervención.

En 1983 se iniciaron una serie de experiencias para atender la salud de los trabajadores de desastres en el contexto de catástrofes naturales y del desarrollo de la teoría de intervención de crisis. Estas experiencias fueron profundizadas y después adaptadas con variaciones especialmente en Gran Bretaña, lo que dio inicio al critical incident stress debriefing (CISD), actualmente con muchos cuestionamientos que no recomiendan su aplicación.

Los ciudadanos afectados de diverso orden y de acuerdo con el grado de exposición van a requerir un determinado tipo de abordaje. Solo nos referiremos a los trabajadores de atención primaria, que en las situaciones antes descritas se ven expuestos a afrontar emergencias y dar contención a las víctimas de su comunidad. Luego de sus intervenciones es de suma importancia que los equipos reciban apoyo psicológico para facilitar el procesamiento de la intervención traumática. Este apoyo debe darlo necesariamente una persona calificada en manejo de grupos, con experiencia en el mismo tipo de desastre, es decir, debe ser reconocido por los socorristas como parte del equipo de intervención. De otro modo, la ayuda no será del todo apropiada, ya que generará desconfianza y no permitirá que la persona comunique su experiencia durante la conversación grupal o puede resistirse a recibir el soporte emocional que se le ofrece.

#### ¡Importante!

La presencia de manifestaciones exacerbadas de orden psicofisiológico, emocional, cognitivo y motor postintervención en los participantes no significa que estemos en una terapia de grupo para prevenir el estrés postraumático. Hay que tener en cuenta que las reacciones emocionales no son estados patológicos, sino reacciones normales en situaciones anormales.

## Objetivos del soporte psicológico para los brigadistas:

- Disminuir los efectos de la vivencia de la situación traumática.
- Exteriorizar pensamientos, emociones y vivencias.
- Describir, decodificar o cuestionar los conocimientos y reacciones que no se procesaron racional y objetivamente, producto de la vivencia traumática al ser miembro de una brigada o equipo de respuesta.
- Fortalecer el trabajo del equipo de intervención.

## ¿Cómo se aplica?

Se forman grupos con las personas que pertenecen a un mismo equipo. Lo que se manifiesta en el grupo es de carácter confidencial, no se puede grabar, ni hacer ningún tipo de registro, tampoco deben permanecer personas ajenas al grupo y la participación es voluntaria.

El brigadista que conduce esta actividad debe ser alguien reconocido por el grupo como una persona calificada para dirigir, que también haya afrontado un evento similar y con conocimientos de técnicas de afrontamiento al estrés.

## ¿Cuáles son los momentos del desarrollo del soporte postintervención?

- 1° momento:** Se dan las pautas y reglas para el intercambio grupal, así como toda la información necesaria para el desarrollo de la actividad. Es importante referir el carácter voluntario de la participación.
- 2° momento:** Se invita iniciar la participación de manera espontánea. La persona debe sentirse libre de contar lo que desee, llorar, revivir todo tipo de emociones, sin ser juzgada al describir lo vivido. Se le sugiere que tome en cuenta los momentos previos a la intervención Ej. Qué sentía? Qué pensó?.
- 3° momento:** Se facilita el sostén psicológico al revelar y compartir emociones relacionadas con la experiencia vivida.
- 4° momento:** Se promueve la conversación ordenada entre los miembros del grupo y se facilita la contención emocional entre ellos mismos, se describen percepciones, pensamientos y emociones de este momento.
- 5° momento:** El brigadista que conduce la reunión evalúa las respuestas psicofisiológicas, cognitivas, emocionales y motoras del estrés.
- 6° momento:** Se realizan acciones psicoeducativas acerca de las manifestaciones del estrés a corto y mediano plazo, se proporcionan estrategias para afrontarlo y se demuestra cómo usarlas.

**7° momento:** Se revisan aspectos relevantes para alentar los recursos individuales y la reinserción a la vida y hábitos cotidianos prontamente.

**8° momento:** Se realiza un ejercicio vivencial de respiración controlada y relajación muscular imaginal.

**9° momento:** Se cierra la intervención con las conclusiones elaboradas primero por los participantes y luego por el terapeuta.

**10° momento:** ¡Derivar! Si se ha identificado personal que requiere más ayuda, conversar con él o ella en privado para orientarle sobre la necesidad de recibir ayuda individualizada con personal profesional especializado.

## Conclusiones:

Esta estrategia no previene en su totalidad que los trabajadores que participan como parte de la ayuda en el desastre procesen de modo adaptativo lo vivido. Algunos nos han referido: “Esta experiencia cambió mi modo de valorar la vida”, o que se han quedado con un fuerte sentimiento de impotencia ante tantas necesidades. Sin embargo, puede sumarse como una herramienta de sostén para tomar conciencia de nuestras propias habilidades y necesidades a fin de no sentir culpa por no haber “ayudado lo suficiente” o por haberse sentido “cobarde por no haber cumplido una tarea encomendada”, y poder procesar la intervención saludablemente.

Es importante el reconocimiento de nuestros recursos personales para ubicarnos en el mejor lugar de ayuda cuando, como trabajadores de la salud, así se nos demande.

Los directivos deben fomentar la capacitación como una herramienta sumamente importante para dotar de conocimientos, sensibilizar y mantener preparado a todo su personal. También es necesario que se establezcan mecanismos de contención emocional y reconocimiento personalizado por la labor desempeñada.

## Referencias bibliográficas

Aliaga K., López J., Torres I y col. (1999). *Pautas técnicas para la intervención de las brigadas de salud mental en desastres; documento de trabajo*. Lima: Ministerio de Salud.

Aliaga K. (2002). *Técnicas de desmovilización psicológica para trabajadores de desastres del sector salud*. Trabajo presentado en el Primer Congreso Latinoamericano de Emergencias y Desastres. Lima, Perú.

Cía Alfredo. (2001). *Trastorno de estrés post traumático*. Buenos Aires: Imaginador.

Cohen R. (1999). *Salud mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores*. OPS.

Ehrenreich J. (1999). *Enfrentando el desastre - Una guía para la intervención psicosocial*. Preparado para trabajadores en salud mental sin fronteras.

Lima Bruno, Gaviria Moisés (1989). *Desastres; consecuencias psicosociales de los desastres. La experiencia latinoamericana*. Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental "Simón Bolívar".

Kaplan Harold, Sadock Benjamín. (1996). *Terapia de grupo*. 3a. ed. Ed. Médica Panamericana.

Ministerio de Salud. (2007). *Plan de Recuperación Integral de Salud Post Sismo (PRISA)*.

Moreno P. (2003) *Psicosis de guerra, obsesión por la paz o papel de los profesionales de la salud mental ante un impactante problema de salud; los múltiples efectos de la guerra*. Palma de Mallorca.

[www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)

Proyecto DESAPER (1997). *Dinámicas participativas*. Calgary.

Puy A., Cortés B. (1998). Percepción social de los riesgos y comportamiento en los desastres. En Argonés J. *Psicología ambiental*. Ed. Pirámide.

## ANEXOS



## Anexo 1

# TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE LAS CRISIS

### 1. Respiración profunda

Se trata de un ejercicio muy conveniente para los afectados, que combina la relajación con la respiración diafragmática. Los pasos son los siguientes:

- Adoptar una postura cómoda, ya sea sentado o acostado.
- No cruzar los brazos ni las piernas porque eso provoca una tensión física.
- Apoyar una mano en el estómago, justo por encima del ombligo.
- Comprobar los principales puntos de tensión y relajarlos conscientemente. Aflojar las mandíbulas, pero sin abrir la boca. Dejar caer los hombros. Abrir las manos y dejar caer los dedos.
- Cerrar los ojos e ir tomando conciencia de la posición del cuerpo: primero la cabeza y sucesivamente los brazos, el tronco y las piernas.
- Respirar como lo hace normalmente y escuchar su respiración durante diez inspiraciones.
- Empezar a respirar profundamente, llenando antes el vientre y después el pulmón en una sola inspiración. Controlar que primero se eleve la mano que apoya sobre el ombligo y que luego llene también el tórax.
- Realizar diez de estas inspiraciones profundas, reteniendo el aire mientras cuenta hasta cinco. Después exhalarlo.
- Dejar que la respiración se normalice naturalmente.
- Tensar con suavidad los músculos y mientras vuelve a relajarlos, abrir los ojos.

Fuente: Barnaby B. (2007).

### 2. Relajación progresiva

Es una forma abreviada de aprender la relajación muscular profunda de un modo más rápido. En ella, todos los músculos se tensan y se relajan a la vez. Se repite cada proceso por lo menos una vez; se tensa cada grupo muscular de cinco a siete segundos y se relaja después de veinte a treinta segundos. Se observa la diferencia entre las sensaciones de tensión y de relajación. A continuación se detallan los pasos.

- Cerrar ambos puños; tensar los bíceps y los antebrazos (posición Charles Atlas). Relajarse.
- Arrugar la frente. Al mismo tiempo, mover la cabeza hacia atrás tanto como pueda y girarla describiendo un círculo completo, primero en el sentido de las agujas del reloj y luego en sentido contrario. Arrugar los músculos de la cara como si quisiera parecer una pasa: fruncir el entrecejo, cerrar los ojos con fuerza, apretar los labios, apretar la lengua contra el paladar y encoger los hombros. Relajarse.
- Separar los hombros arqueando la espalda como si fuera a hacer una inspiración profunda. Mantenerse así. Relajarse. Hacer una inspiración profunda apretándose la región del estómago con la mano. Sostener la respiración. Relajarse.

- Extender los pies y los dedos, dirigiendo las puntas hacia arriba, fuertemente, para tensar así las pantorrillas. Mantenerse así. Relajarse. Flexionar los dedos tensando con ello las pantorrillas, los muslos y las nalgas. Relajarse.

Fuentes: Davis, M., Robbins, E. y McKay, M. (1985).

### 3. Resolución de problemas

Siguiendo el modelo de resolución de problemas interpersonales de Goldfried, D'Zurilla y Nezu, Meijers (2007) propone como objetivo de esta técnica incrementar las posibilidades de encontrar una solución a la crisis a través de una serie de pasos cognitivos y conductuales. La solución puede presentarse como una nueva conducta que cambia la situación de crisis; puede también presentarse como una respuesta cognitivo-emocional que cambia los sentimientos y actitudes acerca de la situación.

El proceso según Meijers tiene dos partes:

- Orientación hacia la solución de problemas. Se refiere al nivel preexistente de autoeficacia y de expectativas de resultados. Se necesitan pasos y estadios motivacionales para establecer el tono y condiciones para la resolución efectiva de problemas. Se considera la disposición para ver la crisis como un reto en lugar de una amenaza y la disposición para aceptar el hecho de que se necesita tiempo y esfuerzo para resolver una crisis.
- Solución del problema concreto. Se refiere a las actividades que la persona puede generar para resolver la crisis. Considera siete pasos:
  - o Aceptar una crisis cuando ocurre.
  - o Definir la crisis y formularla con palabras propias.
  - o Comprender la crisis.
  - o Fijar metas razonables.
  - o Generar alternativas.
  - o Evaluar alternativas y decidir un curso de acción.
  - o Implementar la alternativa elegida.
  - o Evaluar la eficacia del proceso y realizar acciones correctivas si es necesario.

Fuente: Meijers, J. (2007)

### 4. Detención del pensamiento

Esta técnica se encamina a la terminación de pensamientos no deseados, como las ideas autoderrotistas y las que evocan temor. Se le pide al afectado que traiga a la mente el pensamiento no deseado. Cuando el afectado indica que está profundamente adentrado en su pensamiento, el brigadista grita “alto”. Con frecuencia, esto produce una respuesta de sobresalto que puede interrumpir al pensamiento no deseado. Con la utilización de esta experiencia como modelo, se dan instrucciones al afectado para que practique la detención de pensamientos.

Fuente: Slaikeu, K. (1996).



## 5. Imaginería

En la imaginería de enfrentamiento se instruye al afectado para que fantasee que es capaz de enfrentarse a una situación problemática específica. Una modalidad relacionada es la imaginería positiva, en la que el afectado fantasea con una autoimagen positiva. Se conoce como la técnica de la autoimagen idealizada de Suskind, en la que se le pide al afectado que imagine algún cambio deseable en su comportamiento y, entonces, se le alienta para superponer activamente esta autoimagen idealizada a la autoimagen actual. El fundamento de este procedimiento es el supuesto de que la nueva autoimagen positiva funciona como una base para iniciar nuevos comportamientos, los cuales son congruentes con esta nueva imagen.

Fuente: Slaikeu, 1996.

## 6. Reestructuración cognoscitiva

Se dirige a la clarificación y cambio de los patrones de pensamiento del afectado. Planteada a partir de la terapia racional emotiva de Ellis (1974), la meta es ayudar a los afectados a desarrollar la capacidad para evaluar los incidentes potencialmente trastornadores de una manera más realista. Se utiliza el modelo de cuatro pasos. Primero, el afectado aprende a percatarse de que los pensamientos intervienen en la excitación emocional. En segundo lugar, se enseña al afectado a reconocer la irracionalidad de sus pensamientos con respecto a sí mismo, hacia otras personas o hacia la vida en general. En tercer lugar, se ayuda al afectado a ver cómo estos pensamientos no realistas intervienen en las emociones desadaptativas. Finalmente, el afectado consciente y deliberadamente, se ocupa de hacer algo de manera diferente cuando se siente alterado. La intención es hacer una evaluación más realista de las situaciones que conduzcan a respuestas emocionales y conductuales más adaptativas.

Algunas de las creencias más comunes sobre las implicancias del desastre son:

- Sobreestimación de la posibilidad de experimentar desastres en el futuro (puede pasar otra vez).
- Asunción de que el desastre ha producido cambios indelebles, permanentes y globales en la vida (nunca seré el mismo).
- Sobregeneralización del miedo a eventos normales (por ejemplo, no poder usar medios de transporte).
- Personalización del evento (la mala suerte me sigue).

Interpretaciones acerca de:

- La conducta personal durante el desastre (debí quedarme para ayudar a...).
- El inicio de los síntomas (me enfermé mentalmente desde que comenzó a moverse la tierra)
- La conducta de los demás después del evento (nadie me agradeció lo que hice).
- Las consecuencias del trauma (jamás seré una buena madre).

Fuentes: Slaikeu, K. (1996); McGinn, L. y Spindel, C. (2007).

## 7. Técnicas expresivas

Esta técnica está dirigida a niños menores de 11 años, pero se puede incluir a adolescentes y algunos adultos, que puedan tener dificultad o inhibiciones para hablar explícitamente sobre sus sentimientos. Los objetivos de las técnicas expresivas incluyen la ventilación de sentimientos, la creación de una nueva narrativa sobre eventos aterrizantes y recuperar un sentido de control y de superioridad.

En la condición no-dirigida, se observa la actividad libre del afectado, por ejemplo, con títeres, muñecos o materiales de arte. El brigadista gentilmente interactúa con él, entra en su mundo de fantasía y trata de explorar sus sentimientos y pensamientos. En la condición dirigida o prearreglada, se le pide al afectado que actúe nuevamente alguna parte de su experiencia. Esto puede tomar la forma de actuación con muñecos o títeres, o puede dibujar o modelar en arcilla. Una forma alterna puede involucrar escribir poemas o historias sobre sus experiencias. Algunos ejemplos de las técnicas expresivas son: dibujo libre, moldeado de arcilla, dibujo de una persona o su familia, juego con muñecos u otros juguetes, juegos con títeres, contar historias, poemas, juego de roles, audición musical.

Fuente: Ehrenreich, J. (1991)

## 8. Psicoeducación

Los grupos psicoeducativos y de apoyo emocional se conforman con personas que necesitan ayuda psicosocial y entre ellos comparten problemas o intereses similares derivados de la situación creada por el evento traumático y, eventualmente, pueden coincidir en cuanto a atributos comunes.

El trabajo con este tipo de grupo se desarrolla, fundamentalmente, en el período poscrítico inmediato (hasta tres meses). Los grupos psicoeducativos y de apoyo emocional juegan un importante papel en los primeros días y semanas después del desastre, cuando existen altos niveles de afectación psicológica. En la medida en que las personas se reintegran a la rutina diaria y la vida retorna a la normalidad, los grupos psicoeducativos van perdiendo protagonismo y son sustituidos por los grupos de ayuda mutua y grupos terapéuticos. Los grupos psicoeducativos y de apoyo emocional requieren un facilitador para su conducción.

Las líneas de trabajo se agrupan en dos categorías. La categoría de educación e información sobre el desastre trata de desmitificar informaciones erróneas, aborda la función de los miembros del grupo en las etapas de la recuperación, las reacciones psicológicas normales ante la catástrofe, las manifestaciones de duelo y las complicaciones. La categoría de apoyo emocional favorece la integración y cohesión de grupo, lo que posibilita el intercambio de experiencias entre ellos.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. (2006). Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Washington, DC: OPS. Serie Manuales y Guías Sobre Desastres N° 7.

## 9. Manejo de la ira

El objetivo es ayudar al afectado a entender y aceptar los naturales sentimientos de ira ante las pérdidas y frustraciones, y expresarlos de manera adecuada. A veces es necesario ayudar a identificar y reconocer la cólera, por medio de afirmaciones autorreveladoras y normalizadoras, por ejemplo: “Si esto me hubiera pasado a mí, yo estaría muy enojado”. También con aseveraciones indagatorias, por ejemplo: “No provocó ello que usted se enojara?”, y mediante la inversión de roles en la que el brigadista interpreta al afectado y expresa la cólera abiertamente. Se analizan las causas de la ira para aumentar su comprensión y generar mecanismos para su disminución.

También se puede recurrir al autocontrol, por ejemplo, se explora en qué circunstancias se puede controlar su expresión y en cuáles no. Aprender a detectar sensaciones corporales o pensamientos que indican que se está iniciando el ciclo de cólera y tomarse un tiempo muerto, no como signo de abandono, sino como tiempo de descanso y recuperación del control.

Fuentes: Slaikeu, K. (1996); Pérez y Vásquez (2001).

## 10. Técnicas para el manejo del duelo

Los conceptos predominantes sobre la vida y la muerte y la ejecución de los ritos de despedida de los seres queridos adquieren relevancia en los procesos de aceptación y elaboración de lo sucedido.

Entre las técnicas para manejar el duelo, las cognitivas ofrecen buenas posibilidades. Su objetivo es revisar la validez del pensamiento y significados que el sujeto da a la experiencia de la pérdida, de modo que pueda realizar atribuciones mas ajustadas a la realidad y elevar su expectativa de esperanza de continuar su vida sin la persona fallecida. Entre ellas se encuentran:

- Descatastrofización. Se trabajan las probabilidades reales de que sucedan eventos catastróficos cuando el sujeto teme afrontar determinados recuerdos o situaciones por la ausencia de la persona fallecida.
- Reatribución. Se examinan las evidencias que el sujeto tiene para culparse en relación con la persona fallecida y se revisan las evidencias para explicaciones alternativas más plausibles (normalmente, atribuciones externas frente a las internas).
- Autoaceptación. Se trabaja con el afectado sus exigencias y autocríticas por haber experimentado ciertos sentimientos hacia el fallecido, por ejemplo, agresión, odio, etc., y se diferencia entre éstos asociados a determinadas conductas o circunstancias y la persona integral.
- Juego de roles. Se hacen psicodramas o representan escenas relevantes, y a menudo conflictivas, respecto a la relación con la persona fallecida, de modo que se puedan experimentar pensamientos y emociones relevantes que han sido evitados. Se puede emplear el procedimiento de la silla vacía de la Gestalt.

Fuente: Ruiz, J. y Cano, J. (1999).

## 11. Mitos (M) y realidades (R) del manejo del duelo

- M:** Los desastres provocan muertes al azar.  
**R:** Los desastres afectan más gravemente a las zonas geográficas más vulnerables (de alto riesgo), que son generalmente donde se asientan las poblaciones más pobres.
- M:** La forma más rápida de disponer los cadáveres y evitar la propagación de enfermedades es enterrarlos en fosas comunes o cremarlos, con lo que la población se sentirá aliviada.  
**R:** La población se sentirá más tranquila y podrá llevar mejor el dolor de la pérdida de sus seres queridos si siguen sus creencias y ritos religiosos y saben que existe la posibilidad de identificarlos y recuperarlos.
- M:** Después de un desastre, los cadáveres siempre provocan epidemias.  
**R:** Los cadáveres no provocan epidemias en casos de desastre.
- M:** Es mejor restringir la información acerca de la magnitud de la tragedia.  
**R:** La restricción de información fomenta la desconfianza entre la población, crea conductas erróneas e incluso violencia.
- M:** Es imposible identificar gran cantidad de cadáveres después de una tragedia.  
**R:** Siempre existen condiciones que permiten la identificación de los cuerpos o partes de éstos.
- M:** La técnica de ADN para la identificación de cadáveres no es accesible aún para la mayoría de los países por su alto costo y por el alto nivel tecnológico necesario.  
**R:** Esta técnica se está convirtiendo rápidamente en un método accesible a todos los países. Además, en casos de grandes desastres, la mayoría de países pueden apoyar con recursos económicos y tecnológicos, entre ellos, con la técnica del ADN.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Serie Manuales y Guías sobre Desastres, N° 5. 2004.

## Anexo 2

### CARTILLAS PARA PADRES

#### ¿Cómo enfrentar en familia una emergencia o desastre?



Fig. 38: ¿estas preparado?

El jefe o jefa de la familia puede crear un plan familiar para emergencias o desastres tomando cuatro pasos sencillos:

1. Debe conocer qué riesgos o peligros hay en su comunidad y cómo prepararse para éstos.
2. Reunir a su familia para discutir qué harían como grupo, en cada situación.
3. Tomar los siguientes pasos: poner a la vista los números de teléfonos de emergencia, seleccionar un contacto familiar fuera del lugar, organizar suministros de emergencia (p. ej. agua, linterna, alimentos no perecibles, frazadas, etc.) para cada miembro de la familia.
4. Hacer simulacros, de modo que todos recuerden lo que deberán hacer cuando ocurra un evento.

#### ¿Cómo implementar un plan familiar frente a una emergencia o desastre?

- Comuníquense y coordine con su oficina local de defensa civil de su municipio para obtener materiales que describan cómo su familia puede crear un plan para los desastres. Cada persona en la familia, incluidos los niños y niñas y adolescentes, debe tener una función.
- Enséñele a sus hijos e hijas cómo reconocer las señales de peligro. Asegúrese de que sepan cómo suenan las alarmas de fuego y las señales de advertencia de la comunidad (bocinas, sirenas).
- Explíquele a sus hijos e hijas cómo y cuándo llamar por ayuda y enséñeles a hacerlo. Busque en el directorio telefónico local los números de los teléfonos de emergencia y fíjelos en todos los teléfonos.
- Ayude a sus hijos e hijas a memorizar información importante de la familia. Estos deben saber el nombre de los padres o familiares con los que viven y la dirección de su casa. También deben saber dónde y en qué lugar deberán encontrarse en el caso de una emergencia o desastre. Algunos niños y niñas no tendrán la edad suficiente para memorizar la información; por ello deben llevar consigo una pequeña tarjeta que tenga la información.



Fig. 39: La acogida oportuna, reconstruye la salud mental

## ¿Cómo ayudar a los hijos a recuperarse de una emergencia o desastre?

Frecuentemente, los niños, niñas y adolescentes imitan la conducta de sus padres. Cuando los padres han lidiado bien con la situación, hay una gran probabilidad de que los imiten. Cuando los problemas se mantienen escondidos y no se discuten abiertamente, estos podrían interpretarlo como que algo aterrador está ocurriendo, a veces peor de lo que verdaderamente es. Los padres pueden ayudar a sus hijos a superar la situación siguiendo las recomendaciones que se presentan a continuación.



Fig. 40: Apoyando a los hijos e hijas, fortalecemos sus emociones

✓ **Edad preescolar (1 a 5 años)**

- Motive la expresión de pensamientos y sentimientos a través de juegos que reconstruyen el evento.
- Tranquilícelo verbalmente y provéale confort físico.
- Préstele atención con frecuencia.
- Fomente la expresión relativa a las mascotas o a los juguetes.
- Provea una rutina confortable para irse a dormir.
- Permítale al niño y niña dormir en la misma habitación de los padres hasta que pueda retornar a su propia habitación sin el miedo del posdesastre.

✓ **Edad escolar (6 a 11 años)**

- Muestre paciencia y tolerancia.
- Desarrolle sesiones de juegos con adultos y con niños de su grupo.
- Promueva el diálogo con adultos y niños de su grupo.
- Disminuya las exigencias en la escuela y en el hogar (temporalmente).
- Provea organización pero no tareas ni responsabilidades que demanden mucho esfuerzo y concentración en el hogar.
- Ensaye medidas de seguridad que deberán tomarse en el caso de futuros desastres.

✓ **Preadolescencia (12 a 14 años)**

- Es conveniente que las actividades de grupo estén dirigidas a reanudar sus rutinas.
- Involúcrelos en actividades de grupo de la misma edad.
- Propicie el diálogo en grupo, dirigido a recordar el evento y a ensayar una conducta apropiada para el futuro.
- Asígneles responsabilidades estructuradas, sin exigir mucho esfuerzo.
- Reduzca temporalmente las exigencias de su ejecución y funcionamiento.
- Preste atención y consideración individual adicional.

✓ **Adolescencia (15 a 18 años)**

- Aliente la participación en trabajos para rehabilitar la comunidad.
- Estimule a que reanuden sus actividades sociales, atléticas, de clubes, etc.
- Exhorte la discusión del evento con su grupo, con la familia y con personas especiales.
- Reduzca temporalmente las expectativas sobre la ejecución de tareas académicas en general.
- Propicie sin insistir, la discusión de los miedos y los temores en el seno familiar.

## ¿Cómo solucionar algunos problemas observados en sus hijos luego de una emergencia o desastre?

| Alteraciones observada                            | Consejos para los padres                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Apego excesivo</b>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tranquilícelo.</li> <li>- Permítale la cercanía física y consiéntalo.</li> <li>- Prepare al niño cuando haya separación: dígame a dónde va y cuándo regresa. Asegúrele compañía.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Incontinencia: evite el castigo o la burla</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambie las ropas y tranquilícelo.</li> <li>- Limite los líquidos en la noche.</li> <li>- Resalte la satisfacción cuando no se orine (dígaselo, anote en un calendario los días en que no se orina, etc.).</li> <li>- Tenga una luz tenue prendida.</li> </ul>                                                                                                                                                    |
| <b>Otras conductas regresivas</b>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- No lo castigue (ignórelas).</li> <li>- Distráigalo.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Problemas escolares</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Busque la rápida reinserción escolar.</li> <li>- No lo castigue por las deficiencias, más bien prémíelo por cualquier adelanto.</li> <li>- Busque normalizar la vida en el hogar.</li> <li>- Manténgase firme respecto a un horario racional para estudiar.</li> </ul>                                                                                                                                           |
| <b>Ansiedad: tranquilícelos</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- No les transmita la ansiedad de los adultos.</li> <li>- Explique de manera clara y sincera la situación pasada y la presente (evite hacer suposiciones sobre el futuro incierto).</li> <li>- Explore con el niño estrategias de manejo (respiración, ejercicios, etc.).</li> <li>- Enfrente paulatinamente las situaciones de temor acompañelo.</li> </ul>                                                       |
| <b>Agresividad</b>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dé ejemplo de control.</li> <li>- No castigue físicamente ni con gritos; el mejor castigo es la indiferencia o la actitud neutral (sin disminución del afecto).</li> <li>- Aclare firmemente que no se permitirá la agresión a otros.</li> <li>- Declare la tregua: haga caso omiso de la agresión, pero exija aislamiento en un sitio supervisado por corto tiempo, "hasta que te puedas controlar".</li> </ul> |
| <b>Rebeldía, hostilidad, temor</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciencia.</li> <li>- Firmeza y oposición a conductas inadecuadas.</li> <li>- Ambiente familiar con normas claras.</li> <li>- Fomente la comunicación.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                |



| Alteraciones observada     | Consejos para los padres                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dolores y quejas somáticas | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descarte una afección orgánica, si es necesario consulte un servicio de salud.</li> <li>- Establezca la relación entre lo que ocurre y los síntomas.</li> <li>- No permita la manipulación a través de los síntomas.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Duelo                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permita que el niño perciba su propia tristeza.</li> <li>- Permita la expresión libre de sentimientos y recuerdos (tristeza, ira, culpa) y hable de ello en el grupo familiar.</li> <li>- Provea acompañamiento y manifestaciones afectivas.</li> <li>- No oculte la realidad.</li> <li>- No fomente la negación, hable de las pérdidas y señale su carácter definitivo, a pesar de lo cual es necesario “seguir adelante” y tratar de normalizar la vida lo más pronto posible, lo que incluye actividades sociales conjuntas e individuales.</li> <li>- Permita la participación en los ritos de duelo (entierro, eventos religiosos, en caso de muerte, etc.).</li> <li>- Contrarreste la ira y la culpa posibles, y explique las circunstancias reales de la pérdida o la muerte).</li> <li>- Permita a los adolescentes elaborar el duelo antes de asumir nuevas responsabilidades.</li> </ul> |

Fuente: Rivera Molina, Gary. Guía práctica: primeros auxilios psicológicos.











Instituto Nacional de Salud Mental  
"Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"

*Dirección: Jr. Eloy Espinoza Saldaña 709, Urb. Palao, San Martín de Porres  
Lima - Perú*

*Central Telefónica: 614 - 9200  
Página web: [www.insm.gob.pe](http://www.insm.gob.pe)*